

KVALITETEN I DEN DANSKE LÆGEVAGTSORDNING

2009



Kvaliteten i den danske lægevagtsordning

© Sundhedsstyrelsen, 2009

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Lægevagt, vagtlæge, almen praksis

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 21. december 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-033-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2009.

Forord

Sundhedsstyrelsen har i sommeren og efteråret 2009 gennemført en undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtsordning. Formålet med undersøgelsen har været at belyse både patientsikkerhedsmæssige og andre kvalitetsmæssige aspekter af ordningen med henblik på at pege på de elementer, der fungerer godt, og de elementer, der fungerer mindre godt.

Baggrunden for undersøgelsen er den omfattende mediedebat af lægevagtsordningen, der har været siden forsommeren 2009. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse bad på den baggrund Sundhedsstyrelsen om at undersøge kvaliteten i den nuværende lægevagtsordning.

Lægevagtsordningen er en vigtig del af det akutte beredskab. Den skal tilbyde almen medicinsk behandling i vagttiden på lige fod med den akutte behandling som de praktiserende læger kan tilbyde i dagtiden. En forudsætning for en velfungerende lægevagtsordning er, at kvaliteten er i orden. Denne undersøgelse bidrager med et landsdækkende billede af kvaliteten i lægevagten set fra et brugerperspektiv, et organisatorisk perspektiv, et sundhedsfagligt perspektiv samt et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

Denne undersøgelse beskriver alene kvaliteten i lægevagtsordningen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har nedsat et udvalg, der skal se på hele det præhospitale beredskab, herunder at sikre akutte tilbud i udkantsområder. Her vil lægevagten være én af flere aktører. Det er Sundhedsstyrelsens håb, at denne rapport kan bidrage til udvalgets arbejde.

Sundhedsstyrelsen, 21. december 2009

Jesper Fisker

Direktør

Indhold

1	Indledning	3
1.1	Baggrund	3
1.2	Sundhedsstyrelsens undersøgelse	4
1.3	Læsevejledning	6
2	Sammenfatning og konklusioner	8
2.1	Sammenfatning	8
2.2	Konklusioner	13
3	Organiseringen af den danske lægevagtsordning	17
3.1	Indledning	17
3.2	Lægevagten som en del af det samlede sundhedsvæsen	17
3.3	De regionale lægevagtsordninger	20
3.4	Organisatoriske instrukser	22
3.5	Aktiviteten i lægevagten	23
3.6	Transport til lægevagtskonsultationerne	25
3.7	Bemandingen af lægevagten	25
3.8	Brug af praksispersonale i lægevagten	26
3.9	Udgifter til lægevagten	29
3.10	Organisation og ledelse i lægevagten	30
3.11	Kvalitetstiltag i forbindelse med regionsdannelsen	33
3.12	Service mål	34
3.13	Sammenfatning og konklusioner	37
4	Brugernes oplevelse af lægevagten	41
4.1	Indledning	41
4.2	Kort beskrivelse af de to eksterne undersøgelser	41
4.3	Brugernes tilfredshed	43
4.4	Brugernes forventninger til resultatet af henvendelsen	46
4.5	Årsager til brugernes henvendelser	47
4.6	Resultat af brugerens kontakt	47
4.7	Særlige brugergrupper	50
4.8	Særlige brugertemaer	53
4.9	Information til brugerne om lægevagtstilbuddet	59
4.10	Sammenfatning og konklusioner	60

5	Klager og tilsynssager	62
5.1	Indledning	62
5.2	Sundhedsstyrelsens opfølgning på klage- og tilsynssager	62
5.3	Klager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn	63
5.4	Tilsynssager i Sundhedsstyrelsen	66
5.5	Sager i Patientforsikringen	67
5.6	Klager til regionerne	68
5.7	Sammenfatning og konklusioner	71
6	Den sundhedsfaglige kvalitet	73
6.1	Indledning	73
6.2	Vagtlægernes faglighed	73
6.3	Kliniske retningslinjer og visitationsvejledninger	78
6.4	ICPC-kodning	79
6.5	Udstyr i lægevagten	79
6.6	Vagtlægers adgang til journaloplysninger	80
6.7	Vagtlægers adgang til udskrivningsbreve (epikriser)	82
6.8	Opfølgning på utilsigtede hændelser	83
6.9	Sammenfatning og konklusioner	83
7	Forskning og kvalitetsudviklingsprojekter	87
7.1	Indledning	87
7.2	Litteratursøgning	87
7.3	Gennemførte undersøgelser i perioden 1995–2009	87
7.4	Planlagte og igangværende projekter	92
7.5	Sammenfatning og konklusioner	93
8	Bilagsfortegnelse	94

1 Indledning

1.1 Baggrund

Der har siden forsommeren 2009 været en omfattende mediedebat af lægevagtsordningen i Danmark, herunder kvaliteten i ordningen. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse bad på den baggrund Sundhedsstyrelsen om at undersøge kvaliteten i den nuværende lægevagtsordning.

Sundhedsstyrelsen har derfor gennemført en bred undersøgelse af kvaliteten i lægevagtsordningen. Den har haft fokus på både patientsikkerheden og på den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den brugeroplevede kvalitet.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse omfatter flere delundersøgelser, som er blevet udarbejdet dels af Sundhedsstyrelsen, dels via ekstern konsulentbistand.

Undersøgelsen har været forankret i Sundhedsstyrelsen, som har haft det overordnede ansvar for alle delundersøgelser samt for udarbejdelsen af den endelige rapport.

Historisk perspektiv

Den danske lægevagtsordning er forankret i almen praksis. Ifølge landsoverenskomsten for almen lægegerning (LOK) skal de praktiserende læger etablere vagtordninger, som skal tilrettelægges så det sikres, at patienter, der har behov for almen lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp. Lægevagtsordningen skal således tilbyde akut almen medicinsk behandling i vagttiden på lige fod med de praktiserende læger i dagtiden. Vagtlægerne fungerer således på samme måde som gatekeeper i forhold til sygehusene.

Modellen for den nuværende ordning har fungeret siden januar 1992, hvor et større forarbejde resulterede i en ny overenskomst. Den medførte en række ændringer i organiseringen af lægevagten, samtidigt med at amterne fik ansvaret for tilrettelæggelsen af lægevagten. Formålet var en reduktion i vagtbindingen og arbejdsbelastningen for de praktiserende læger, så de i højere grad kunne varetage opgaver i dagtiden samtidig med, at der ville ske en kvalitetsforbedring i opgaveløsningen i vagten. Således blev der næsten alle steder indført en lægelig visitationsordning, hvilket betød, at patienterne, når de kontaktede lægevagten, altid kom til at tale med en praktiserende læge. Ligeledes skulle patienterne i højere grad tilses i konsultationer end i hjemmet.

Den nye ordning medførte et umiddelbart fald (11 %) i antallet af henvendelser til lægevagten. Antallet af sygebesøg blev halveret, mens der skete en markant stigning i antallet af telefonkonsultationer og en mindre stigning i antallet af konsultationer. I 1992 var der 1,54 mio. henvendelser til lægevagten. Siden da er antallet steget og har igennem de sidste syv år ligget omkring 2,8 mio. henvendelser om året.

I forbindelse med strukturreformen i 2007 blev de tidligere 14 amtslige lægevagter samlet til fem regionale. I de efterfølgende år er der arbejdet med en harmonisering af lægevagtsordningerne indenfor regionerne, men den oprindelige model er ikke blevet ændret.

Lægevagtsordningen bygger således fortsat på en lægebemandet visitationsordning forankret i almen praksis. I de lande, som vi normalt sammenligner os med overlader man i stigende omfang telefonvisitationen til sygeplejersker. Denne mulighed er også blevet drøftet i Danmark.

Fremtidsperspektiv

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i efteråret 2009 nedsat et udvalg, der skal se på det præhospitale beredskab, herunder faciliteringen af løsninger i udkantssområder. Her vil lægevagten være én af flere aktører.

I de kommende år vil der således komme et øget fokus på lægevagtsordningen som en del af det samlede sundhedsvæsen, herunder på nye modeller for samarbejde på tværs af sektorer. I den forbindelse vil der formentlig komme fokus dels på lægevagts samarbejde med og integration med de fælles akutmodtagelser på sygehuse, og dels på samarbejdet med kommunerne, så man kan undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.

Lægevagten og det præhospitale beredskab står således overfor en række udfordringer i de kommende år. Denne rapport beskriver kvaliteten i den nuværende lægevagtsordning og det er Sundhedsstyrelsens håb, at rapporten kan bidrage til håndteringen af disse udfordringer.

1.2 Sundhedsstyrelsens undersøgelse

Sundhedsstyrelsens undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtsordning er gennemført i sommeren og efteråret 2009. Formålet med undersøgelsen har været at belyse både patientsikkerhedsmæssige og andre kvalitetsmæssige aspekter af ordningen med henblik på at pege på de elementer, der fungerer godt, og de elementer, der fungerer mindre godt.

Undersøgelsen bygger på data indhentet fra regionerne, lægevagtscheferne, forskningsinstitutionerne, kvalitetsenhederne m.m.

Derudover indgår afgørelser på klager fra patienterne fra henholdsvis Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og regionerne, sager fra Patientforsikringen, samt Sundhedsstyrelsens tilsynssager.

Endvidere er der foretaget en litteratursøgning på projekter omkring tilfredshed og kvalitet i den danske lægevagtsordning.

Som led i undersøgelsen er der derudover udarbejdet en redegørelse for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægers adgang til patienternes journaloplysninger fra almen praksis og sygehusene m.v. (bilag 1).

Endelig er der med ekstern bistand gennemført to store landsdækkende undersøgelser:

- En spørgeskemaundersøgelse af brugertilfredsheden i lægevagtsordningen. Undersøgelsen er udarbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen, og rapporten omfatter svar fra 5.033 brugere fordelt nogenlunde ligeligt på de fem regioner (bilag 2).

- En interviewundersøgelse om lægevagtens styrker og svagheder. Undersøgelsen er udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen, og rapporten er udarbejdet på baggrund af i alt 16 fokusgrubeinterviews med brugere, samarbejdspartner, vagtlæger, lægevagtschefer og regionale planlæggere (bilag 3).

Kvalitetsbegrebet

Undersøgelsen er bygget op omkring tre perspektiver på kvalitet: Patientperspektivet, det sundhedsfaglige perspektiv og det organisatoriske perspektiv. Denne opdeling kendes blandt andet fra Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenets definition af kvalitet¹. De tre perspektiver er nærmere defineret ved:

- **Patientperspektivet** som angiver, hvad patienten eller dennes pårørende ønsker, forventer og prioriterer i relation til sundhedsydelsen samt hvad patienten og/eller de pårørende har oplevet eller erfaret.
- **Det sundhedsfaglige perspektiv**, som angiver, hvorvidt sundhedsydelsen lever op til sundhedsfaglige krav, og om sundhedsydelsen samtidig udføres teknisk korrekt.
- **Det organisatoriske perspektiv**, som angiver, hvorvidt der foregår en effektiv anvendelse og prioritering af ressourcer, såvel menneskelige som økonomiske, og inden for rammer og direktiver fastlagt på et mere overordnet niveau.

Derudover er der generelt fokus på patientsikkerhedsperspektivet.

Elementer i undersøgelsen

Patientperspektivet kan også betegnes som ”den brugeroplevede kvalitet”. Dette perspektiv bygger på brugernes oplevelser og er en vigtig parameter i vurdering af kvaliteten i lægevagten. Var patienten tryk ved den behandling eller det råd, vedkommende fik af vagtlægen, var kommunikationen med vagtlægen god og var ventetiden og tilgængeligheden acceptabel? Disse spørgsmål er belyst gennem spørgeskemaundersøgelsen og fokusgrubeinterviewene. I forbindelse hermed er der også fokus på de forventninger, som brugerne har til lægevagten, og som måske ikke altid stemmer overens med det tilbud og den service, som lægevagten tilbyder. Derudover på tiltag som vil kunne forbedre brugernes oplevelse af lægevagten.

En del af brugerne af lægevagten giver udtryk for en generel utilfredshed med ordningen eller med konkrete kontakter, men der har altid kun været meget få patienter, der har valgt at indgive en egentlig klage enten til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til regionen. De indsendte klager er derfor formentlig ikke repræsentative, men alligevel er det vigtigt at sikre den fornødne læring af de enkelte sager – det gælder uanset, om der i sidste ende er fundet anledning til at give kritik i sagerne. Undersøgelsen gennemgår derfor en række sager fra 2008.

Organiseringen af lægevagtsordningen har en stor betydning for den samlede kvalitet, herunder både for brugernes oplevelse af kvaliteten og for det faglige indhold i ydelserne. En overordnet faktor er planlægningen af lægevagten i forhold til det samlede akutberedskab, herunder hvordan samarbejdet fungerer med akutmodtagelserne på sygehuse, kommunernes døgnberedskab og de døgnåbne apoteker, samt med almen praksis. I forbindelse hermed er det vigtigt, at der er sikret de for-

¹ Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og - definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, 2003.

nødne kommunikationsveje mellem parterne, og at vagtlægerne har kendskab til, hvordan de kan bruge de forskellige samarbejdsparter.

Andre faktorer er, hvordan ordningen er organiseret med henblik på at sikre den bedst mulige tilgængelighed til lægevagten, den nødvendige bemanning, samt hvilke muligheder vagtlægerne har for at tilbyde en optimal behandling. En vigtig forudsætning for at sikre den organisatoriske kvalitet er klare beslutningsveje og en ledelsesmæssig forankring, så nye beslutninger kan implementeres i organisationen. Undersøgelsen har derfor fokus på det ledelsesmæssige aspekt i lægevagtsordningerne. Undersøgelsen viser derudover udgiften til ordningen, men egentlige økonomiske analyser indgår ikke i undersøgelsen.

Den sundhedsfaglige kvalitet handler grundlæggende om kvaliteten af den undersøgelse og behandling, som patienten får. Det er et område, som er svært at undersøge og som der foreligger meget få data på. Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus har derfor igangsat en undersøgelse, som vil løbe i hele 2010 og som vil omfatte omkring 25.000 patientforløb. Undersøgelsen skal beskrive kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten og forventes at kunne bidrage med viden om den konkrete behandling, herunder den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten. Sundhedsstyrelsen har i lyset heraf valgt ikke at gennemføre en tilsvarende undersøgelse af konkrete patientforløb.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse fokuserer i stedet på en række faktorer, der har indflydelse på den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten. Vagtlægernes faglige kvalifikationer både på det lægelige og det kommunikative område er en sådan vigtig faktor i forhold til den faglige kvalitet, og her vil videreuddannelse og efteruddannelse til vagtlægerne kunne medvirke til at sikre et højt niveau. Ligeledes er en vigtig faktor de muligheder, som lægen har for at tilbyde en optimal behandling, herunder både udstyr i konsultationen og i lægetasken, og muligheder for brug af sygehuses faciliteter. Kliniske retningslinjer og instrukser kan medvirke til at sikre en høj kvalitet og en relativ ensartet opgaveløsning, og vil specielt være nødvendige, når lægevagten i stigende grad anvender sygeplejersker eller andet praksispersonale i opgaveløsningen.

Endelig har Sundhedsstyrelsens undersøgelse fokus på den kvalitetsudvikling, der pågår i regionerne i forhold til lægevagten, ligesom den inddrager dansk forskning på området.

Internationalt er der i disse år en del fokus på organiseringen og udviklingen af hele primærområdet, herunder på forskellige modeller for lægevagtsordninger. Sundhedsstyrelsen har kendskab til en række af disse tiltag, men har ikke systematisk afdækket området. Internationale erfaringer, fx i forhold til brug af sygeplejersker i lægevagtsvisitationen, er således ikke inddraget i denne undersøgelse.

1.3 Læsevejledning

Rapporten er bygget op således, at der i dette indledende **kapitel 1** beskrives baggrunden for undersøgelsen, samt undersøgelsens indhold.

Kapitel 2 indeholder en sammenfatning af undersøgelsen og dens konklusioner.

Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af den nuværende organisering af lægevagten. Først beskrives lægevagtens placering i og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Herefter beskrives blandt andet de regionale lægevagtsordninger, organisatoriske instrukser og aktiviteten i lægevagten. Senere i kapitlet analyseres bemanningen samt brugen af praksispersonale i lægevagten. Endelig beskrives lægevagtens organisation og ledelse samt målsætninger og opfølgning på servicemål.

Kapitel 4 omfatter brugernes oplevelse af lægevagten. Kapitlet er bygget op omkring de to eksterne undersøgelser, som er gennemført for Sundhedsstyrelsen i efteråret 2009 (se afsnit 1.2).

I kapitlet gengives hovedpunkterne i de to ovenstående undersøgelser, herunder brugernes tilfredshed med en konkret henvendelse til lægevagten i uge 37 i 2009, samt deres overordnede tilfredshed med den danske lægevagtsordning. Tilfredsheden differentieres blandt andet efter typen af kontakt (telefonisk kontakt, konsultationsbesøg eller besøg af lægevagten i hjemmet).

Kapitel 5 omhandler klagesager, tilsynssager og patientforsikringsager vedrørende lægevagten. Først gennemgås klagesager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 2008. Dernæst gennemgås tilsynssager i Sundhedsstyrelsen for perioden 2006-2008. Efterfølgende gennemgås sager i patientforsikringen for 2008, og endelig gennemgås serviceklager fra 2008.

I **Kapitel 6** behandles faktorer, der har indflydelse på den faglige kvalitet i lægevagten. Først beskrives vagtlægernes faglighed – herunder lægernes uddannelsesmæssige baggrund og eventuelle anden beskæftigelse, samt lægernes introduktion til lægevagten og efteruddannelse. Dernæst gennemgås adgangen til kliniske retningslinjer og visitationsvejledninger i de fem regionale lægevagtsordninger. Efterfølgende beskrives adgangen til udstyr til diagnostiske undersøgelser og behandling i lægevagten. Sidst i kapitlet beskrives vagtlægernes adgang til journaloplysninger og epikriser samt opfølgningen på utilsigtede hændelser.

Kapitel 7 beskriver de undersøgelser vedrørende kvaliteten i lægevagten, der er gennemført i perioden fra 1995 - 2009. Kapitlet beskriver sluttelig planlagte og igangværende forskningsprojekter vedrørende lægevagten.

Rapporten indeholder tre bilag, som kan downloades i selvstændige filer.

Bilag 1 indeholder en redegørelse for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægernes adgang til patienternes journaloplysninger fra almen praksis, sygehuse, mv.

Bilag 2 indeholder spørgeskemaundersøgelsen om brugertilfredsheden i lægevagten udført af Rambøll for Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen benævnes i denne rapport, som **Rambølls undersøgelse** eller **spørgeskemaundersøgelsen**.

Bilag 3 indeholder interviewundersøgelsen om lægevagtens styrker og svagheder udført af COWI for Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen benævnes i denne rapport som **COWI's undersøgelse**, **interviewundersøgelsen** eller **fokusgruppeinterviewene**.

2 Sammenfatning og konklusioner

2.1 Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen har i sommeren og efteråret 2009 - efter anmodning fra Ministeren for Sundhed og Forebyggelse - gennemført denne undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtsordning. **Formålet** med undersøgelsen har været at belyse både patientsikkerhedsmæssige og andre kvalitetsmæssige aspekter af ordningen med henblik på at pege på elementer, der fungerer godt og elementer, der fungerer mindre godt.

Undersøgelsen bygger på **data**, som Sundhedsstyrelsen har indhentet fra regioner og lægevagtschefer, forskningsinstitutioner, kvalitetsenheder m.fl. samt gennemgang af **afgørelser** på klager til henholdsvis Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og regionerne, afgørelser i Patientforsikringen samt **tilsynssager** i Sundhedsstyrelsen. Derudover er der foretaget en **litteraturgennemgang** på undersøgelser vedrørende kvalitet i lægevagten, en **vurdering** af muligheder for, at vagtlæger kan modtage udskrivningsbreve, samt en **redegørelse** for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægers adgang til patienternes journaloplysninger fra blandt andet almen praksis og sygehusene.

Som led i undersøgelsen er der derudover med ekstern bistand gennemført **to store landsdækkende undersøgelser**:

- 1) En spørgeskemaundersøgelse af brugertilfredsheden i lægevagtsordningen. Undersøgelsen er udarbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen, og rapporten omfatter svar fra 5.033 brugere fordelt nogenlunde ligeligt på de fem regioner. Brugernes var et tilfældigt udsnit af de borgere, som havde kontakt til lægevagten i uge 37, 2009 (bilag 2).
- 2) En interviewundersøgelse om lægevagtens styrker og svagheder. Undersøgelsen er udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen, og rapporten er udarbejdet på baggrund af i alt 16 fokusgruppeinterviews med brugere, samarbejdspartner, vagtlæger, lægevagtschefer og regionale planlæggere (bilag 3).

Sundhedsstyrelsens undersøgelse er konkret bygget op omkring tre **perspektiver på kvalitet**: Det organisatoriske perspektiv, det brugeroplevede perspektiv og det sundhedsfaglige perspektiv. I det følgende gennemgås resultaterne på baggrund af de tre perspektiver.

2.1.1 Organiseringen af lægevagten

Lægevagten fungerer som almen praksis' vagtberedskab og er en selvstændig del af **det samlede sundhedsvæsen**, herunder det præhospitale beredskab. Lægevagten fungerer således parallelt med sygehusenes fælles akutmodtagelser på lige fod med almen praksis i dagtiden.

Lægevagten samarbejder blandt andet med almen praksis, sygehusene, kommunerne og apotekerne, og den fungerer som **gatekeeper** til sygehusene på samme måde som almen praksis gør i dagtiden. Derudover er der i stigende grad fokus på samarbejdet med kommunernes døgnpleje med henblik på at undgå uhensigtsmæssige

indlæggelser. Lægevagten er således en vigtig aktør i forhold til **sundhedsaftalerne**.

Lægevagten modtager i alt omkring **2,9 millioner henvendelser** om året, og der er involveret omkring **2.900 læger** i varetagelsen af disse. Alle henvendelser til lægevagten skal først ske telefonisk, hvor brugeren får direkte kontakt til en vagtlæge. 56 % af henvendelserne bliver afsluttet ved en **telefonkonsultation** (heraf bliver nogle direkte indlagt på sygehuset i forbindelse med telefonkonsultationen). De øvrige bliver henvist til en **lægevagtskonsultation** (32 %) eller et **hjemmebesøg** (11 %) (tal fra 2008). Der er betydelige regionale forskelle på antallet af kontakter per borger, hvilket muligvis kan skyldes, at borgerne nogle steder har adgang til åbne skadestuer, mens adgangen til skadestuer andre steder forudsætter henvisning fra en læge.

Der er i alt **65 konsultationssteder** fordelt over hele landet. Heraf er 39 faste og 26 kan åbnes ved behov i løbet af en vagt. En del konsultationssteder ligger i tilknytning til et sygehus, andre kan ligge i tilknytning til fx et plejecenter. Antallet af læger på vagt varierer i forhold til tidspunktet på døgnet, men derudover kan det variere fra dag til dag, og fra uge til uge alt efter antallet af henvendelser.

Lægevagten bemannes primært af **læger**, men indenfor de senere år er der i to regioner etableret ordninger med **sygeplejersker** i lægevagtskonsultationerne. Erfaringerne er gode og der arbejdes på at udbrede ordningen indenfor de to regioner. Sygeplejerskerne medvirker i prioriteringen af patienterne i konsultationerne, og nogle varetager derudover mindre behandlingsopgaver. Sygeplejerskerne er de fleste steder ansat på sygehuset og varetager opgaver både på sygehuset og i lægevagten.

I Danmark varetages **lægevagtsens telefonvisitation** af læger, og vagtlægerne finder, at telefonvisitationen er den vanskeligste opgave i lægevagten. Man har ikke erfaringer fra Danmark med brug af sygeplejersker til dette formål, men i de lande, som vi normalt sammenligner os med, anvender man i stigende grad sygeplejersker. Denne rapport afdækker ikke erfaringerne fra disse.

Lægevagten er forankret i **Landsoverenskomst for almen lægegerning**. Alle praktiserende læger, der arbejder efter overenskomsten i dagtiden, er således også forpligtede til at deltage i lægevagten (der er dog mulighed for dispensation). Derudover er der i alle regioner indgået en **lægevagtsaftale**, som fastlægger den økonomiske ramme, samt arbejdsdelingen mellem regionen og de praktiserende læger i regionen. Den samlede ordning kostede 731 millioner kroner i 2008.

I alle regioner er der nedsat et **samarbejdsudvalg** mellem Praktiserende Lægers Organisation, regionen og kommunerne i regionen. Samarbejdsudvalget behandler principielle sager om lægevagtsordningen, herunder sager om lægers misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten. Derudover fungerer udvalget som et dialogforum. Siden regionsdannelsen i 2007 har alle samarbejdsudvalg arbejdet med harmoniseringen af de tidligere amtslige lægevagtsordninger med henblik på at bedre kvaliteten. I forbindelse med dette er der i de fleste regioner vedtaget **servicemål** vedrørende ventetider i henholdsvis telefonkonsultationer, lægevagtskonsultationer og hjemmebesøg, som der løbende følges op på.

Alle fem lægevagtsordninger har en **lægevagtschef** og et antal distriktslægevagtschefer, som har til opgave at afstikke retningslinjerne for den interne drift, vagtbe-

lastning, optagelse af nye læger, efteruddannelsesaktiviteter med videre. Lægevagtscheferne er praktiserende læger, og jobbet som lægevagtschef varetages sideløbende med arbejdet i egen praksis. Deres rolle er mere koordinerende end egentlig ledende, og de har således ikke et overordnet sundhedsfagligt ansvar, ligesom de ikke har et egentligt personaleansvar. Lægevagtschefernes opgaver udføres på vegne af praksisudvalgenes lægevagtsudvalg.

2.1.2 Brugernes oplevelser med lægevagten

I Rambølls spørgeskemaundersøgelse blev der spurgt til **brugernes tilfredshed** med den konkrete kontakt, som brugeren havde med lægevagten i uge 37 i 2009. Derudover blev der også spurgt til deres tilfredshed med lægevagtsordningen som helhed.

Brugerne var overvejende tilfredse med lægevagtsordningen. 77,9 % af brugerne var således tilfredse med den kontakt med lægevagten, som de havde i uge 37. 11,5 % var utilfredse. De brugere, der fik et hjemmebesøg, var mest tilfredse, mens de der blev behandlet i lægevagtskonsultationen var mindre tilfredse, og de der blev afsluttet i telefonen var mindst tilfredse.

Brugernes generelle tilfredshed med lægevagtsordningen er dog lavere. Således er det kun 71,1 % af brugerne, som er tilfredse med lægevagtsordningen som helhed og 12 %, der er utilfredse. En mulig forklaring på den lavere tilfredshed med lægevagtsordningen som helhed kan være negativ omtale af ordningen, men også at en tidligere oplevelse med lægevagten påvirker svaret.

De hyppigste **årsager til henvendelser** til lægevagten var smerter og feber, mens de hyppigste **resultater af kontakten** var, at brugeren blev rådet til at se tiden an eller fik udskrevet en recept. En tredjedel af de brugere, som vagtlægen besøgte i hjemmet, blev indlagt på sygehus.

Børn under 14 år udgør knap en tredjedel af henvendelserne til lægevagten. **Ældre borgere** (+65 årige) har færre kontakter end gennemsnitsbefolkningen til lægevagten, men de modtager godt halvdelen af alle sygebesøg.

En række brugergrupper udgør ifølge vagtlægerne en **særlig udfordring** i lægevagtsordningen. Det er særligt brugere med anden etnisk baggrund end dansk, brugere med dårligt socialt netværk, psykisk syge brugere, medicinmisbrugere, brugere med kronisk sygdom samt generelt de meget ressourcestærke og de meget ressource svage borgere.

En række faktorer kan have indflydelse på brugernes tilfredshed med lægevagtsordningen. Vagtlægerne nævner, at nogle af brugerne bliver utilfredse, fordi de har **forventninger** til lægevagten, som lægevagten ikke kan opfylde. Brugere nævner faktorer som **kommunikationen** med vagtlægen, **tilgængeligheden** til konsultationsstederne, **ventetiden** både i telefonen og til konsultation/besøg, samt **indretningen** af konsultationsstederne.

2.1.3 Klager over lægevagten

Generelt er der meget få klager over lægevagten, og de udgør mindre end 0,1 promille af det samlede antal henvendelser til lægevagten.

Klager over lægevagten kan indbringes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til regionerne afhængigt af klagen indhold. Derudover kan Sundhedsstyrelsen selv oprette tilsynssager, hvis den bliver opmærksom på forhold, som bør undersøges nærmere. Endelig kan anmeldelse af skader i forbindelse med behandling blandt andet i lægevagten ske til Patientforsikringen.

I 2008 afgjorde **Sundhedsvæsenets Patientklagenævn** 224 sager, som omfattede vagtlæger. I cirka 28 % af sagerne blev der givet kritik af lægen. I langt hovedparten af sagerne indeholdt klagen en fejlagtig diagnose og/eller behandling. Afgørelserne på de sager, der giver anledning til kritik, bliver altid gennemgået af Sundhedsstyrelsen med henblik på eventuelle tiltag overfor den indklagede sundhedsperson.

Alle sager - uanset om de giver anledning til kritik eller ej - kan bidrage til **læring**, men man kan dog ikke på baggrund af sagerne vurdere, hvor udbredte problemstillingerne er, og om de er repræsentative for alle henvendelser. Sagerne i Patientklagenævnet viste en række gennemgående temaer, som der kunne drages læring af. Et eksempel herpå er atypiske brystmerter, hvor det senere viste sig, at patienterne havde en blodprop i hjertet.

I 2006-2008 oprettede **Sundhedsstyrelsen** 13 **tilsynssager** omfattende vagtlæger. Sagerne omhandlede meget forskellige problemstillinger som for eksempel fejldiagnosticering, kommunikationsvanskeligheder vedrørende indlæggelse eller mangelfuld undersøgelse af patienten.

I 2008 afgjorde **Patientforsikringen** 104 sager, som vedrørte vagtlæger, heraf blev der tilkendt erstatning i 38 sager. Ud af de 38 anerkendte sager, vedrørte 11 sager blodpropper, hovedsageligt i hjertet.

I 2008 modtog **regionerne** cirka 60 **serviceklager**, som blev behandlet af samarbejdsudvalgene. Sagerne vedrørte blandt andet klager over vagtlægens opførsel, ventetider, og manglende opdatering af procedurer og instrukser.

2.1.4 Den sundhedsfaglige kvalitet

Den sundhedsfaglige kvalitet handler grundlæggende om kvaliteten af den undersøgelse og behandling, som patienten får. Set i lyset af, at Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus har igangsat en stor undersøgelse kontakt- og sygdomsmønstret i lægevagten (se afsnit 2.1.5 og 7.4.1) har Sundhedsstyrelsen valgt i denne undersøgelse primært at fokusere på en række faktorer, som kan have betydning for den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten.

Vagtlægernes uddannelse og efteruddannelse har betydning for den sundhedsfaglige kvalitet, ligesom det har betydning, om vagtlægerne er opdateret i håndteringen af de problemstillinger, der ses i lægevagten, herunder om de har og anvender opdaterede kliniske retningslinjer. Derudover har det betydning, hvilket udstyr vagtlægen har til rådighed for sin undersøgelse og behandling af patienten, samt vagtlægens adgang til nødvendige journaloplysninger om patienten.

Vagtlægerne er overvejende **speciallæger i almen medicin** eller læger under uddannelse dertil. Den overvejende del af vagtlægerne arbejder i almen praksis i dagtiden, men i lægevagtsordningerne indgår også - i varierende grad fra region til re-

gion - læger, som ikke har tilknytning til almen praksis, herunder også læger med andre specialer.

Nogle af de regionale lægevagtsordninger har indenfor de senere år vedtaget en målsætning om, at vagtlægerne skal have **tilknytning til almen praksis i dagtid**. Formålet hermed er at højne det faglige niveau i ordningen. I den forbindelse har man begrænset mulighederne for vagtydnumre² og for at have lægevagt som hovedbeskæftigelse.

Uddannelse til vagtlæge indgår i den almen medicinske speciallægeuddannelse. Derudover gennemføres **kurser**, der er målrettet både nye og erfarne vagtlæger, i alle de regionale lægevagtsordninger. Kurserne har primært fokus på kommunikation og visitation. Nogle regioner planlægger at gøre nogle kurser obligatoriske.

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke **nationale kliniske retningslinjer** for arbejdet i lægevagten. Nogle af de vagthåndbøger, som er udarbejdet i lægevagtsordningerne, indeholder dog elementer af kliniske retningslinjer. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har besluttet at udarbejde en klinisk vejledning for akutte begivenheder i almen praksis, herunder også i lægevagten, samt en telefonvisitationsguide beregnet på personale og uddannelseslæger. Nogle praktiserende læger anvender systematisk ICPC kodning³ af alle deres patienter i almen praksis, men dette er ikke indført i lægevagten.

Der er forskel på - både fra region til region og indenfor de enkelte regioner - hvad vagtlægerne har til rådighed af **udstyr til diagnostik og behandling**. Generelt er konsultationsstederne bedre udstyrede end lægevagtsbilerne. Eksempelvis har de fleste konsultationssteder adgang til ilt og Rubens ballon⁴, men ikke alle konsultationer og lægevagtsbiler har adgang til en hjertestarter. En del konsultationssteder ligger i tilknytning til sygehuse, hvor lægevagten har mulighed for at benytte sig af sygehusets faciliteter, herunder diagnostiske faciliteter og sygehusets hjertestopteam.

Vagtlægerne fører **egen journal**. De har derudover adgang til sygehusjournaler via E-journal på sundhed.dk samt til Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM). Vagtlægerne giver dog udtryk for, at den tekniske adgang til disse er for langsom, og at E-journalen derudover er for omfangsrig og ikke målrettet de behov, der er i lægevagten. I stedet giver vagtlægerne udtryk for et behov for at få **adgang til** udvalgte dele af **almen praksis' journal**, primært diagnoser og medicinlister for patienter med kroniske sygdomme. I forbindelse med dette forventes det, at det kommende **Fælles Medicinkort** vil kunne bidrage med opdaterede medicinlister.

Vagtlægerne har i fokusgruppeinterviewene desuden givet udtryk for et ønske om – med henblik på at kvalitetssikre deres behandling - at modtage **udskrivningsbreve** vedrørende de patienter, som de indlægger på sygehuset. Dette kan lade sig gøre, men det kræver, at sygehuset får samtykke fra patienten.

² Vagtydnumre kan tildeles læger, som vil arbejde som vagtlæger, men som ikke er omfattet af Landsoverenskomsten om almen lægegerning.

³ ICPC er den internationale klassifikation for almen praksis.

⁴ En Rubens ballon anvendes til at blæse luft ned i patientens luftveje, når patienten ikke kan trække vejret selv.

Patientsikkerheden er en vigtig del af den sundhedsfaglige kvalitet. **Rapporteringssystemet vedrørende utilsigtede hændelser** - med indrapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser - har hidtil alene omfattet sygehusvæsenet, men fra sommeren 2010 omfatter det også praksissektoren, herunder lægevagten, samt den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område. For lægevagten vil det komme til at betyde, at utilsigtede hændelser skal indrapporteres, og at der efterfølgende skal ske en analyse af de indsendte rapporter med henblik på, at der sker en **systematisk læring**. Ansvar for dette vil ligge hos regionerne.

2.1.5 Forskning og projekter vedrørende lægevagten

Sundhedsstyrelsen har gennemført en litteratursøgning på danske undersøgelser vedrørende lægevagten fra 1995 og frem. Derudover er der indhentet publikationslister fra forskningenhederne for almen praksis og fra Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed (DAK-E), Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), ligesom der er indhentet oplysninger om igangværende og kommende undersøgelser.

Der er fundet i alt 22 **undersøgelser** (inkl. meningsmålinger) og to kommende projekter. Efter 2004 er der publiceret fire projekter og to meningsmålinger om lægevagten. Fokus for undersøgelserne er primært den brugeroplevede kvalitet og overholdelse af servicemålene. Således omhandler kun få projekter den faglige kvalitet, og den organisatoriske kvalitet har kun været overfladisk undersøgt. Der har ikke været gennemført undersøgelser med fokus på patientsikkerhed, ligesom der kun i meget begrænset omfang har været gennemført landsdækkende undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen har fået kendskab til to **igangværende projekter**: 1) en gennemgang af 250 sager fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (samarbejde mellem Syddansk Universitet og Patientklagenævnet), og 2) en undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønstret i lægevagten, som omfatter 25.000 kontakter til lægevagten i Region Midtjylland (Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet). Begge undersøgelser forventes at ville kunne bidrage med viden om den faglige kvalitet i lægevagten.

2.2 Konklusioner

Lægevagten fungerer generelt godt – med forbedringsmuligheder

På baggrund af undersøgelsen er det Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering, at den danske lægevagtsordning generelt set fungerer godt, og at den opfylder sit formål med at sikre lægebetjening til alle borgere uden for almen praksis' åbningstid.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger dog på en række konkrete områder, som kan forbedres, og som hensigtsmæssigt kan indgå i en fortsat kvalitetsudvikling af lægevagtsordningen.

Lægevagten fortsat forankret i almen praksis

Sundhedsstyrelsen vurderer, at lægevagtsordningen også fremover med fordel kan være forankret i almen praksis. Det vigtigste argument for dette er, at man derved sikrer den fornødne **bemanding** med læger, som har den relevante uddannelse til at varetage de problemstillinger, som kommer i lægevagten. Derudover er et vigtigt argument, at en fortsat kvalitetsudvikling dermed kan sammenkøbes med almen

praksis, så borgeren modtager den samme **kvalitet i behandlingen** af akutte sygdomme og skader, uanset om det er dagtid eller vagttid. Lægevagtsordningerne bør i så fald have en målsætning om, at alle vagtlæger har **tilknytning til almen praksis**, hvorved det sikres, at den viden og erfaring, som lægerne får i dagtiden i almen praksis, bringes med ind i lægevagten og omvendt.

I de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, har man forskellige modeller for lægevagtsordningen. Erfaringerne fra udlandet er ikke systematisk undersøgt i nærværende undersøgelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at såfremt det overvejes at indføre en anden forankring af lægevagten, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk **afdækning af udenlandske erfaringer**.

Fokus på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen

Der bør være fokus på lægevagten samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, herunder på samarbejdet med de fælles akutmodtagelser og med kommunernes døgnpleje. Undersøgelsen peger derudover på, at der bør sikres **effektive kommunikationsveje** mellem lægevagten og de forskellige aktører, ligesom lægevagten bør sikres enkle **visitationsveje** til sygehuse og kommuner. I forbindelse med dette bør der løbende ske opdatering af de **organisatoriske instrukser**.

Lægevagten som en del af sundhedsaftalerne

Lægevagten er en vigtig aktør i forhold til flere af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne, herunder specielt indlæggelses- og udskrivningsforløb, samt opfølgning på utilsigtede hændelser. Regioner, kommuner og almen praksis bør derfor ved udarbejdelsen af næste generation af sundhedsaftaler sikre, at lægevagten bliver omfattet af disse. Ledelsen af lægevagten bør indgå i relevante fora omkring sundhedsaftalerne.

Lægevagtskonsultationer som en del af det nære tilbud til borgerne

Den fremtidige centralisering af sygehuse med færre og større sygehuse giver behov for et borgernært tilbud også i vagttiden. Mange lægevagtskonsultationer kan hensigtsmæssigt placeres i tilknytning til de fælles akutmodtagelser **på sygehuse**, men hvis der fremover skal sikres et ensartet landsdækkende tilbud, vil der være behov for lægevagtskonsultationer også udenfor sygehuse. Disse vil kunne placeres **i tilknytning til fx sundhedshuse**.

Fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

I lighed med det øvrige sundhedsvæsen bør lægevagtsordningen også have fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Kvalitetsudvikling af de akutte opgaver - både i almen praksis og i lægevagten - bør understøttes og ansvaret for dette kan formentlig mest hensigtsmæssigt forankres i de **kvalitetsenheder**, der i forvejen arbejder med kvalitet i almen praksis. Der bør udarbejdes **nationale kliniske retningslinjer** for akut arbejdet i almen praksis og i lægevagten, og der bør samtidig sikres en implementering af disse. I forbindelse med dette kan der hensigtsmæssigt sikres indførelse af **ICPC kodning** af henvendelserne. Ligeledes kan det være relevant at udarbejde en form for **beslutningsstøtte** til brug ved kontakt til patienter med atypiske symptomer. Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør generelt understøttes af **forskning** på området. Regionerne og de praktiserende læger kan opstille konkrete **målsætninger** for kvaliteten af lægevagtsordningerne og løbende følge op på disse.

Mere ledelse i lægevagten

Ansvar for den fortsatte kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør forankres i ledelsen af lægevagtsordningen, ligesom ledelsen bør have et ansvar for den fortsatte udvikling af samarbejdet med og integrationen i det samlede sundhedsvæsen. Dette bør ske i et samspil med regionens øvrige akutberedskab.

Det er derfor Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen af lægevagten bør have et overordnet **sundhedsfagligt ansvar** for lægevagten, både i forhold til de enkelte vagtlæger og andet personale i lægevagten, og for den samlede lægevagtsordning, herunder at implementere fælles kliniske retningslinjer. Derudover vil ledelsen naturligt få en opgave i forhold at sikre opfølgning på de indrapporterede utilsigtede hændelser og at sikre læring af disse til lægevagten.

Ledelsen bør derudover have et overordnet **organisatorisk ansvar** for en fortsat organisatorisk udvikling af lægevagten, og for samarbejdet og integrationen med det øvrige sundhedsvæsen. I den forbindelse vil det være en ledelsesopgave, at sikre implementeringen af konkrete aftaler, fx i form af en løbende opdatering af de organisatoriske instrukser til vagtlægerne.

Lægevagtscheferne refererer i dag til praksisudvalgenes lægevagtsudvalg, som er underudvalg under Praktiserende Lægers Organisation. En anden mulighed ville være, at ledelsen i lægevagten refererer til fx regionerne eller til samarbejdsudvalgene. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der sker en afdækning af fordele og ulemper ved andre ledelsesmodeller.

Inddragelse af brugernes oplevelser i lægevagten

Brugerperspektivet kan hensigtsmæssigt inddrages i kvalitetsudviklingen af lægevagtsordningen, herunder blandt andet deres oplevelser omkring ventetider og kommunikation samt placeringen og indretningen af konsultationslokalerne. I forbindelse hermed bør der arbejdes mod en bedre **afstemning af forventningerne** til lægevagtsordningen, og en målrettet **information af borgere** om lægevagts tilbud både på dansk og relevante fremmedsprog.

Fokus på patientsikkerheden i lægevagten

Der bør vedvarende være fokus på patientsikkerheden i lægevagten. Lægevagten vil skulle indgå i samarbejdet med **opfølgning på utilsigtede hændelser**, og i den forbindelse vil det være vigtigt at sikre læring af de indberettede sager. Ligeledes er det vigtigt – selvom antallet af **klagesager** relateret til lægevagten er meget få – at sikre en systematisk opfølgning på sagerne med henblik på også her at sikre den relevante læring. Ansvar for dette bør ligge hos dels hos ledelsen af lægevagten og dels i regionerne.

Flere sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne

Andre faggrupper, specielt sygeplejersker, kan med fordel indgå i opgaveløsningen i **lægevagtskonsultationerne** med henblik på dels at frigøre lægerressourcer, dels at sikre en bedre samlet opgaveløsning. I de enkelte lægevagtsordninger er det vigtigt at afklare, hvem der har det faglige ansvar for at sikre den fornødne instruks til personalet.

Telefonkonsultationen

Vagtlægerne vurderer generelt, at telefonvisitationen er **den sværeste opgave** i lægevagten og prioriterer derfor, at den bliver varetaget af erfarne vagtlæger. I Danmark benytter vi derfor i den nuværende lægevagtsordning altid læger til telefonvi-

sitationen. I de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, benytter man imidlertid primært sygeplejersker i telefonvisitationen. Erfaringer fra udlandet med brug af sygeplejersker i telefonvisitationen er ikke systematisk undersøgt i nærværende undersøgelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at såfremt det overvejes at bruge sygeplejersker eller andre faggrupper end læger til telefonvisitationen, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk **afdækning af udenlandske erfaringer**.

Efteruddannelse til vagtlægerne

Vagtlægerne bør sikres en løbende efteruddannelse, som på nogle områder bør være obligatorisk. Undersøgelsen peger på, at der specielt bør være fokus på **kommunikation og visitation**. Kommunikation mellem læge og patient - specielt i telefonkonsultationen - opfattes af vagtlægerne som en af de sværeste opgaver i lægevagten og er derfor et område, som der vedvarende bør arbejdes med. Herunder bør der være et særligt fokus på kommunikationen med **brugere med anden sproglig baggrund end dansk** og med grupper, hvor kommunikationen på anden måde er vanskeliggjort.

Udstyr til diagnostik og behandling i lægevagten

Det vil være hensigtsmæssigt, at der sker en afklaring af, hvilket udstyr til diagnostik og behandling, som vagtlægerne skal have **til rådighed**, hvis lægen skal kunne yde en optimal kvalitet i behandlingen. I dag er dette meget forskelligt fra region til region og indenfor de enkelte regioner. Afklaringen vil kunne ske i forbindelse med udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer for akutarbejdet. Derudover peges der i undersøgelsen på et behov for en hensigtsmæssig **indretning** af konsultationslokalerne.

Vagtlægernes adgang til journaloplysninger

Vagtlægerne giver udtryk for et behov for at få adgang til journaloplysninger fra egen læges journal, primært oplysninger om diagnose og medicinstatus for patienter med kronisk sygdom. **Juridisk** er der mulighed for dette, og **teknisk** vil det formentlig mest hensigtsmæssigt kunne lade sig gøre via almen praksis' **datafangst** modul. Sundhedsstyrelsen finder det væsentligt, at vagtlægerne får adgang til relevante oplysninger fra almen praksis' journaler.

Udskrivningsbreve også til vagtlægerne

Vagtlægerne giver også udtryk for et ønske om – med henblik på kvalitetssikring - at modtage udskrivningsbreve på de patienter, som de indlægger på sygehus. Der er mulighed for, at vagtlæger med **patientens samtykke** kan få tilsendt udskrivningsbreve med henblik på læring. Det kan derfor være en mulighed, at der udarbejdes **lokale aftaler** med henblik på at sikre, at sygehusene indhenter samtykke fra patienten, så vagtlægerne får tilsendt de ønskede udskrivningsbreve fra sygehuset.

3 Organiseringen af den danske lægevagtsordning

3.1 Indledning

I dette kapitel sættes der fokus på det organisatoriske perspektiv. Det vil sige på de organisatoriske rammer og på de faktorer, som har indflydelse på den organisatoriske kvalitet af lægevagten i Danmark.

Inden for de sidste tre år har lægevagtsordningerne gennemgået en sammenlægning og en harmonisering af de tidligere 14 amtslige ordninger til de nuværende fem regionale ordninger, men den overordnede organisering er uændret. Kapitlet beskriver denne organisering og derudover har kapitlet fokus på lægevagts rolle i det samlede sundhedsvæsen, på aktiviteten og udgiften hertil, på bemanningen, herunder brug af sygeplejersker og andet praksispersonale, på ledelsen af lægevagtsordningen, og på de servicemål, som samarbejdsudvalgene fastsætter.

Kapitlet er udarbejdet på baggrund af data indhentet fra regioner og lægevagtschefer suppleret med data fra spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewene.

3.2 Lægevagten som en del af det samlede sundhedsvæsen

Igennem de senere år har der været et tiltagende fokus på et sammenhængende sundhedsvæsen, herunder også på integration af lægevagten i dette.

Indenfor de senere år har der derudover været fokus på mulighederne for en egentlig integration af lægevagtsordningerne i de fælles akutmodtagelser.

De regionale planlæggere beskriver således i fokusgruppeinterviewene (bilag 3, side 25), at hvis man fastholder, at lægevagten skal være overenskomststyret, er der tale om et simpelt, driftssikkert system, "der fungerer lidt som en selvstændig ø". Det er en helt anden snak, hvis vagtlægen skal være en integreret del af akutberedskabet. Her vil man kunne forbedre ressourceudnyttelsen på tværs af kommuner og læger, fx samspillet mellem vagtlæger og hjemmesygeplejersker.

De beskriver videre, at i en region er der nogle foreløbige overvejelser om at flytte lægevagts telefonvisitation til samme lokaler som regionens nye vagtcentral. Tanken er, at der kan opnås synergieffekter ved at skabe et lokalefællesskab. Der forhandles også om at integrere lægevagten med hospitalernes akutfunktioner i vagttiden. Det er to forskellige kulturer, der skal lære at arbejde sammen - sygehuse og almen praksis. Det har fx været svært at få sygehuse til at stille lokaler til rådighed for lægevagten. "Der er nogle ting, der halter". Og det er meget svært at få akutberedskaberne til at arbejde sammen. Der kan således både findes skadepoliklinikker, "der ikke laver noget, og overbelastede lægevagtsordninger."

Det forventes, at spørgsmålet om lægevagtens rolle i det samlede akutberedskab vil blive belyst i udvalget om det præhospitale beredskab, som er nedsat af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Dette afsnit tager udgangspunkt i den nuværende lægevagtsordnings samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet, herunder på kommunikationen med de øvrige aktører.

3.2.1 Almen praksis

Den nuværende lægevagtsordning er en del af almen praksis, og er forankret i samme overenskomst. Der er et formaliseret samarbejde med de enkelte almen praksis, som varetager opgaverne i dagtiden, og de fleste vagtlæger arbejder i almen praksis i dagtiden, jf. afsnit 6.2.

Efter kontakter med lægevagten sendes der kopi af journalnotatet til den almen praksis, som patienten er tilknyttet. Lægevagten har derimod ikke på nuværende tidspunkt adgang til almen praksis' journal, jf. afsnit 6.6.

Rapporten vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen⁵ satte blandt andet fokus på tilgængeligheden til almen praksis i dagtiden, idet det var en generel vurdering, at en dårlig tilgængelighed i dagtiden i nogle almen praksis medfører et øget pres på lægevagten. I den forbindelse blev der foreslået en række tiltag med henblik på at øge tilgængeligheden i dagtiden.

3.2.2 Sygehusene

Lægevagten fungerer som gatekeepere til sygehusene på samme måde, som almen praksis gør det i dagtiden. De mange ændringer i sygehusstrukturen i disse år giver udfordringer for lægevagten, som skal holde sig løbende opdateret med blandt andet visitationsveje. I COWI's undersøgelse giver de deltagende vagtlæger udtryk for, at de har behov for en ukompliceret adgang til indlæggelse af patienter (bilag 3, side 7).

Derudover giver vagtlægerne udtryk for et ønske om – ud fra et kvalitetssikringsperspektiv - at modtage udskrivningsbreve vedrørende de patienter, som de indlægger på sygehus, jf. afsnit 6.7.

En del lægevagtskonsultationer er placeret på sygehuse, og der er i flere regioner aftaler om at bruge fælles faciliteter og personale. I ovennævnte undersøgelse giver både vagtlæger og regionale planlæggere udtryk for, at denne model er hensigtsmæssig, jf. afsnit 6.5 og 3.8. Lægevagtskonsultationerne og de fælles akutmodtagelser er imidlertid oftest adskilte enheder med hver sin indgang. Fremover vil der formentlig ske en egentlig integration af akutmodtagelserne og lægevagtsordningerne jf. afsnit 3.2.6.

I de kommende år vil der ske en tiltagende samling af sygehusfunktionerne på færre og større sygehuse, og i den forbindelse vil der formentlig blive behov for, at almen praksis og lægevagten håndterer flere patienter med akutte tilstande og skader. I den forbindelse kan der blive behov for fokus på vagtlægernes mulighed for

⁵ Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

at få rådgivning fra de specialiserede sygehusafdelinger. Vagtlægerne oplyser i fokusgruppeinterviewene, at de allerede i dag kan ringe til lægerne på sygehusene, når de har behov for rådgivning (bilag 3, side 30).

3.2.3 Kommunerne

Lægevagten tilser ofte borgere, som har kontakt til den kommunale hjemmepleje, eller som bor i en plejebolig. Derudover etablerer kommunerne i stigende grad akutpladser og lignende, som vagtlægerne kan henvise til med henblik på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.

I fokusinterviewene giver lægevagten kommunale samarbejdspartner og vagtlægerne udtryk for, at de har et godt samarbejde, men at det kan styrkes på en række områder (bilag 3, side 7). Således peger samarbejdspartnerne på, at vagtlægerne under tiden har for lidt kendskab til patientens sygehistorie og medicinforbrug. Samtidig efterlyser hjemmeplejen en tilbagemelding fra vagtlægen, når de ikke har været til stede ved lægens besøg hos borgeren. Der peges blandt andet på behovet for elektronisk kommunikation via Edifact.

Vagtlægerne peger derudover blandt andet på behovet for løbende opdatering af kontaktoplysninger til døgnplejen.

3.2.4 Apotekerne

Der udskrives jævnligt recepter i lægevagten. I fokusgruppeinterviewene oplyser apotekerne, at vagtlægernes angivelse af medicindoser på recepter kan være for upræcise, og at det i disse tilfælde kan være vanskeligt at komme i kontakt med den pågældende vagtlæge (bilag 3, side 7).

3.2.5 Sundhedsaftaler

Det er blevet obligatorisk for regioner og kommuner at udarbejde sundhedsaftaler på en række obligatoriske indsatsområder, herunder indlæggelse og udskrivning samt opfølgning på utilsigtede hændelser. Almen praksis er medlem af sundhedskoordinationsudvalgene og deltager i relevante fora omkring udarbejdelse af aftalerne.

Lægevagten er ikke specifikt beskrevet i første generation af aftalerne, men er relevante aktører i forhold til flere af sundhedsaftalernes indsatsområder. Anden generation af aftalerne skal udarbejdes i 2010/11, og her kan man forestille sig, at der i høj grad bliver fokus på almen praksis, herunder også på lægevagten.

3.2.6 Lægevagten som en del af akutberedskabet

I Sundhedsstyrelsens rapport om et styrket akutberedskab⁶ kom der et øget fokus på det præhospitale område, herunder almen praksis. Rapporten satte fokus på, at sygdomme og skader i videst muligt omfang skulle behandles i almen praksis, herunder i lægevagten, og at al visitation til sygehusene skulle være lægevisiteret. I gennem de senere år er der således i regionerne sket en udvikling af det præhospitale beredskab og flere steder er skadestuer og de fælles akutmodtagelser blevet vi-

⁶ Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen, 2007.

siterede, hvilket har givet almen praksis og lægevagten en anden rolle. I dele af landet har almen praksis og lægevagten således indrettet sig på at kunne behandle flere af de patienter med akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i august 2009 nedsat et udvalg, der skal se på det præhospitale akutberedskab. Udvalget skal blandt andet opstille scenarier for den fremtidige udvikling i den præhospitale og nære indsats i regionerne samt principper for, hvordan faciliteringen af løsninger på det præhospitale område i udkantsområder skal ske, eksempelvis ved anvendelse af den nuværende lægevagtsordning, skadeklinikker i almen praksis eller ved sygehuse. I den forbindelse forventes det, at der bliver et øget fokus på lægevagtenes integration i det samlede præhospitale beredskab.

Denne rapport forventes at ville indgå i udvalgsarbejdet omkring det akutte beredskab.

3.3 De regionale lægevagtsordninger

Som nævnt i afsnit 1.1 er lægevagten organiseret som en visitationsordning. Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til en læge. Den visiterende læge kan – afhængigt af patientens situation – løse patientens behov ved hjælp af telefonisk råd og vejledning, give patienten adgang til at møde frem på et af lægevagtenes konsultationssteder eller rekvirere en kørende vagtlæge til at aflægge hjemmebesøg. Foruden de beskrevne tilbud indenfor lægevagtsordningen kan den visiterende læge visitere patienter direkte til sundhedsvæsenets øvrige tilbud, udskrive en recept eller skønne, at undersøgelse og behandling kan vente til dagtid og derfor henvise patienten til at søge egen læge næste dag.

Myndighedsansvaret og herunder tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i lægevagten ligger i regionerne, mens ansvaret for selve lægebetjeningen i vagttiden ligger hos de alment praktiserende læger.

Lægevagtsordningerne er organiseret forskelligt i de fem regioner. Den overordnede regionale organisering af lægevagtsordningen er beskrevet i lægevagtsaftalerne mellem den enkelte region og de praktiserende lægers regionale praksisudvalg. Alle regioner har indgået en lægevagtsaftale.

Formålet med lægevagtsaftalerne er at supplere landsoverenskomsten og sikre etablering af en velfungerende vagtordning og herunder fastlægge en arbejdsdeling mellem regionerne og de praktiserende læger omkring driften af lægevagten.

Lægevagtsaftalerne beskriver blandt andet de økonomiske rammer for driften af lægevagten, hvilke faciliteter regionen stiller til rådighed for lægevagten, omfanget af visitations- og konsultationssteder i regionen, kørselsordning for de læger, der aflægger hjemmebesøg og fastsættelse af og opfølgning på eventuelle servicemål vedrørende blandt andet ventetid.

Generelt stiller regionerne lokaler, utensilier, it, telefoni og befording til rådighed, mens de praktiserende læger har ansvar for vagttilrettelæggelse og administration. Med hensyn til lægemidler udarbejdes der i de regionale samarbejdsudvalg en

oversigt over tilskudsberettigede lægemiddelsgrupper, som den praktiserende læge og vagtlægen kan rekvirere hos regionen til brug i praksis/lægevagten. Vagtlægen medbringer så selv medicinen i lægevagten.

De regionale lægevagtsordninger afspejler store forskelle i antallet af visitations- og konsultationssteder. Antallet af visitationssteder varierer fra to i Region Midtjylland til seks i Region Sjælland, mens antallet af faste lægevagtskonsultationer varierer fra fire i Region Syddanmark til ti i Region Hovedstaden og i Region Sjælland.

Med undtagelse af Region Hovedstaden har lægevagtsordningerne et antal geografisk spredte ad hoc åbne konsultationssteder. De ad hoc åbne konsultationssteder er ikke åbne i et på forhånd fastsat tidsrum, men kan åbnes med henblik på at give flere borgere mulighed for konsultation i nærområdet. De ad hoc åbne lægevagtskonsultationer bemandes af de kørende vagtlæger, og patienten visiteres til en given konsultation på et fastsat tidspunkt.

Nedenstående tabel 3.1 viser antallet af visitations- og konsultationssteder i lægevagtsordningen i de fem regioner.

Tabel 3.1 Antal visitations- og konsultationssteder i regionerne (2009)

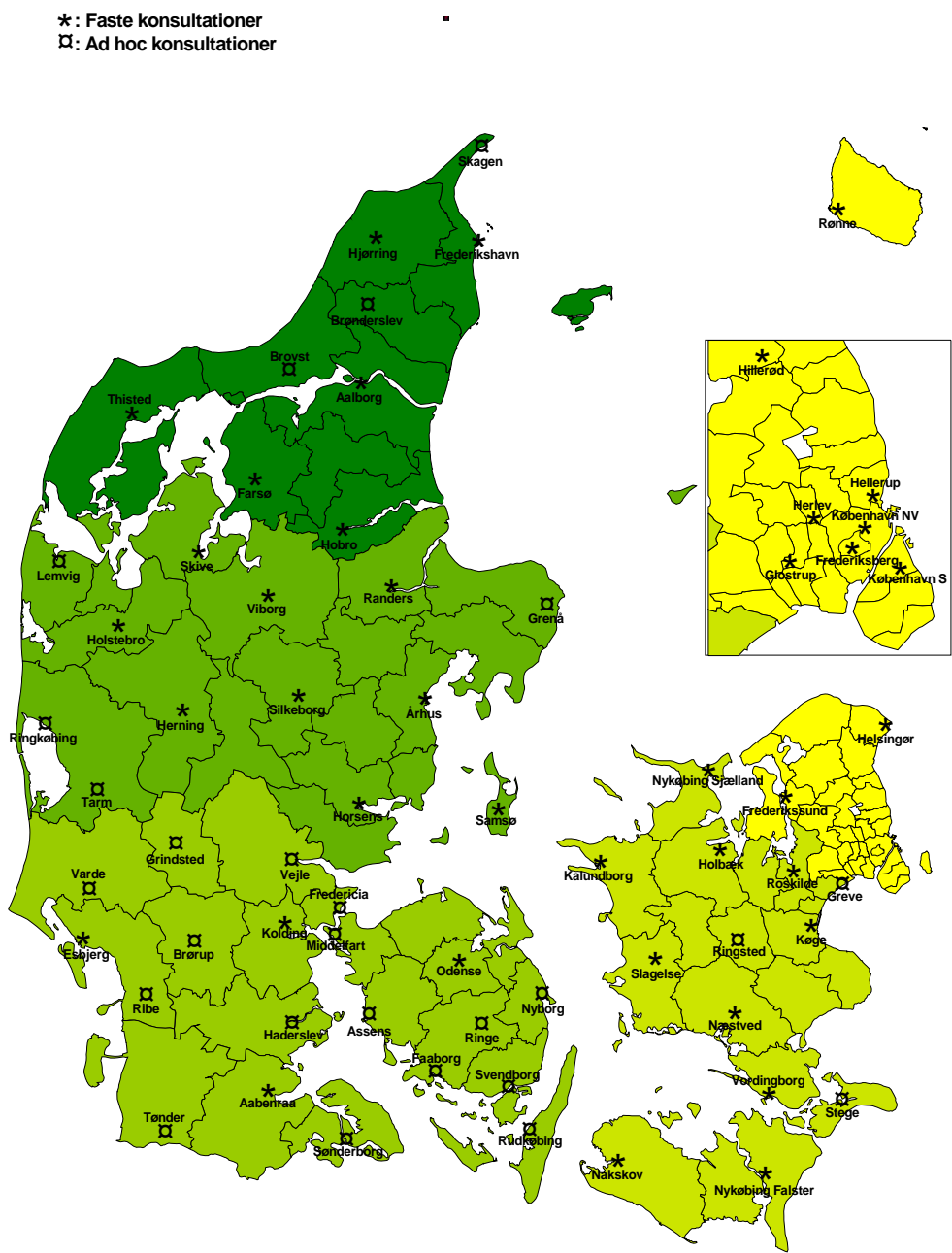
	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Antal visitationssteder	4	2	3	6	4	19
Antal faste konsultationssteder	10	9	6	10	4	39
Antal ad hoc-åbne konsultationssteder	0	4	3	3	16	26

Kilde: Regionerne

Fastsættelsen af antallet af konsultationssteder er et anliggende mellem regionen og de praktiserende læger i den enkelte region. En del af variationen i antallet af konsultationssteder mellem regionerne skyldes forskelle i geografiske og demografiske forhold. Figur 3.1 nedenfor illustrerer placeringen af såvel faste og ad hoc åbne lægevagtskonsultationer i de fem regioner.

Fire af de fem lægevagtsordninger har ét centralt telefonnummer til lægevagten, hvor borgeren ved opkald automatisk stilles videre til den visitationslæge, der har mindst ventetid. I Region Hovedstaden har man fortsat fire forskellige telefonnumre til lægevagten, og i Region Syddanmark er der et særskilt telefonnummer til lægevagten for borgere på Fanø og Ærø.

Figur 3.1 Faste og ad hoc åbne lægevagtskonsultationer i Danmark



Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen (2009)

3.4 Organisatoriske instrukser

Foruden de regionale lægevagtsaftaler har fire af de fem lægevagtsordninger udarbejdet en vagtinstruks for lægevagten. Vagtinstrukserne indeholder de overordnede rammer for den praktiske afvikling af lægevagten. Det konkrete indhold og omfang af vagtinstrukserne varierer mellem regionerne, men generelt indeholder de en beskrivelse af de nærmere praktiske forhold og retningslinjer omkring de praktiseren-

de lægers vagtforpligtelse og mulighed for vagtfritagelse, uddannelseslægers deltagelse i vagten, forholdsregler omkring sygdom/forfald samt øvrige forhold vedrørende driften af lægevagtsordningen.

Region Nordjylland har som den eneste region ikke udarbejdet en egentlig vagtinstruks, men har ifølge lægevagtschefen interne retningslinjer omkring sygefravær og udeblivelse fra lægevagten.

Vagtinstrukserne udarbejdes af de regionale praksisudvalg og godkendes – bortset fra den faglige del - af det regionale samarbejdsudvalg.

3.5 Aktiviteten i lægevagten

Al indgang til lægevagten foregår via telefonisk henvendelse til en læge. Antallet af patientkontakter i landets lægevagtsordninger har de senere år ligget nogenlunde stabilt og var i 2008 på knap 2,9 mio. I 2008 blev 56 % af opkaldene til lægevagten afsluttet med en telefonkonsultation, 32 % blev visiteret til at møde op i lægevagtskonsultationen, mens 11 % blev visiteret til et hjemmebesøg. De seneste tre års udvikling i aktiviteten i lægevagten er illustreret i tabel 3.2.

Tabel 3.2 Aktiviteten i lægevagten 2006-2008⁷

Ydelse	2006	2007	2008
Afsluttet telefonkonsultation ⁸	1.557.529	1.710.359	1.615.891
Lægevagtskonsultation	951.426	1.001.957	918.260
Hjemmebesøg	343.114	349.602	317.082
Telefonisk visitation til hjemmebesøg/lægevagtskonsultation ⁹	1.312.754	1.375.139	1.252.702
I alt antal henvendelser	2.870.283	3.085.498	2.868.593

Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister

Ovenstående oversigt over borgernes brug af lægevagten dækker over regionale forskelle. De regionale forskelle kan dække over en række faktorer som afstand til lægevagten, nærhed og adgang til skadestuer og fælles akutmodtagelser m.v. I Figur 3.2 nedenfor ses antallet af afsluttede telefonkonsultationer, konsultationer og besøg pr. 1000 indbyggere i de fem regioner.

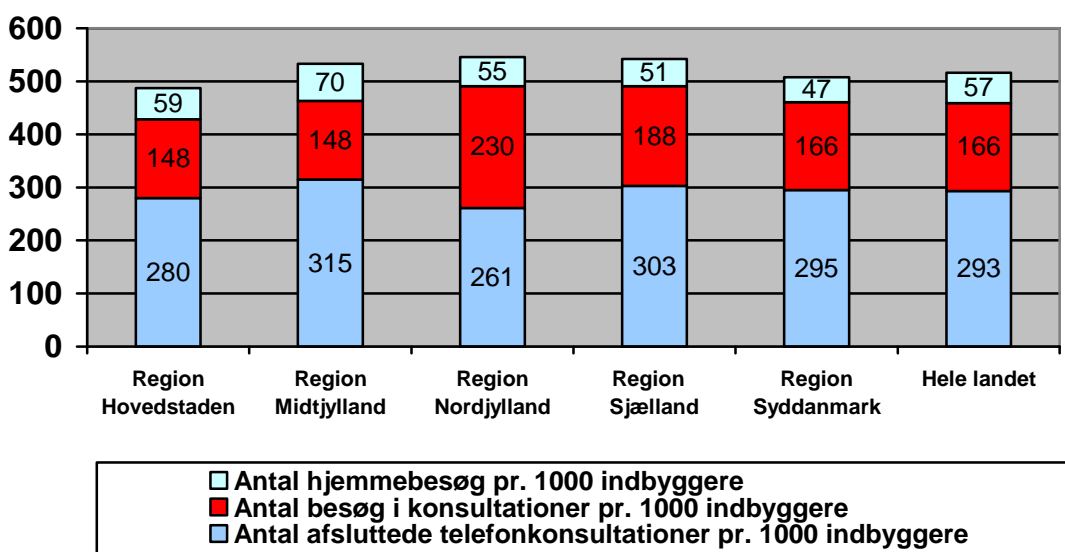
⁷ Aktivitetstallene er baseret på udtræk fra Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister. Det skal bemærkes, at der er en mindre uoverensstemmelse i tallene fra 2006 i forhold til en lignende opgørelse i "Foranalyse vedr. lægevagten", Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation, 2007.

Uoverensstemmelsen er i størrelsesorden 1-2 % og dermed ikke betydelig.

⁸ Ydelsen "afsluttet telefonkonsultation" dækker over situationer, hvor patienten ikke har kontakt med andre dele af lægevagten end telefonvisitationen. Patienten tilses således ikke af en vagtlæge. Patienten kan derimod godt have haft kontakt med det øvrige sundhedsvæsen ud over lægevagten.

⁹ Antallet af telefoniske visitationsydelser stemmer ikke overens med antallet af besøg og konsultationer. Det skyldes, at ikke alle borgere, der bliver visiteret til fremmøde i konsultationen møder frem.

Fig. 3.2 Antal afsluttede telefonkonsultationer, besøg i konsultationer og hjemmebesøg pr. 1000 indbyggere (2008) ”



Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister og Danmarks Statistik

Som det ses i figur 3.2 varierer aktiviteten i lægevagten mellem regionerne. Antallet af afsluttede telefonkonsultationer var i 2008 på 315 pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland, mens det tilsvarende tal var 261 i Region Nordjylland. De øvrige regioner placerer sig imellem disse yderpunkter.

Region Nordjylland var - med 230 konsultationer pr. 1000 indbyggere - den region, der i 2008 havde flest besøg i lægevagtskonsultationerne pr. indbygger. Region Hovedstaden og Region Midtjylland havde - med 148 besøg pr. 1000 indbygger i 2008 - færrest besøg pr. indbygger. Variationen kan muligvis skyldes borgernes adgang til åbne skadestuer.

I forhold til antallet af hjemmebesøg af lægevagten pr. indbygger er der også større variationer blandt regionerne. Borgerne i Region Midtjylland havde i 2008 relativt flest hjemmebesøg, mens borgerne i Region Syddanmark havde relativt færrest hjemmebesøg. Antallet af hjemmebesøg varierede fra 47 til 70 besøg pr. 1000 indbyggere. Region Midtjylland havde med andre ord næsten 50 procent flere hjemmebesøg pr. indbygger i 2008 end Region Syddanmark.

Brugen af lægevagten varierer med borgernes alder. Børn under 10 år er generelt set de hyppigste brugere af lægevagten i forhold til afsluttede telefonkonsultationer og konsultationsbesøg. Børn i alderen 0-9 år udgør henholdsvis 26,8 procent af alle henvendelser til lægevagten, der afsluttes med en telefonkonsultation og 34 % af alle konsultationsbesøg i 2008. Samlet set udgjorde børn under 10 år 27,2 % af alle henvendelser til lægevagten i 2008.

Borgere over 65 år er omvendt den gruppe, der oftest visiteres til et hjemmebesøg af vagtlægen. 53,4 % af alle borgere, der fik besøg af en vagtlæge i 2008 var 65 år eller derover. Samlet set udgjorde borgere på 65 år eller derover dog kun 15,7 % af alle henvendelser til lægevagten. Den procentvise aldersfordeling på lægevagtens

ydelse er gengivet i tabel 3.3.

Tabel 3.3 Aktiviteten i lægevagten fordelt på alder i procent (2008)

Alder	Afsluttet telefon-konsultation	Konsultation	Hjemmebesøg	Telefonisk visitation til hjemmebesøg/konsultation	I alt antal henvendelser
0-9 år	26,8 %	34 %	7,9 %	27,8 %	27,2 %
10-19 år	8,8 %	12,4 %	3,2 %	10,0 %	9,3 %
20-29 år	13,7 %	12,2 %	4,7 %	10,3 %	12,2 %
30-39 år	14,5 %	13,5 %	6,4 %	11,6 %	13,2 %
40-49 år	10,7 %	10,4 %	7,9 %	9,7 %	10,3 %
50-64 år	11,3 %	10,4 %	15,9 %	11,7 %	11,5 %
> 65 år	13,8 %	6,0 %	53,4 %	18,1 %	15,7 %
Ukendt	0,4 %	1,0 %	0,6 %	0,8 %	0,6 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister

3.6 Transport til lægevagtskonsultationerne

Borgere, der visiteres til et konsultationsbesøg, skal selv sørge for transport til og fra konsultationen. Regionerne tilbyder som udgangspunkt ikke befordring til lægevagtskonsultationerne.

I COWI's undersøgelse giver vagtlægerne udtryk for, at de savner respons fra regionen med hensyn til, hvad man kan tilbyde af transport. "Er det patienten, der skal komme til vagtlægen eller vagtlægen, der skal komme til patienten"? Vagtlægerne bemærker, at de bruger mange timer på landevejen som chauffør, og ifølge en vagtlæge kan lægen nogle steder i landet "køre 100 km uden at se en patient, hvilket ikke er god udnyttelse af vagtlægens tid" (bilag 3, side 18 og 25).

I Region Nordjylland er der nedsat en arbejdsgruppe under samarbejdsudvalget med henblik på at lave en udredning af, hvorledes en patienttransportordning kan indgå som en del af den regionale planlægning og drift af lægevagtsordningen.

3.7 Bemanningen af lægevagten

De regionale lægevagtsordninger afpasser antallet af visitationslæger, konsultationslæger og besøglæger på vagt efter den forventede efterspørgsel.

Efterspørgslen efter lægevagtsydelse afhænger blandt andet af indbyggertallet i regionerne. Derudover kan efterspørgslen i områder med mange turister være højere i sommerhalvåret.

Bemandingen af læger kan variere i de enkelte uger, og ved stor efterspørgsel – fx i perioder med influenzaepidemi - kan der indkaldes flere vagtlæger. Nogle steder er bemandingen lidt højere om mandagen end de øvrige hverdage, og i forbindelse med højtider er bemandingen ligeledes højere. Med forbehold for disse variationer er bemandingen i de regionale lægevagtsordninger i 2009 illustreret i tabel 3.4 nedenfor.

Tabel 3.4 Vagtbemanningen i lægevagten (gennemsnitstal)¹⁰

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Hverdage kl. 16-24	25	29	15	22	30
Hverdage kl. 00-08	14	11	6	6	8
Weekend kl. 08-16	32	35	21	26	36
Weekend kl. 16-24	23	30	15	22	33
Weekend kl. 00-08	14	12	6	6	8

Kilde: De regionale lægevagtschefer og regionerne

Oversigten over lægebemandingen i tabel 3.4 angiver det samlede antal vagtlæger på vagt i regionen. Oversigten indeholder således både visitationslæger, konsultationslæger og læger, der kører hjemmebesøg. Det er ikke muligt at lave en oversigt over lægebemandingen i de enkelte funktioner af lægevagten. Det skyldes, at vagtlægerne i flere regioner skifter mellem dels at visitere og at afholde konsultationer og dels mellem at køre hjemmebesøg og at afholde konsultationer i den samme vagt. Ligeledes bliver der flyttet læger mellem visitation, konsultation og besøg, hvis behovet for vagtlæger er større i én del af lægevagten end et andet sted. Ifølge de regionale lægevagtschefer er der cirka 2.900 læger involveret i bemandingen af lægevagten.

3.8 Brug af praksispersonale i lægevagten

De senere år har der været en udvikling mod et øget og mere målrettet brug af praksispersonale i dagtiden. Grunden hertil har været at frigøre lægerressourcer til lægens kerneopgaver samt at understøtte, at almen praksis reelt bliver i stand til at håndtere flere patienter også i geografiske områder med en svagere lægedækning.

I lægevagten er der ligeledes flere steder, hvor man anvender praksispersonale - specielt sygeplejersker - ved behandlingen af akut sygdom og skader i lægevagtskonsultationerne. Derudover har det været flittigt debatteret at benytte andet prak-

¹⁰ Det skal bemærkes, at antallet af læger ikke er konstante i de angivne tidsrum.

sispersonale end læger til telefonisk visitation af akutte patienter, råd og vejledning.

3.8.1 Erfaringer med brug af sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne

Region Midtjylland og Region Nordjylland benytter som de eneste regioner andet sundhedsfagligt personale end læger i lægevagten. I begge regioner varetager sygeplejerskerne udelukkende opgaver i lægevagtskonsultationerne.

I Region Nordjylland har man ifølge lægevagtschefen i mange år haft sygeplejersker i lægevagten i Aalborg, og der er altid en sygeplejerske til stede om natten. Sygeplejerskerne sørger blandt andet for at koordinere alle besøg og at overvåge patienterne. Der er i Region Nordjylland planer om at ansætte sygeplejersker på alle de store lægevagtsstationer og at ændre sygeplejerskernes opgaveportefølje, så de fremover vil kunne varetage behandlingen af nærmere beskrevne patientgrupper under instruks fra en læge.

I Region Midtjylland er der på nuværende tidspunkt tilknyttet sygeplejersker til tre af regionens lægevagtskonsultationer, og der har ultimo 2009 været drøftelser om at tilknytte behandlersygeplejersker til alle konsultationer i regionen. Behandlersygeplejerskerne i Region Midtjylland har gennemgået efteruddannelse med henblik på at kunne varetage undersøgelse og behandling indenfor områder som fremmedlegemer i øjne og svejseøjne, dyre- og menneskebid, skader på håndled, fødder og tæer, brandsår, sårskader med mere. I forhold til disse tilfælde foreligger der skriftlige instrukser, som sygeplejersken skal følge.

Patienter i lægevagten i Region Midtjylland, der er visiteret med skader, som er omfattet af behandlersygeplejerskernes instruks, kan undersøges og behandles umiddelbart af behandlersygeplejersken uden forudgående kontakt til vagtlægen. Vagtlægen skal dog altid informeres om diagnose og behandling og indføre dette i lægevagtsjournalen. I de tilfælde, hvor behandlersygeplejersken er i tvivl eller skønner, der er behov for lægelig vurdering, skal behandlersygeplejersken kontakte vagtlægen.

Der er generelt stor tilfredshed med sygeplejerskernes funktion i lægevagten i både Region Nordjylland og Region Midtjylland. I Region Midtjylland er sygeplejerskerne ifølge lægevagtschefen med til at skabe overblik over konsultationen og kan i samarbejde med vagtlægen tilrettelægge den mest hensigtsmæssige prioritering af patienterne. Det er ligeledes erfaringen i lægevagten i Region Midtjylland, at sygeplejerskerne medvirker til en hurtigere afvikling af ventelisten samt nedsætter antallet af henvisninger til sygehusbehandling.

Den positive tendens i forhold til at benytte sygeplejersker i lægevagtskonsultationer bekræftes i COWI's undersøgelse, hvor vagtlæger og lægevagtschefer fremhæver, at sygeplejersker blandt andet kan varetage funktioner som styring af ventelister og venteværelse, podninger, prøvetagning og behandling af mindre skader (bilag 3, side 8).

Brugerne af lægevagten er også positive i forhold til brug af sygeplejersker i lægevagtskonsultationer. I rapporten om lægevagtens styrker og svagheder udtalte en bruger:

Tekstboks 3.1

Brug af sygeplejersker i lægevagtskonsultationen:

”Sygeplejersker kunne bruges i lægevagtskonsultationen, fx til test. Da der i konsultationen er en læge til stede, vil det stadig give en sikkerhedsfornemmelse. Men når man ringer til lægevagten, forventer man at komme i kontakt med en læge” (bilag 3, side 50).

Kilde: Styrker og svagheder i lægevagten, COWI for Sundhedsstyrelsen, 2009

Sundhedsstyrelsen har i december 2009 udsendt dels en ny bekendtgørelse og dels en ny vejledning om brug af medhjælp^{11,12}, hvis hensigt er at understøtte mulighederne for opgaveglidninger eller opgaveflytninger i sundhedsvæsenet. Reglerne vil kunne skabe rammerne for, at sygeplejersker og andre faggrupper i højere grad indgår i opgaveløsningen i lægevagten, og derved frigøre lægeressourcer. I den forbindelse er det vigtigt at afklare, hvem der har det faglige ansvar for at sikre den fornødne instruks til personalet. Dette skal ske under hensynstagen til konstruktionen af lægevagten. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at dette ansvar mest hensigtsmæssigt vil kunne ligge hos en lægevagtschef.

3.8.2 Brug af sygeplejersker til telefonvisitation

I Danmark har man siden 1992 haft en lægebemandet telefonvisitation. De lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, benytter imidlertid primært sygeplejersker til telefonvisitationen i lægevagten. Sundhedsstyrelsen har kendskab til en del af disse ordninger, men de udenlandske erfaringer i forhold til faglig kvalitet og ressourceforbrug er ikke systematisk afdækket i nærværende undersøgelse.

I COWI's undersøgelse er der bred enighed blandt regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger om, at sygeplejersker ikke bør tage del i den telefoniske visitation i lægevagtordningen, fordi de ikke har "de særlige lægefaglige kvalifikationer som kræves af en visitator." (bilag 3, side 8).

Vagtlægerne giver i fokusgruppeinterviewene generelt udtryk for, at opgaven med at telefonvisitere borgere, som for lægen er ukendte, er den vanskeligste opgave i lægevagten. Det fremgår af landsoverenskomsten for almen lægegering, at funktionen som visitator kan varetages af speciallæger i almen medicin og – såfremt det besluttes i samarbejdsudvalget – af uddannelsesamanuenser i fase III. Alle fem lægevagtsordninger prioriterer, at det er de mest erfarne vagtlæger, som varetager telefonvisitationen. Læger under uddannelse til speciallæge kan først deltage i telefonvisitationen i den sidste fase af uddannelsen og kun efter dispensation fra samarbejdsudvalget.

¹¹ Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundhedsstyrelsen.

¹² Vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundhedsstyrelsen.

De regionale planlæggere giver i fokusgruppeinterviewene udtryk for, at det vil være hensigtsmæssigt, at vagtlægen i telefonvisitationen kan henvise brugeren til at tale med en sygeplejerske (bilag 3, side 22).

Sundhedsstyrelsen anbefaler på baggrund i ovenstående, at i givet fald det overvejes at bruge sygeplejersker eller andre faggrupper end læger til telefonvisitationen, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk afdækning af udenlandske erfaringer, herunder både ressourcemæssigt og fagligt.

3.9 Udgifter til lægevagten

Regionernes udgifter til lægevagten omfatter honorarer til vagtlæger, administration og transport med videre. Honorarstrukturen i lægevagten er, ligesom i almen praksis i dagtid, ydelsesbaseret. Det vil sige, at vagtlægen honoreres pr. patientkontakt og karakteren af denne kontakt. Ydelsestørrelse afhænger af, om det er en "A-vagt" eller en "B-vagt".

Ved A-vagten forstås tidsrummet kl. 16.00-22.00 på hverdage (mandag til fredag), kl. 8.00-20.00 på lørdage, samt kl. 8.00-20.00 på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der ikke falder på søn- og helligdage.

Ved B-vagten forstås alle tidsrum, der ikke er omfattet af A-vagten, det vil sige alle dage kl. 0.00-8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00-24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag og lørdage kl. 20.00-24.00, samt søn- og helligdage kl. 8.00-24.00.

Honorarerne pr. oktober 2009 er gengivet i tabel 3.5 nedenfor.

Tabel 3.5 Grundhonorarer i lægevagten

	A-vagt	B-vagt
Telefonkonsultation (afsluttet ydelse)	87,46 kr.	110,50 kr.
Telefonisk visitation til konsultation eller sygebesøg	37,82 kr.	46,79 kr.
Konsultation	178,57 kr.	221,71 kr.
Sygebesøg	248,10 kr.	303,43 kr.

Kilde: Danske Regioner

Regionernes samlede udgifter til lægevagten i 2008 – inklusiv honorarer til læger med vagtydernetnummer, honorarer til almen lægepraksis og udgifter til administration, transport med videre - er gengivet i tabel 3.6 nedenfor.

Tabel 3.6 Regionernes udgifter til lægevagten 2008 (mio. kr.)

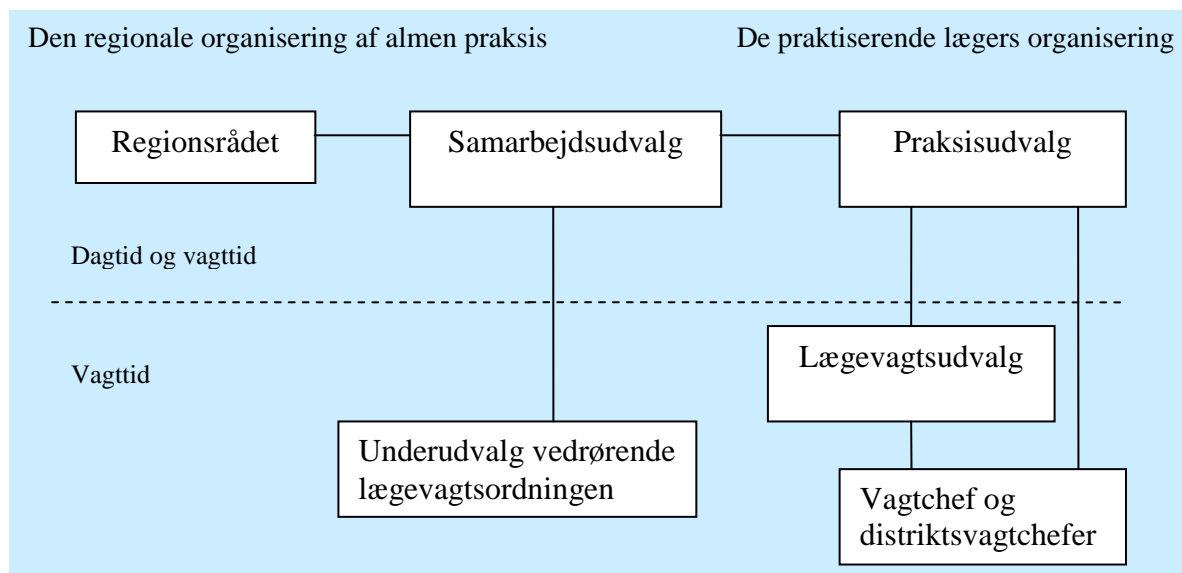
	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Honorarer til vagtgydnumre	56,1	32,4	10,8	45,6	36,5	181,4
Honorarer til almen lægepraksis	93,7	111,1	63,3	50,7	102,0	420,8
Administration og transport med videre ¹³	19,0	35,6	24,0	19,1	31,0	128,7
Alle udgifter	168,8	179,1	98,1	115,4	169,5	730,9

Kilde: Danske Regioner

3.10 Organisation og ledelse i lægevagten

De fem regionale lægevagtsordninger i Danmark afspejler en række forskelle, men også mange ligheder i organiseringen. Den overordnede formelle organisering - både i forhold til samarbejdet mellem regionen og regionens praktiserende læger og i forhold til den interne organisering i den lægelige organisation - er overvejende ensartet i de fem ordninger. Nedenstående organisationsdiagram (figur 3,3) illustrerer lægevagtsordningens organisering.

Figur 3.3 Den regionale organisering af almen praksis og lægevagtsordningen



¹³ "Administration og transport med videre" omfatter regionens udgifter til drift af lægevagt (husleje, udstyr, aflønning mv.) samt udgifter til transport (taxakørsel, kørselspenge til lægen og transportordninger af patienter).

3.10.1 Samarbejdsstruktur mellem region og praksis

I henhold til den nuværende landsoverenskomst er der i alle regioner et **samarbejdsudvalg** bestående af 4-6 medlemmer udpeget af regionsrådet og kommunerne i regionen og ligeledes 4-6 medlemmer udpeget af praksisudvalget i regionen.

Samarbejdsudvalgets opgaver omfatter blandt andet vejledning med hensyn til forståelse og praktisering af landsoverenskomstens bestemmelser samt behandling af klager over lægebetjeningen. Klagebehandlingen i samarbejdsudvalget omfatter alene serviceklager i forbindelse med lægebetjeningen og ikke klager over den faglige virksomhed, som skal behandles i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. For en nærmere beskrivelse af procedurerne vedrørende klagesager henvises til kapitel 5.

Samarbejdsudvalget behandler principielle sager om lægevagtsordningen og herunder eventuelle sager om lægers misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten. Samarbejdsudvalget kan i sager om misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten indstille til landssamarbejdsudvalget, at den pågældende læge pålægges en sanktion, der kan spænde fra bod til udelukkelse fra at praktisere som vagtlæge. Herudover fungerer samarbejdsudvalget som et forum for dialog mellem lægernes praksisudvalg, regionen og regionens kommuner.

Samarbejdsudvalget dækker opgaver indenfor hele almen praksis området – både dagtid og vagttid. Samarbejdsudvalget kan nedsætte **underudvalg** til at varetage nærmere afgrænsede opgaver.

I alle regioner er der nedsat underudvalg til at følge lægevagtsordningen. Disse underudvalg følger implementeringen af de nye regionale lægevagtsordninger og drøfter vagtrelevante spørgsmål som eksempelvis udstyr på konsultationsstederne, rapportering af servicemål, båndoptagelse af vagtlægernes samtaler med patienter samt øvrige praktiske spørgsmål og udviklingstiltag.

3.10.2 Vagtlægernes interne organisation og ledelse

Principielle sager og det overordnede samarbejde og udvikling af lægevagtsordningen varetages som beskrevet ovenfor i de regionale samarbejdsudvalg og eventuelle underudvalg. Den daglige drift og koordinering af lægevagtsordningen samt vagtlægernes faglige introduktion og efteruddannelse varetages af de alment praktiserende læger i regionen.

I henhold til den nuværende landsoverenskomst skal der i alle lægevagtsordninger være én af regionens alment praktiserende læger, der har tilsyn med, at ordningen fungerer. Hvordan denne tilsynsfunktion skal organiseres er ikke yderligere defineret i landsoverenskomsten. Den regionale **lægevagtschef** ansættes af praksisudvalget og er typisk ansvarlig for den faglige og praktiske introduktion af nye vagtlæger og uddannelseslæger, henvendelser fra patienter og kolleger, pressekontakt med videre. Foruden den regionale lægevagtschef er der i alle regioner en eller flere **distriktslægevagtschefer**, der varetager vagtskemaplanlægning og lokalt opsyn med visitation og konsultationer.

Såvel de regionale lægevagtschefer og distriktslægevagtscheferne er aktive praktiserende læger og vagtlæger, og funktionen som lægevagtschef er således en bibe-skæftigelse i forhold til hvervet som praktiserende læge. De regionale lægevagtschefer er ansat under forskellige vilkår, men bruger ifølge lægevagtschefernes egne tilbagemeldinger mellem 10 og 20 timer ugentligt i relation til ledelsesopgaven. I

Region Hovedstaden er funktionen som lægevagtschef delt mellem to lægevagtsdirektører, der hver arbejder cirka 11 timer ugentligt med disse opgaver. Distriktslægevagtscheferne er typisk ansat til ledelsesopgaver under ti timer ugentligt¹⁴. Sammenholdt med lægevagtschefernes forholdsvis store opgaveportefølje kan der stilles spørgsmålstejn ved, om der i lægevagtsordningerne er afsat tilstrækkelige ledelsesmæssige ressourcer dels til kvalitetsudvikling, dels til monitorering af kvaliteten.

Lægevagtschefens opgaver udføres på vegne af **lægevagtsudvalget**, der er nedsat af **praksisudvalget**. Lægevagtsudvalget har til opgave at afstikke retningslinjerne for den interne drift, vagtbelastning, optagelse af nye læger, efteruddannelsesaktiviteter med videre.

Lægevagtsudvalget refererer til praksisudvalget. Praksisudvalget er valgt af de praktiserende læger i regionen og har det overordnede ansvar for at varetage de opgaver, der via centrale aftaler og lovgivning er pålagt de alment praktiserende læger. Praksisudvalget varetager opgaver indenfor hele almen praksis området – både dagtid og vagttid – og har blandt andet ansvaret for at sikre, at der til enhver tid er en funktionsduelig lægevagtsorganisation.

3.10.3 Ledelse i lægevagten

I COWI's undersøgelse (bilag 3) er der spurgt til ledelse i lægevagtsordningen. Her peges der på, at lægevagtscheferne mere har en koordinatorrolle end en egentlig lederrolle, og at der kan være et grundlag for at foretage "en præcisering af de ledelsesmæssige roller og ansvar i lægevagtsordningen" (bilag 3, side 5 og 8).

Lægevagtscheferne har således mere et koordineringsansvar mere end et egentligt sundhedsfagligt ansvar for lægevagtsordningen og har dermed heller ikke et overordnet ansvar for den sundhedsfaglige kvalitet, som leveres af de enkelte læger i ordningen. De enkelte vagtlæger har - som alle andre autoriserede sundhedspersoner - et selvstændigt sundhedsfagligt ansvar, men har - i modsætning til lægerne på sygehusene - ikke en overordnet ledelsesmæssig instruks om, hvordan arbejdet skal udføres. Vagtlægerne kan derfor gøre tingene på mange forskellige måder.

Lægevagtscheferne har ligeledes ikke et personaleansvar for de læger og det andet personale, som arbejder i lægevagten. Lægerne er ansat via landsoverenskomsten, eller via dispensation fra samarbejdsudvalget, og de fleste af de sygeplejersker, som arbejder i lægevagten, er ansat af regionen og refererer til en overlæge på sygehuset.

Lægevagtscheferne påtager sig i dag i nogen grad et sundhedsfagligt ansvar ved at etablere efteruddannelse for vagtlægerne og ved at medvirke ved udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Lægevagtscheferne har imidlertid ikke mulighed for at pålægge lægerne at deltage i dette.

En fortsat kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af lægevagtsordningen vil skulle forankres i ledelsen af lægevagtsordningen. Ledelsen vil i den forbindelse naturligt skulle have ansvaret for at følge op på kvaliteten i lægevagtsordningen og blandt andet at implementere fælles retningslinjer for behandlingen. Derudover skal ledelsen have et ansvar for at sikre, at de læger og andet personale, som arbejder i læge-

¹⁴ Distriktslægevagtschefen i Århus har dog op til 30 timer ugentligt.

vagten, også følger de retningslinjer, som er fastlagt, og især at sikre den fornødne instruks til ikke-lægeligt personale.

Ligeledes vil en fortsat integration af lægevagtsordningen i det samlede akuttilbud kræve en ledelsesmæssig forankring, så organisatoriske forandringer både i lægevagten og i det øvrige sundhedsvæsen, hurtigt implementeres i ordningen. Alt dette vil nødvendiggøre et større fokus på ledelse i lægevagten.

Lægevagtscheferne refererer i dag til lægevagtsudvalgene, som er underudvalg under praktiserende lægers organisation. Imidlertid er det regionerne, som har det overordnede ansvar for lægevagtsordningen, og samtidig har de også et ansvar for det samlede akutberedskab i regionerne. Man kan derfor forestille sig, at det kunne være hensigtsmæssigt med en anden organisering af ledelsen, hvor den får reference til regionerne eller til samarbejdsudvalgene. Denne undersøgelse har ikke systematisk afdækket fordele og ulemper ved alternative ledelsesmodeller, men anbefaler at en sådan iværksættes.

3.10.4 Regionernes ledelsesmuligheder

Som omtalt i afsnit 3.3, ligger myndighedsansvaret og herunder ansvaret for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i den nuværende lægevagtsordning hos regionerne, mens ansvaret for selve lægebetjeningen ligger hos de praktiserende læger.

Regionernes nærmere ansvarsområde i lægevagten fremgår af de regionale lægevagtsaftaler. Regionerne har generelt ansvaret for de faciliteter, som er nødvendige for at drive lægevagten, herunder indretning af visitations- og konsultationslokaler, telefoni, it, befordring for vagtlægerne og utensilier. Indretningen af konsultationslokalerne – og herunder særligt udbuddet af udstyr til diagnostisk undersøgelse og behandling har stor betydning for den kvalitet, der tilbydes i lægevagten. For en nærmere beskrivelse af det tilgængelige udstyr i lægevagten henvises til afsnit 6.5.

Regionerne har ifølge den nuværende overenskomst og lægevagtsaftaler ingen direkte ledelsesbeføjelser i forhold til selve driften af lægevagten, men kan efter drøftelse i samarbejdsudvalget beslutte at tilrettelægge lægebetjeningen i lægevagten på anden måde end den beskrevne i overenskomsten.

Regionerne opstiller i samarbejde med de regionale praksisudvalg servicemål for lægevagtsordningerne og følger i samarbejdsudvalget op på disse, jf. afsnit 3.12, men der opstilles ikke egentlige målsætninger for kvaliteten af lægevagtsordningernes virke. Der vil imidlertid ikke være noget til hinder for, at regionerne udover finansiering og servicemål også opstiller konkrete målsætninger for kvaliteten af lægevagtsordningerne og følger op på dette løbende.

3.11 Kvalitetstiltag i forbindelse med regionsdannelsen

I forbindelse med regionsdannelsen i 2007 har samarbejdsudvalgene fokuseret på at harmonisere lægevagterne, så serviceniveauet bliver ens i den enkelte region.

De enkelte regioner har fokuseret på forskellige områder, herunder blandt andet patientsikkerhed, kvalitet, evaluering af lægevagten, efteruddannelse af vagtlæger og ensretning af vejledninger. Endvidere har fokus blandt andet været på brug af sygeplejersker i lægevagten samt på udstyr til lægevagtsbiler og lægevagtskonsultationer, herunder telefoner, IT og fx genoplivningsudstyr og hjertestartere.

Den nuværende organisering af lægevagten – med fem selvstændige regionale ordninger - afspejler ikke noget formelt samarbejde omkring kvalitetsudvikling og videndeling i øvrigt mellem de fem regioner. Det må formodes, at der er mange ensartede udfordringer på tværs af regionsgrænserne, og at håndteringen heraf samt øvrige initiativer vil kunne generere kvalitet på tværs af regionsgrænserne. I dag foregår videndelingen via akutudvalget i Praktiserende Lægers Organisation og via en årlig vagtkonference, hvor lægevagtscheferne mødes.

Det kan således overvejes om den tværregionale videndeling yderligere kan styrkes ved at etablere et formaliseret landsdækkende samarbejde med henblik på kvalitetsudvikling og videndeling indenfor lægevagtsområdet.

3.12 Servicemål

Fire af de regionale lægevagtsaftaler indeholder hensigtserklæringer om servicemål vedrørende blandt andet ventetider for telefonvisitation, konsultation og hjemmebesøg. Region Nordjylland har, som den sidste region, fremsat et forslag om indførelse af servicemål, som vil blive forhandlet mellem Regionen og Praksisudvalget i løbet af 2010.

Målsætninger for servicen vedrører især ventetider i forbindelse med telefoniske henvendelser, konsultationer i lægevagten og besøg af vagtlægen i eget hjem¹⁵. Af tabel 3.7 fremgår det, at målsætningerne ikke varierer betydeligt fra region til region, med undtagelse af ventetiden i lægevagtskonsultationerne. I Region Midtjylland og Region Hovedstaden er målsætningen for ventetiden i konsultationen, at 90 % af patienterne tilstræbes at være tilset af en læge maksimalt én time efter patientens ankomst til konsultationen (dog uden procentsats i Region Hovedstaden). I Region Syddanmark og Region Sjælland er målsætningen, at 90 % af konsultationerne er afviklet tre timer efter henvisningstidspunktet. Årsagen til disse forskellige ventetidsmålsætninger er formentlig, at afstandene til konsultationsstederne varierer fra region til region. I regioner med lange afstande til konsultationsstederne er ventetidsmålsætningerne således tilpasset derefter.

Tabel 3.7 Oversigt over servicemål i de fem regioner

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Ventetid i telefonen	Det bør tilstræbes, at patienterne har kortest mulig ventetid, og at de oplyses om, hvilket nummer de er i køen	90 % af alle telefoniske henvendelser besvares inden 5 minutter	Fastlæggelse af servicemål for Region Nordjylland er under forhandling	80 % af alle telefoniske henvendelser besvares inden 5 minutter	80 % af opkaldene besvares indenfor 0-2 minutter 85 % → 2-3 minutter 90 % → 3-5 minutter

¹⁵ Oplysningerne vedr. servicemål er indhentet fra de gældende lægevagtsaftaler fra 2007.

Ventetid på konsultation	Tilstræbes, at ventetiden er under 1 time efter patientens fremmøde i vagtkonsultation	90 % af alle patienter skal være tilset af en læge maksimalt 1 time efter at patienten er ankommet til konsultationen	90 % af konsultationerne skal afholdes indenfor 3 timer efter henvisningstidspunktet og påbegyndes senest 30 minutter efter tildelt tid.	90 % af konsultationerne skal være afviklet 3 timer efter henvisningstidspunktet. Afstanden til nærmeste konsultationssted skal være under 30 km.
Hjemmebesøg	Tilstræbes at være under 3 timer	90 % af alle hjemmebesøg aflægges indenfor 3 timer	90 % af alle sygebesøg skal være påbegyndt inden 3 timer efter visitationen	90 % af alle hjemmebesøg aflægges indenfor 3 timer

Kilde: Regionerne

Region Hovedstaden har derudover beskrevet de tilbud, som lægevagten kan tilbyde i lægevagtsaftalens afsnit om servicemål, samt beskrevet hvordan omgangsformen mellem vagtlæge og patient bør være.

3.12.1 Opfølgning på servicemålene

I det følgende vil regionernes opfølgning af servicemål vedrørende ventetider blive gennemgået¹⁶. Opfølgning af øvrige servicemål fremkommer i samarbejdsudvalgenes afgørelser af serviceklagesager, som beskrevet i afsnit 5.6.

I Region Syddanmark opgøres ventetiderne på konsultationsbesøg og hjemmebesøg kvartalsvis af vagtlægerne, mens ventetiden i telefonvisitationen opgøres af regionen og meddeles ledelsen i lægevagten med henblik på løbende optimering af bemanningen i lægevagten. Den lægelige ledelse har ansvaret for opfyldelsen af servicemålene, som gennemgås på regelmæssige møder mellem lægevagtscheferne og regionen. Servicemålene er hidtil blevet opfyldt for hjemmebesøg og for konsultationer. Derimod er servicemålene vedrørende ventetid i telefonen ikke blevet opfyldt i alle perioder.

I Region Hovedstaden registreres de telefoniske ventetider elektronisk. I en del lægevagtskonsultationer er der installeret kortlæsere, som registrerer ventetiderne i konsultationerne, men en evaluering af disse ventetider vil først finde sted, når der er installeret kortlæsere i samtlige lægevagtskonsultationer.

Servicemål vedrørende ventetid i telefonvisitationen overvåges i Region Midtjylland via en automatisk genereret rapport dannet ved daglige udtræk af data fra telefonanlægget. Rapporten - som viser graden af målopfyldelse i forhold til, at 90 % af henvendelserne skal være besvaret indenfor fem minutter - sendes automatisk til en implementeringsgruppe nedsat af samarbejdsudvalget, der følger vagtordningen og drøfter målopfyldelsen løbende. Da der endnu ikke er mulighed for tidsregistrering af patienternes ankomsttidspunkt til konsultationsstedet, er det derfor nødven-

¹⁶ Oplysningerne om opfølgning på servicemål er indhentet fra regionerne, august 2009.

digt at spørge patienterne om deres oplevelse af ventetiden i konsultationerne. Infobokse, som kan aflæse sygesikringsbeviset og registrere ankomsttidspunktet, er bestilt og opsættes primo 2010.

I Region Sjælland følges servicemålene systematisk op på lægevagtsudvalgsmøder mellem regionen og vagtlægerne. I forbindelse med indgåelse af servicemålene i 2007 blev der indkøbt tekniske datamoduler til indsamling af data vedrørende ventetiderne. Der har dog efterfølgende været problemer med statistikmodulet, så det ikke har været muligt at følge op på alle tallene for ventetider i Region Sjællands lægevagt og give det fulde billede af servicemålenes opfyldelse.

3.12.2 Data vedrørende servicemål

I Region Hovedstaden bliver opfølgning på servicemålene offentliggjort i en årlig statusrapport ”Årsberetning for Lægevagten”, udgivet første gang maj 2009. Af dataudtræk fra 2008 fremgår det, at 75,7 % af henvendelserne blev besvaret inden for fire minutters ventetid (registreringerne er foretaget i ét og fire minuts intervaller). På baggrund af opfølgningen i årsrapporten, vil der blive foretaget en evaluering af lægevagtsaftalen, og der tages stilling til, om der skal indføres konkrete ventetidsmål for telefonhenvendelser i Region Hovedstaden som i de øvrige regioner.

I en undersøgelse af lægevagten i Region Sjælland¹⁷ fra efteråret 2009 - baseret på data fra en spørgeskemaundersøgelse blandt 2.287 brugere af lægevagten fra den 25. maj til 2. juni 2009 - konkluderes det, at målsætningen om, at 80 % af de telefoniske henvendelser skal besvares inden for fem minutter, ikke blev opfyldt. 31 % af de adspurgte ventede således længere end fem minutter på at komme igennem til lægevagten. 12 % af deltagerne i undersøgelsen blev ikke tilset af vagtlægen inden for 30 minutter efter at konsultationstiden blev tildelt. De øvrige ventetider i Region Sjællands lægevagt levede op til målsætningen ifølge denne brugerundersøgelse.

I forbindelse med en netop afsluttet evaluering af Lægevagt Sjælland foretaget af Region Sjælland, er der foretaget en objektiv måling via dataudtræk af opfyldelse af de fastlagte servicemål for perioden 1. marts 2008 – 28. februar 2009. Denne måling viste, at målsætningen om, at 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest 30 minutter efter tildelt tid, ikke er opfyldt, idet 85,8 % af konsultationerne var påbegyndt inden for 30 minutter. De øvrige ventetider i lægevagt Sjælland levede op til målsætningen¹⁸.

Opfyldelse af servicemål vedrørende ventetid i konsultation og på hjemmebesøg offentliggøres fire gange om året i Region Midtjyllands kvartalsrapporter. Information derom er også tilgængelig på Region Midtjyllands hjemmeside. Opfyldelse af servicemålene drøftes løbende i implementeringsgruppen, som afholder møder fire gange om året. Ved vedvarende problemer med at opfylde servicemålene justeres bemanningen i lægevagten.

I Region Midtjyllands evalueringsrapport fra 2008 - med fokus på ventetiden i konsultationen - fremgår det, at 97 % af de patienter, som ventede i op til en time, fandt ventetiden acceptabel, og det blev således konkluderet, at servicemålet om, at 90 % af patienterne skal tilses af vagtlægen inden for en time, er en passende grænse. Det fremgik dog også af evalueringen, at kun 75 % af alle patienter i Region

¹⁷ Ziirsens Research, Region Sjælland - Lægevagten 2009, september 2009.

¹⁸ Region Sjælland, Evaluering af Lægevagt Sjælland, 2009

Midtjylland bliver tilset af vagtlægen indenfor en time, og servicemålet opfyldes således ikke. De øvrige servicemål for ventetider blev ikke evalueret¹⁹.

3.13 Sammenfatning og konklusioner

3.13.1 Sammenfatning

Lægevagten fungerer som almen praksis' vagtberedskab og er en selvstændig del af **det samlede sundhedsvæsen**, herunder det præhospitale beredskab. Lægevagten fungerer således parallelt med sygehusenes fælles akutmodtagelser på lige fod med almen praksis i dagtiden.

Lægevagten samarbejder blandt andet med almen praksis, sygehusene, kommunerne og apotekerne, og den fungerer som **gatekeeper** til sygehusene på samme måde som almen praksis gør i dagtiden. Derudover er der i stigende grad fokus på samarbejdet med kommunernes døgnpleje med henblik på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser. Lægevagten er således en vigtig aktør i forhold til **sundhedsaftalerne**.

Lægevagten modtager i alt omkring **2,9 millioner henvendelser** om året, og der er involveret omkring **2.900 læger** i varetagelsen af disse. Alle henvendelser til lægevagten skal først ske telefonisk, hvor brugeren får direkte kontakt til en vagtlæge. 56 % af henvendelserne bliver afsluttet ved en **telefonkonsultation** (heraf bliver nogle direkte indlagt på sygehuset i forbindelse med telefonkonsultationen). De øvrige bliver henvist til en **lægevagtskonsultation** (32 %) eller et **hjemmebesøg** (11 %) (tal fra 2008). Der er betydelige regionale forskelle på antallet af kontakter per borger, hvilket muligvis kan skyldes, at borgerne nogle steder har adgang til åbne skadestuer, mens adgangen til skadestuer andre steder forudsætter henvisning fra en læge.

Der er i alt **65 konsultationssteder** fordelt over hele landet. Heraf er 39 faste og 26 kan åbnes ved behov i løbet af en vagt. En del konsultationssteder ligger i tilknytning til et sygehus, andre kan ligge i tilknytning til fx et plejecenter. Antallet af læger på vagt varierer i forhold til tidspunktet på døgnet, men derudover kan det variere fra dag til dag, og fra uge til uge alt efter antallet af henvendelser.

Lægevagten bemannes primært af **læger**, men indenfor de senere år er der i to regioner etableret ordninger med **sygeplejersker** i lægevagtskonsultationerne. Erfaringerne er gode og der arbejdes på at udbrede ordningen indenfor de to regioner. Sygeplejerskerne medvirker i prioriteringen af patienterne i konsultationerne, og nogle varetager derudover mindre behandlingsopgaver. Sygeplejerskerne er de fleste steder ansat på sygehuset og varetager opgaver både på sygehuset og i lægevagten.

I Danmark varetages **lægevagten's telefonvisitation** af læger, og vagtlægerne finder, at telefonvisitationen er den vanskeligste opgave i lægevagten. Man har ikke erfaringer fra Danmark med brug af sygeplejersker til dette formål, men i de lande, som vi normalt sammenligner os med, anvender man i stigende grad sygeplejersker. Denne rapport afdækker ikke erfaringerne fra disse.

¹⁹ Region Midtjylland - Center for kvalitetsudvikling, Evaluering af vagtlægen – med fokus på ventetid på konsultationsstedet, 2008

Lægevagten er forankret i **Landsoverenskomst for almen lægegerning**. Alle praktiserende læger, der arbejder efter overenskomsten i dagtiden, er således også forpligtede til at deltage i lægevagten (der er dog mulighed for dispensation). Derudover er der i alle regioner indgået en **lægevagtsaftale**, som fastlægger den økonomiske ramme, samt arbejdsdelingen mellem regionen og de praktiserende læger i regionen. Den samlede ordning kostede 731 millioner kroner i 2008.

I alle regioner er der nedsat et **samarbejdsudvalg** mellem Praktiserende Lægers Organisation, regionen og kommunerne i regionen. Samarbejdsudvalget behandler principielle sager om lægevagtsordningen, herunder sager om lægers misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten. Derudover fungerer udvalget som et dialogforum. Siden regionsdannelsen i 2007 har alle samarbejdsudvalg arbejdet med harmoniseringen af de tidligere amtslige lægevagtsordninger med henblik på at bedre kvaliteten. I forbindelse med dette er der i de fleste regioner vedtaget **servicemål** vedrørende ventetider i henholdsvis telefonkonsultationer, lægevagtskonsultationer og hjemmebesøg, som der løbende følges op på.

Alle fem lægevagtsordninger har en **lægevagtschef** og et antal distriktslægevagtschefer, som har til opgave at afstikke retningslinjerne for den interne drift, vagtbelastning, optagelse af nye læger, efteruddannelsesaktiviteter med videre. Lægevagtscheferne er praktiserende læger, og jobbet som lægevagtschef varetages sideløbende med arbejdet i egen praksis. Deres rolle er mere koordinerende end egentlig ledende, og de har således ikke et overordnet sundhedsfagligt ansvar, ligesom de ikke har et egentligt personaleansvar. Lægevagtschefernes opgaver udføres på vegne af praksisudvalgenes lægevagtsudvalg.

3.13.2 Konklusioner

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at kvaliteten af den danske lægevagtsordning – set ud fra et organisatorisk perspektiv - generelt set fungerer godt. Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger dog på en række konkrete områder, som kan forbedres, og som hensigtsmæssigt kan indgå i en fortsat kvalitetsudvikling af lægevagtsordningen.

Lægevagten fortsat forankret i almen praksis

Sundhedsstyrelsen vurderer, at lægevagtsordningen også fremover med fordel kan være forankret i almen praksis. Det vigtigste argument for dette er – set ud fra et organisatorisk perspektiv - at man derved sikrer den fornødne **bemanding** med læger, som har den relevante uddannelse til at varetage de problemstillinger, som kommer i lægevagten. I de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, har man forskellige modeller for lægevagtsordningen. Erfaringerne fra udlandet er ikke systematisk undersøgt i nærværende undersøgelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at såfremt det overvejes at indføre en anden forankring af lægevagten, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk **afdækning af udenlandske erfaringer**.

Fokus på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen

Der bør være fokus på lægevagtens samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, herunder på samarbejdet med de fælles akutmodtagelser og med kommunernes døgnpleje. Undersøgelsen peger derudover på, at der bør sikres **effektive kommunikationsveje** mellem lægevagten og de forskellige aktører, ligesom lægevagten bør sikres enkle **visitationsveje** til sygehuse og kommuner. I forbindelse med dette bør der løbende ske opdatering af de **organisatoriske instrukser**.

Lægevagten som en del af sundhedsaftalerne

Lægevagten er en vigtig aktør i forhold til flere af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne, herunder specielt indlæggelses- og udskrivningsforløb, samt opfølgning på utilsigtede hændelser. Regioner, kommuner og almen praksis bør derfor ved udarbejdelsen af næste generation af sundhedsaftaler sikre, at lægevagten bliver omfattet af disse. Ledelsen af lægevagten bør indgå i relevante fora omkring sundhedsaftalerne.

Lægevagtskonsultationer som en del af det nære tilbud til borgerne

Den fremtidige centralisering af sygehusene med færre og større sygehuse giver behov for et borgernært tilbud også i vagttiden. Mange lægevagtskonsultationer kan hensigtsmæssigt placeres i tilknytning til de fælles akutmodtagelser **på sygehusene**, men hvis der fremover skal sikres et ensartet landsdækkende tilbud, vil der være behov for lægevagtskonsultationer også udenfor sygehusene. Disse vil kunne placeres **i tilknytning til fx sundhedshuse**.

Mere ledelse i lægevagten

Ansvar for den fortsatte kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør forankres i ledelsen af lægevagtsordningen, ligesom ledelsen bør have et ansvar for den fortsatte udvikling af samarbejdet med og integrationen i det samlede sundhedsvæsen. Dette bør ske i et samspil med regionens øvrige akutberedskab.

Det er derfor Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen af lægevagten bør have et overordnet **sundhedsfagligt ansvar** for lægevagten, både i forhold til de enkelte vagtlæger og andet personale i lægevagten, og for den samlede lægevagtsordning, herunder at implementere fælles kliniske retningslinjer. Derudover vil ledelsen naturligt få en opgave i forhold at sikre opfølgning på de indrapporterede utilsigtede hændelser og at sikre læring af disse til lægevagten.

Ledelsen bør derudover have et overordnet **organisatorisk ansvar** for en fortsat organisatorisk udvikling af lægevagten, og for samarbejdet og integrationen med det øvrige sundhedsvæsen. I den forbindelse vil det være en ledelsesopgave, at sikre implementeringen af konkrete aftaler, fx i form af en løbende opdatering af de organisatoriske instrukser til vagtlægerne.

Lægevagtscheferne refererer i dag til praksisudvalgenes lægevagtsudvalg, som er underudvalg under Praktiserende Lægers Organisation. En anden mulighed ville være, at ledelsen i lægevagten refererer til fx regionerne eller til samarbejdsudvalgene. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der sker en afdækning af fordele og ulemper ved andre ledelsesmodeller.

Flere sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne

Andre faggrupper, specielt sygeplejersker, kan med fordel indgå i opgaveløsningen i **lægevagtskonsultationerne** med henblik på dels at frigøre lægerressourcer, dels at sikre en bedre samlet opgaveløsning. I de enkelte lægevagtsordninger er det vigtigt at afklare, hvem der har det faglige ansvar for at sikre den fornødne instruks til personalet.

Telefonkonsultationen

Vagtlægerne vurderer generelt, at telefonvisitationen er **den sværeste opgave** i lægevagten og prioriterer derfor, at den bliver varetaget af erfarne vagtlæger. I Danmark benytter vi derfor i den nuværende lægevagtsordning altid læger til telefonvisitationen. I de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, benytter

man imidlertid primært sygeplejersker i telefonvisitationen. Erfaringer fra udlandet med brug af sygeplejersker i telefonvisitationen er ikke systematisk undersøgt i nærværende undersøgelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at såfremt det overvejes at bruge sygeplejersker eller andre faggrupper end læger til telefonvisitationen, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk **afdækning af udenlandske erfaringer**.

4 Brugernes oplevelse af lægevagten

4.1 Indledning

Idette kapitel sættes der fokus på brugernes perspektiv. Det angiver, hvad brugeren eller dennes pårørende ønsker, forventer og prioriterer, samt hvad brugeren af lægevagten og/eller de pårørende har oplevet eller erfaret.

Brugerperspektivet – eller den brugeroplevede kvalitet - bygger på brugernes oplevelser og er en vigtig parameter i vurdering af kvaliteten i lægevagten. Var brugeren tilfreds med den behandling eller det råd, vedkommende fik af vagtlægen, var kommunikationen med vagtlægen god og var ventetiden og tilgængeligheden acceptabel?

Disse spørgsmål er belyst dels gennem spørgeskemaundersøgelsen gennemført af Rambøll (bilag 2) og dels gennem fokusgruppeinterviews med brugere af lægevagtsordningen, gennemført af COWI (bilag 3). I undersøgelserne er der blandt andet fokus på de forventninger, som brugerne har til lægevagten, samt på tiltag som vil kunne forbedre brugernes oplevelse af lægevagten.

4.2 Kort beskrivelse af de to eksterne undersøgelser

Spørgeskemaundersøgelsens formål var at evaluere tilfredsheden blandt brugerne af den danske lægevagtsordning. Undersøgelsen er gennemført blandt brugere, som havde kontakt til vagtlægen i uge 37, 2009. Spørgeskemaundersøgelsen består af 5.033 besvarelser, nogenlunde ligeligt fordelt på de fem regioner. Undersøgelsens svarprocent ligger på 60,4 % ud af et udtræk på 8.328 kontakter til lægevagten, hvilket findes tilfredsstillende. Yderligere information om blandt andet gyldighed og svarprocenter samt indeksberegninger kan ses i bilag 2.

Svarpersonerne er brugere tilfældigt udtrukket fra Sygesikringsregistret, som har været i kontakt med lægevagtsordningen i uge 37 i 2009. Der blev udsendt brev til disse brugere i uge 39 i 2009, og der kunne svares ved selvudfyldelse af spørgeskemaet på internettet, eller der kunne svares på en papirudgave af spørgeskemaet. Gennem en rykkerprocedure via telefon, kunne det endvidere lade sig gøre at besvare spørgsmålene telefonisk. Svarpersonerne var brugerne selv, eller de personer, som havde kontakten til lægevagtordningen og dermed ikke nødvendigvis de personer, som henvendelsen til vagtlægen omhandlede. Eksempelvis er forældre til børn i alderen 0 til 14 år blevet bedt om at udfylde skemaet.

I forhold til fokusgrupperne blev der, via spørgeskemaundersøgelsen, spurgt om, svarpersonerne også ville være villige til at deltage i en fokusgruppe. Herved blev det sikret, at deltagerne i grupperne konkret havde været brugere af lægevagtsordningen, således også i uge 37 – 2009.

De udførte fokusgruppeinterviews med brugere af lægevagten blev foretaget både i Øst- og i Vestdanmark med dels to grupper af småbørnsforældre, og dels to grupper med ældre (+65 år). Der blev forsøgt afholdt fokusgruppeinterviews med brugere

af anden etnisk baggrund end dansk, men der kunne ikke findes nok deltagere til at gennemføre et interview.

Der er tillige gennemført en datakørsel i Sygesikringsregisteret på indvandrere og efterkommere af indvandreres brug af lægevagten. Baggrunden herfor har været udtalelser i fokusgruppeinterviewene om, at gruppen af brugere med anden etnisk baggrund end dansk havde et særligt ydelsesmønster sammenlignet med befolkningen generelt.

4.2.1 Baggrundsvariable

De kvantitative data, der henvises til i dette afsnit om baggrundsvariable, stammer alle fra spørgeskemaundersøgelsen (bilag 2, kapitel 4).

Kønsfordeling

Vedrørende kønsfordelingen viste spørgeskemaundersøgelsen, at der i uge 37, blandt brugerne af lægevagtsordningen, var en overvægt af kvinder (56,2 %), hvor kvinders andel af befolkningen generelt ligger på 50,4 %.

Alder

Aldersmæssigt udgjorde 0-14-årige i spørgeskemaundersøgelsen 30,8 %, mens denne gruppe udgør 18,3 % af befolkningen generelt. Ved aldersgrupper over 35 år var der i undersøgelsen en lavere repræsentation end aldersgrupperne udgør af befolkningen generelt.

Hvem besvarede spørgeskemaet

I godt halvdelen af kontakterne til vagtlægen i uge 37 var det brugeren selv, som havde kontakten (51,6 %). En stor del af de henvendelser, hvor det ikke var brugeren selv der havde kontakten, var det kontakter som omhandlede børn fra 0 til 14 år. Det var i høj grad personer med en nær relation til brugeren, som havde kontakten til vagtlægen (98 %).

Husstanden

Der er i spørgeskemaet stillet to spørgsmål i forhold til sammensætningen af husstanden – ét om hvor mange personer, der bor i husstanden inklusiv brugeren af lægevagten og ét om, hvor mange børn under 18 år, som er bosiddende i husstanden.

Mere end halvdelen af de adspurgte brugere bor i husstande med mere end én person over 18 år, og med ét eller flere børn på under 18 år (53,8 %). Den næststørste gruppe er samlevende uden hjemmeboende børn, som udgør godt en fjerdedel (26,1 %). Enlige uden hjemmeboende børn udgør 12,8 % og enlige med hjemmeboende børn 6,9 %. De sidste 0,4 % er personer, som ikke kan indplaceres i en af de fire andre kategorier.

Uddannelsesmæssig baggrund

Vedrørende uddannelsesmæssig baggrund er dette spørgsmål besvaret af den person, som havde kontakten til vagtlægen og dermed ikke nødvendigvis den person, som kontakten til vagtlægen drejede sig om.

Den største gruppe udgøres af de personer, som har afsluttet enten en mellemlang- eller en lang videregående uddannelse (37,9 %). Den næststørste gruppe er personer med en erhvervs- eller kort videregående uddannelse (32,1 %). Set i forhold til befolkningen som helhed, er gruppen med ingen afsluttet uddannelse

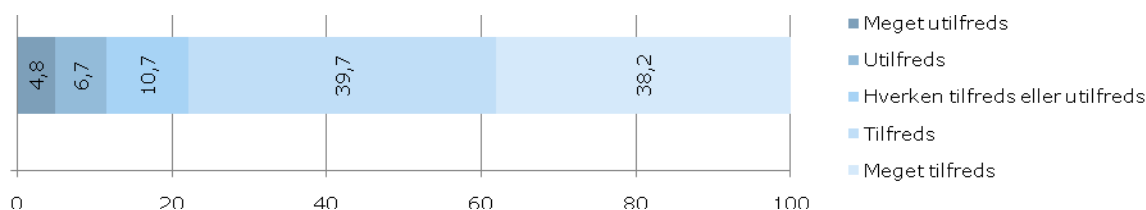
eller folkeskoleniveau underrepræsenteret, idet de udgør 32,4 % af befolkningen og 18,5 % i undersøgelsen. Skævheden kan dog delvist skyldes frafald i spørgeskemaundersøgelsen.

4.3 Brugernes tilfredshed

4.3.1 Tilfredshed med kontakt til lægevagten i uge 37

Brugerne er i spørgeskemaundersøgelsen blev spurgt om, hvor tilfredse de alt i alt var med deres kontakt til vagtlægen. Resultatet heraf kan ses nedenfor i figur 4.1.

Figur 4.1 - Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt til vagtlægen (N = 4.969)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Mere end tre ud af fire (77,9 %) er tilfredse eller meget tilfredse med deres kontakt til vagtlægen. 10,7 % angiver, at de hverken er tilfredse eller utilfredse, mens 11,5 % af brugerne er enten utilfredse eller meget utilfredse med deres kontakt til vagtlægen.

Graden af tilfredshed ligger nogenlunde på niveau med tidligere gennemførte sammenlignelige brugerundersøgelser af lægevagtsordningen. En brugerundersøgelse gennemført i Københavns Amt 1999²⁰ viste, at 75 % af brugerne var tilfredse med den behandling, de havde fået hos vagtlægen i amtet, mens en tilsvarende brugerundersøgelse i Nordjyllands amt²¹ året før fandt en tilfredshed på 76 %. En nyligt gennemført brugerundersøgelse i Region Sjælland²² fra 2009 viser en noget højere brugertilfredshed. Her angav 83 % af brugerne, at de var tilfredse med lægens faglighed i forbindelse med telefonkonsultationen og den tilsvarende andel tilfredse i lægevagtskonsultationen var 89 %. Det skal dog bemærkes, at der kan være metodologiske problemer forbundet med at sammenligne nærværende undersøgelse med tidligere gennemførte brugerundersøgelser.

4.3.2 Generel tilfredshed med lægevagtsordningen

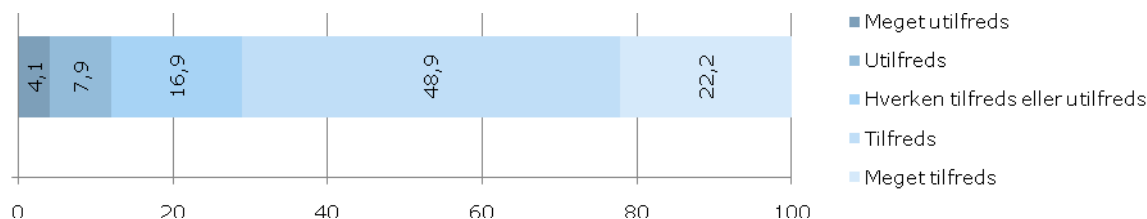
Brugerne er i nærværende undersøgelse ligeledes blevet spurgt om, hvor tilfredse de er med den danske lægevagtsordning alt i alt. Altså ikke kun med deres seneste kontakt, men med hele den danske lægevagtsordning. Resultatet kan ses nedenfor i figur 4.2.

²⁰ Christensen M.B. et al. Hvad er din mening om lægevagten? Ugeskrift for læger. 12. juni 2000 nr. 24.

²¹ Christensen M.B. et al. Fokus på lægevagten. Ugeskrift for læger. 22 marts 1999 nr. 12.

²² Ziirsens Research, Region Sjælland, Lægevagten 2009.

Figur 4.2 - Hvor tilfreds er du alt i alt med den danske vagtlægeordning (N = 4.805)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Lidt overraskende er andelen af brugere, som er tilfredse med den danske lægevagtsordning markant lavere end tilfredsheden med den konkrete kontakt til vagtlægen. Hvor 77,9 % af brugerne var tilfredse eller meget tilfredse med den konkrete kontakt til vagtlægen i uge 37, så er 71,1 % tilfredse eller meget tilfredse med den danske lægevagtsordning generelt. Derudover erklærer langt færre sig meget tilfredse (22,2 % vs. 38,2 %). I den anden ende af spektret er 12 % utilfredse eller meget utilfredse med lægevagtsordningen generelt, hvilket ligger på samme niveau som for tilfredsheden med kontakten til vagtlægen (11,5 %).

En af forklaringerne på, at tilfredsheden med lægevagtsordningen generelt er lavere end med brugerens seneste konkrete kontakt til vagtlægen, kan være den negative omtale af ordningen, som har været fremme i flere medier henover sommeren 2009. Skriftlige kommentarer afgivet af brugerne i spørgeskemaundersøgelsen viser også, at man nok kan være tilfreds med den seneste kontakt til vagtlægen, men at tidligere kontakter har været mindre tilfredsstillende, jf. de to brugerkommentarer fra spørgeskemaundersøgelsen nedenfor i tekstboks 4.1.

Tekstboks 4.1:

Generel tilfredshed med lægevagtsordningen

”Den sidste kontakt til lægevagten var rigtig vellykket, men da jeg ringede for 3-4 måneder siden, da min søn havde mellemørebetændelse, talte jeg med en meget uforskammet læge, som talte ned til mig og afviste mig på stedet.

”Det man læser i aviserne er jo ikke altid særlig godt, men den eneste kontakt jeg har haft, kan jeg kun sige jeg har været tilfreds med og mine børn har da heller ikke klaget når de har været til vagtlæge med deres børn”.

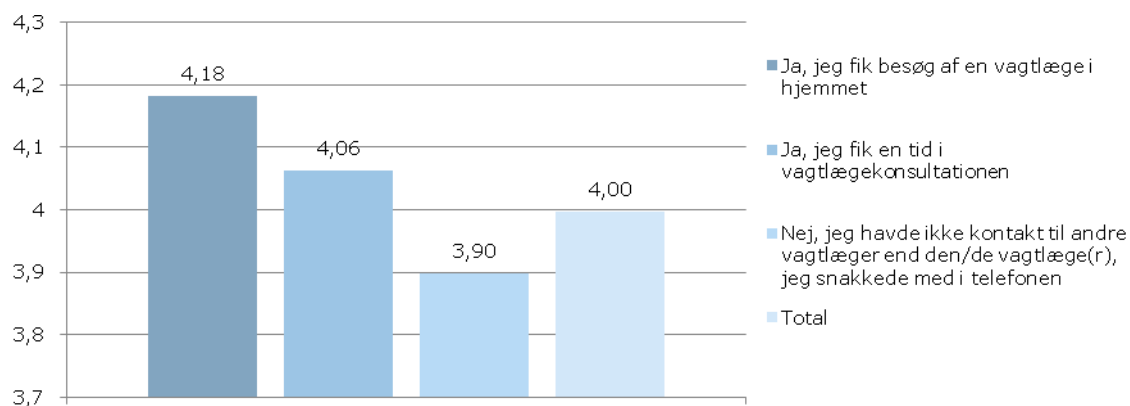
Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, åbne kommentarer, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

4.3.3 Brugertilfredshed efter ydelsestype

I det følgende undersøges tilfredsheden alt efter, hvilken ydelsestype brugeren har modtaget. I figur 4.3 nedenfor gengives graden af tilfredshed for 1) de brugere, der havde besøg af en vagtlæge i hjemmet, 2) de brugere, der fik en tid i lægevagtskonsultationen og endelig 3) de brugere, der blev afsluttet i en

telefonkonsultation.

Figur 4.3 - Tilfredshed med kontakten til vagtlægen fordelt på ydelsestype (gennemsnit)²³



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Ser man på tilfredsheden med kontakten til vagtlægen er der forskel på, hvor tilfredse brugerne var afhængigt af, hvilken ydelsestype de fik. Brugere, som fik besøg i hjemmet, er den gruppe, som er mest tilfredse med kontakten (med et gennemsnit på 4,18). Brugere, som udelukkende havde telefonisk kontakt med vagtlægen er mindst tilfredse (med et gennemsnit på 3,90). Sidstnævnte gruppe er signifikant mindre tilfredse end de andre grupper. Gennemsnittet for alle ydelsestyper er 4,00.

Går man længere ned i tallene, viser de, at 85,9 % af de brugere, som fik besøg af en vagtlæge i hjemmet, var enten meget tilfredse eller tilfredse med besøget alt i alt. 8,2 % af brugerne angiver, at de er utilfredse eller meget utilfredse med besøget alt i alt.

Tilfredsheden med besøget i lægevagtskonsultation scorer lavere, idet 78,7 % af brugerne angiver, at de enten var tilfredse eller meget tilfredse med besøget i lægevagtskonsultationen alt i alt. 10,2 % af brugerne i lægevagtskonsultationen var utilfredse eller meget utilfredse med besøget.

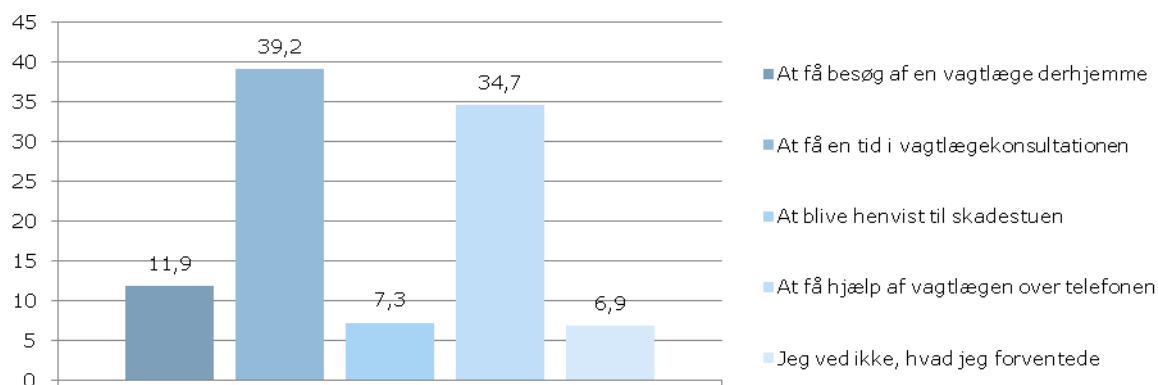
De brugere, der blev afsluttet med en telefonkonsultation scorer lavest af de tre ydelsestyper. 72,9 % af brugerne angiver, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med telefonkonsultationen alt i alt. Dette efterlader 14,8 % som svarer, at de enten er utilfredse eller meget utilfredse, samt 12,3 % som hverken er tilfredse eller utilfredse med telefonkonsultationen.

²³ Spørgsmålet om tilfredshed er stillet med udgangspunkt i en 5-punktsskala, hvor brugerne kan svare, at de enten er meget tilfredse, tilfredse, hverken tilfredse eller utilfredse, utilfredse eller meget utilfredse. Disse besvarelser er omdannet til værdier, så besvarelsen meget tilfreds udløser værdien 5, besvarelsen tilfreds udløser værdien 4, hverken tilfreds eller utilfreds værdien 3 og så fremdeles. Det betyder, at jo højere gennemsnittet er, desto bedre er vurderingen af tilfredsheden.

4.4 Brugernes forventninger til resultatet af henvendelsen

I spørgeskemaundersøgelsen blev respondenterne bedt om at angive, hvad de forventede, inden de ringede til lægevagten. Svarene kan ses nedenfor i figur 4.4.

Figur 4.4 - Hvad forventede du, inden du ringede til vagtlægen (N = 5.033)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Størstedelen af brugerne forventede at få en tid i lægevagtskonsultationen (39,2 %), mens godt en tredjedel forventede at få hjælp til problemet i telefonen (34,7 %). Godt hver tiende forventede, at deres opkald ville resultere i et besøg af vagtlægen i hjemmet (11,9 %), mens 7,3 % af brugerne forventede, at de ville blive henvist til skadestuen. De sidste 6,9 % havde ikke nogen forventninger til udfaldet af deres opkald, inden de foretog det.

Næsten halvdelen af kontakterne til vagtlægen resulterede i, at problemet blev klaret ved en telefonisk konsultation (48,5 %). 40,4 % af kontakterne resulterede i en tid til lægevagtskonsultationen, mens 11,2 % af brugerne endte med at få et besøg i hjemmet af en vagtlæge, som følge af kontakten.

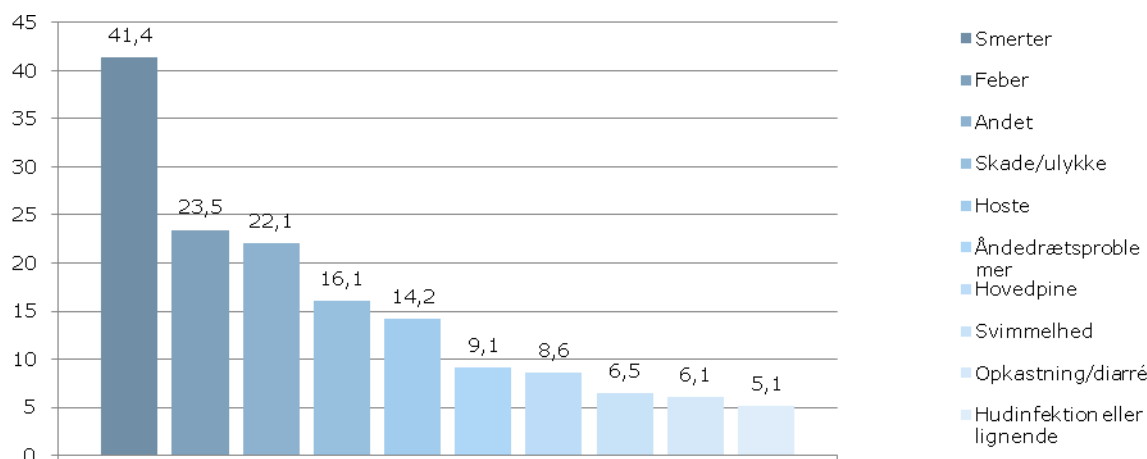
Langt størstedelen af brugerne fik indfriet deres forventninger, idet 74,5 % oplevede, at resultatet af henvendelsen også blev det, som de forventede inden opkaldet. Hver ottende oplevede, at deres forventning til resultatet af henvendelsen ikke blev opfyldt – denne kategori indeholder de personer, som havde forventet et besøg af vagtlægen i hjemmet eller en tid i lægevagtskonsultationen, men hvor resultatet blev, at deres kontakt til vagtlægen stoppede ved den telefoniske kontakt. Derudover indeholder kategorien også de personer, som havde forventet et besøg i hjemmet, men som i stedet fik en tid til lægevagtskonsultationen. Det er ikke overraskende de brugere, som ikke fik den ydelse, de havde forventet, som også er de mest utilfredse med deres kontakt til lægevagten.

Endelig er der en gruppe af brugere, hvor forventningerne ikke blev indfriet, men hvor det formodes ikke at være negativt. Eksempelvis ved henvendelser, hvor det forventede resultat af opkaldet var, at problemet kunne håndteres telefonisk, men hvor det faktiske resultat var enten et besøg i hjemmet eller en tid i lægevagtskonsultationen. Denne gruppe udgjorde 5,6 % af de adspurgte.

4.5 Årsager til brugernes henvendelser

Figur 4.5 nedenfor viser, hvad brugerne i brugerundersøgelsen svarede, da de blev spurgt om, hvad der var årsagen til, at de henvendte sig til vagtlægen. Bemærk muligheden for at afgive flere svar, hvilket resulterer i mere end 100 %.

Figur 4.5 - Hvad var årsagen til, at du henvendte dig til vagtlægen (N = 5.033)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Smerter af den ene eller anden art bliver nævnt som den hyppigst forekommende årsag til, at der blev taget kontakt til vagtlægen. 41,4 % angiver således dette som én af muligvis flere årsager. Feber var årsagen til næsten en fjerdedel af henvendelserne (23,5 %) til vagtlægen. Kategorien "Andet" står for 22,1 %, mens skader/ulykker var årsag til 16,1 % af henvendelserne. Hoste angives at være en af årsagerne i forbindelse med mere end hver tiende kontakt. De resterende årsager er alle under 10 %.

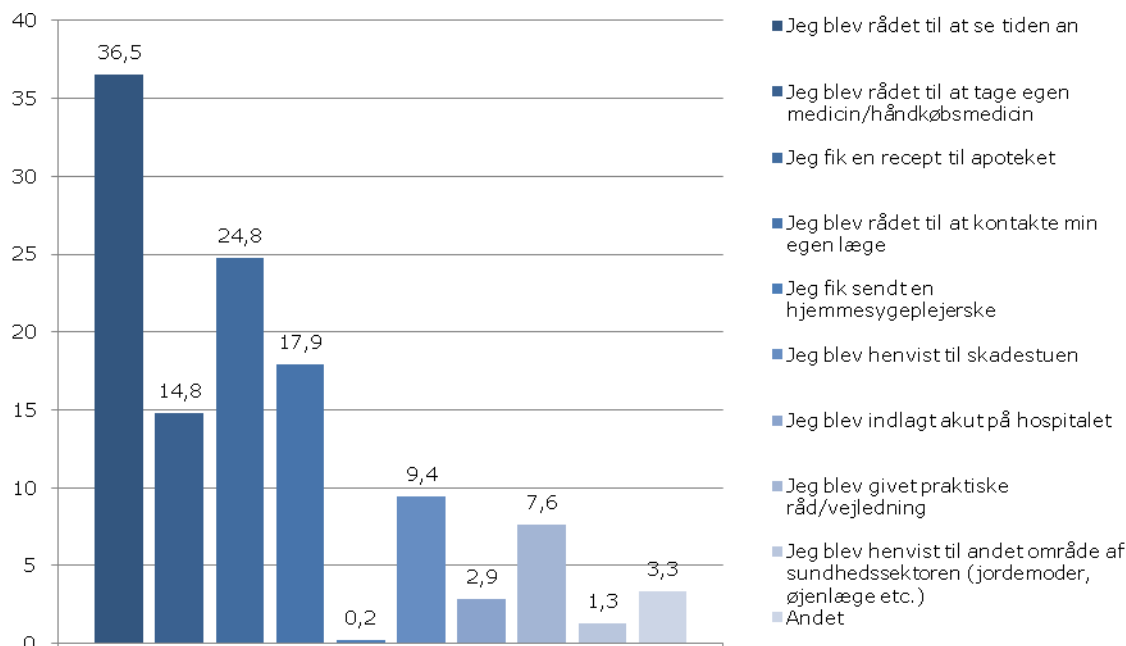
4.6 Resultat af brugerens kontakt

Brugere af lægevagtsordningen blev i spørgeskemaundersøgelsen bedt om at angive, hvad resultatet af deres kontakt til vagtlægen blev. I det følgende er resultatet af kontakten til vagtlægen opdelt efter, hvorvidt brugeren afsluttedes med en telefonkonsultation, henvendte sig i lægevagtskonsultationen eller fik hjemmebesøg af en vagtlæge.

4.6.1 Resultatet af afsluttet telefonkonsultation

Figur 4.6 nedenfor viser resultatet for de brugere, der afsluttedes med en telefonkonsultation. Det var muligt at afgive flere svar, hvorfor kategorierne summer til mere end 100 %.

Figur 4.6 - Hvad blev resultatet af din telefonsamtale med vagtlægen (N = 2.414)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

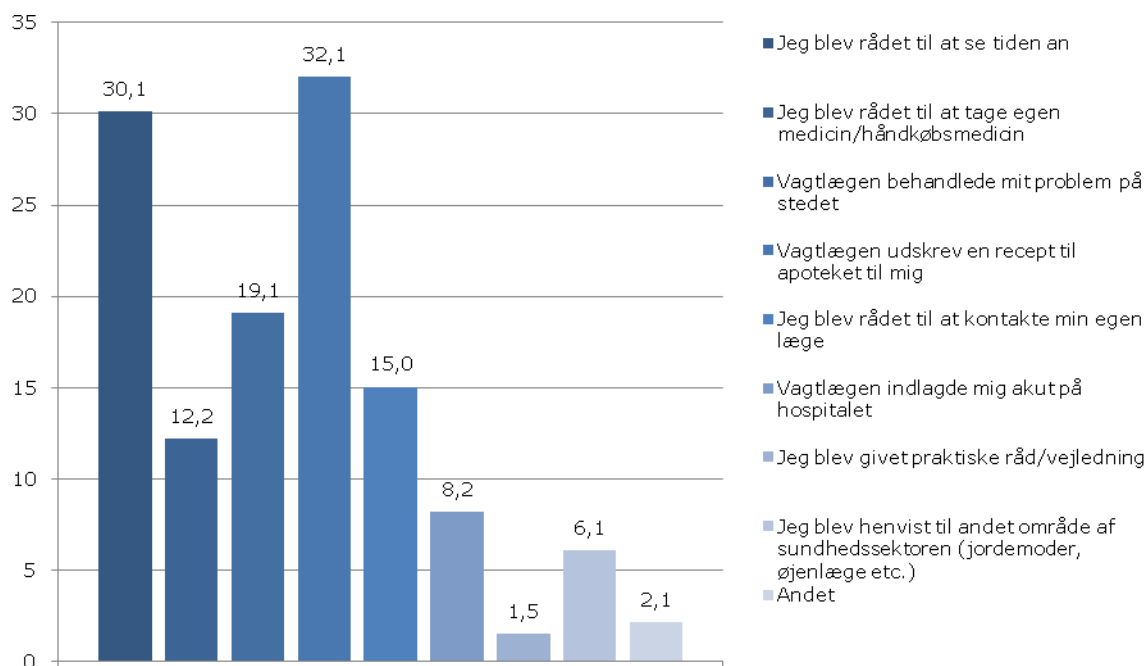
Det oftest forekommende resultat af telefonkonsultationen er, at brugeren bliver rådet til at se tiden an. 36,5 % angiver dette som resultatet af deres kontakt. Hver fjerde telefonkonsultation (24,8 %) endte med, at brugeren fik en recept til apoteket. 17,9 % af brugerne blev rådet til at kontakte egen læge, mens 14,8 % blev rådet til at tage egen medicin/håndkøbsmedicin. Omkring hver tiende kontakt endte med, at brugeren blev henvist til skadestuen.

Det er værd at bemærke, at hver fjerde bruger endte med at få udskrevet en recept til apoteket, når man tænker på, at vagtlægen ikke så og undersøgte brugeren. En forklaring kan være, at receptfornyelserne også falder ind under denne kategori. Flere vagtlæger angiver således i fokusgruppeinterviewene, at en stor del af henvendelserne i weekenden handler om receptfornyelser, herunder yngre kvinder, som skal have fornyet recepten på deres p-piller (bilag 3, side).

4.6.2 Resultatet af konsultationer

Figur 4.7 nedenfor viser resultatet af kontakten for de brugere, der blev undersøgt og behandlet i lægevagtskonsultationen. Bemærk muligheden for at angive flere svar.

Figur 4.7 - Resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen (N = 2.006)



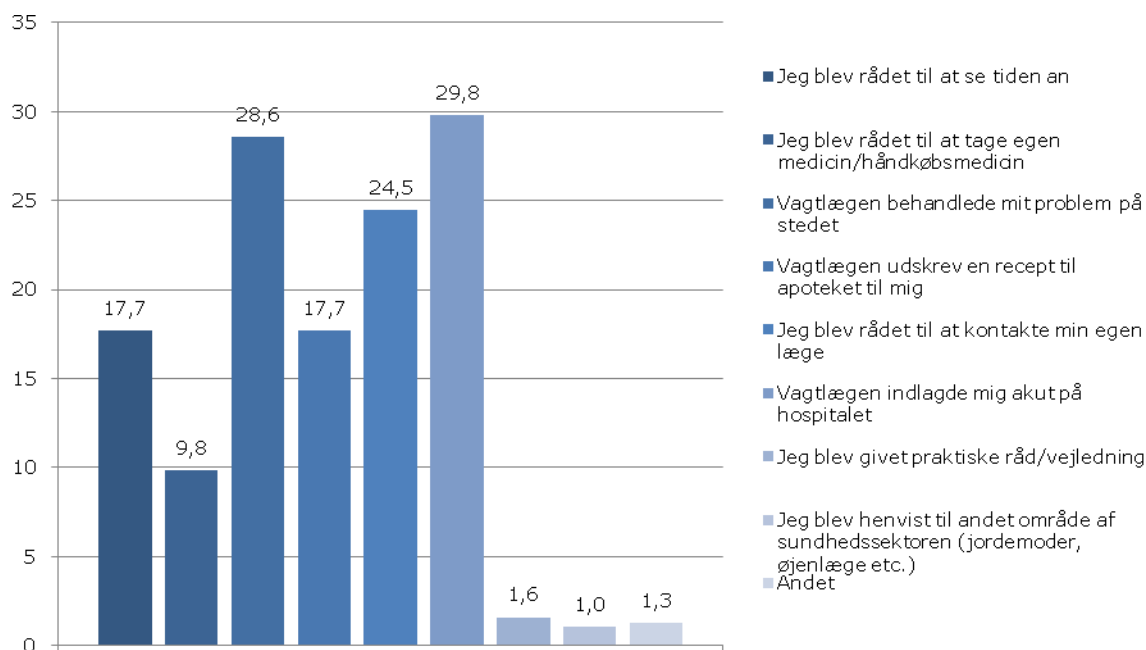
Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Det hyppigst forekommende resultat ved et besøg i lægevagtskonsultationen var, at vagtlægen udskrev en recept til brugeren, idet 32,1 % af de adspurgte brugere angiver dette. Næsthypigst forekommende er det, at vagtlægen rådede brugeren til at se tiden an (30,1 %). I knap hvert femte af tilfældene (19,1 %) endte besøget i lægevagtskonsultationen med, at lægen behandlede brugerens problem på stedet. 15 % af brugerne blev rådet til at kontakte egen læge, mens 8,2 % angiver, at de blev indlagt akut på hospitalet.

4.6.3 Resultatet af besøg i hjemmet

Figur 4.8 nedenfor viser igen resultatet af kontakten, men for de brugere, der fik hjemmebesøg af vagtlægen. Igen har det været muligt at angive flere svar.

Figur 4.8 - Hvad blev resultatet af vagtlægens besøg i hjemmet (N = 551)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

For næsten en tredjedel af de brugere, som havde besøg af vagtlægen i hjemmet, blev resultatet af besøget, at de blev indlagt akut på hospitalet (29,8 %). I 28,6 % af tilfældene blev problemet behandlet af vagtlægen på stedet. En fjerdedel blev rådet til at kontakte egen læge (24,5 %). 17,7 % af brugerne angiver, at vagtlægen udskrev en recept til apoteket.

Det er umiddelbart værd at bemærke, at andelen af brugere, der fik udskrevet en recept til apoteket, var markant lavere ved hjemmebesøget (17,7 %) end ved henvendelse i lægevagtskonsultationen (32,1 %). Til gengæld er andelen af brugere, der bliver indlagt akut på hospitalet, væsentlig højere ved hjemmebesøg (29,8 %) end ved henvendelse i lægevagtskonsultationen (8,2 %). Det skyldes givetvis de kriterier, de to grupper af brugere er visiteret efter, samt aldersprofilen, hvor hjemmebesøg ofte finder sted hos brugere over 65 år, mens småbørnsfamilierne er overrepræsenterede i lægevagtskonsultationen (se tabel 3.3).

4.7 Særlige brugergrupper

Efter at have beskrevet brugerne af lægevagtsordningen bredt over en kam, vil der i det følgende blive sat fokus på særlige brugergrupper, som enten er hyppige brugere af lægevagten eller som udgør en særlig udfordring jf. vagtlægerne i fokusgruppeinterviewene (bilag 3).

4.7.1 Småbørnsfamilier

Småbørnsfamilierne bruger lægevagten ofte. Mens antallet af børn i alderen 0-14 år på landsplan udgør 18,3 % af befolkningen, drejede 30,8 % af henvendelserne i spørgeskemaundersøgelsen om børn i netop denne aldersgruppe jf afsnit 4.2.1. Li-

geledes viser tal fra Sygesikringsregisteret, at 27,2 % af alle kontakter til lægevagten i 2008 handlede om børn i alderen 0-9 år.

Småbørnsforældrene visiteres ofte til lægevagtskonsultationen. Udtræk fra Sygesikringsregisteret viser således, at de 0-9 årige udgør 34 % af alle henvendelser i lægevagtskonsultationen. Til sammenligning tegner de sig kun for 7,9 % af alle hjemmebesøg i 2008.

I fokusgruppeinterviewene med vagtlægerne fremføres det, at nogle børnefamilier bruger vagtlægen efter lukketid, når børnene er hentet i daginstitution, eller når det kan være vanskeligt at afse tid til lægebesøg hos egen læge dagen efter (bilag 3, side 11). De regionale planlægningschefer nævner, at en del af henvendelserne, som kommer fra de bekymrede forældre, formentlig kunne håndteres af sundhedsplejersker eller sygeplejersker. Enkelte regioner har derfor oprettet en sundhedsplejerskebemandet telefon, som kan tage presset af henvendelserne fra børnefamilierne (bilag 3, side 13). Vagtlægerne selv nævner uddannelse af småbørnsforældrene i at observere deres børns symptomer, som en vej til at mindske antallet af henvendelser. En anden mulighed kunne jf vagtlægerne være at uddele Sundhedsstyrelsens pjece *Syge børn – hvad så?* ved 5-ugers undersøgelsen (bilag 3, side 16).

Småbørnsforældrene fremstår i fokusgruppeinterviewene (bilag 3) som en mere kritisk brugergruppe end gruppen af brugere over 65 år. Det er særligt kommunikation mellem forældrene og vagtlægen, som kritiseres. Vagtlægen lytter ikke nok, og der spørges, jf. de interviewede småbørnsforældre, ikke nok ind, førend en diagnose stilles (bilag 3, side 47). At småbørnsforældrene er særligt kritiske overfor lægevagtsordningen, genfindes imidlertid ikke i spørgeskemaundersøgelsen. Andelen af forældre til børn i alderen 0-14 år, der enten er tilfredse eller meget tilfredse med den seneste kontakt til lægevagten er 79,6 %, mod 77,9 % i den samlede brugergruppe.

4.7.2 Ældre brugere over 65 år

Gruppen af ældre over 65 år er en anden brugergruppe, som er hyppige brugere af i alt fald dele af lægevagten. Udtræk fra Sygesikringsregisteret viser, at over halvdelen (53,4 %) af de brugere, der i 2008 modtog hjemmebesøg af vagtlægen, var over 65 år jf afsnit 4.2.1. Til sammenligning udgjorde gruppen 6 % af henvendelserne i lægevagtskonsultationen og 13,8 % af de afsluttede telefonkonsultationer.

I fokusgruppeinterviewene peger vagtlægerne på, at ældre borgere synes mere tilbøjelige til at ringe sent (bilag 3, side 11), og at de ikke stiller samme krav som yngre borgere i forhold til hurtigt at få kontakt til vagtlægen. Fokusgruppeinterviewene med brugere over 65 år viser, at gruppen synes at være generelt tilfredse med lægevagtsordningen. De fremfører, at vagtlægerne giver sig tid, er gode til at lytte, spørge ind og fortælle om procedurerne. Indtrykket fra interviewene bakkes op af spørgeskemaundersøgelsen, hvoraf det fremgår, at 82,6 % af brugerne over 65 år var enten tilfredse eller meget tilfredse med deres seneste kontakt til lægevagten mod 77,9 % i den samlede brugergruppe.

4.7.3 Brugere med anden etnisk baggrund end dansk

En tredje gruppe, som skal nævnes, er gruppen af brugere med anden etnisk baggrund end dansk. Der er gennemført et dataudtræk i Sygesikringsregisteret på ind-

vandrere og efterkommere af indvandreres brug af lægevagten²⁴. Dataudtrækket viser, at mens befolkningen generelt har 0,51 kontakter pr. borger til lægevagten om året, så ligger det tilsvarende antal kontakter på 0,58 for brugere af anden etnisk baggrund end dansk (indvandrere og efterkommere af indvandrere). Altså ikke den store forskel.

Der peges i fokusgruppeinterviewene med vagtlægerne på, at det på grund af sprogbarrierer, kan være vanskeligt såvel som tidskrævende at afdække behovet hos gruppen af borgere med anden etnisk baggrund end dansk (bilag 3, side 11). Det gælder særligt ved telefonvisitation og konsultation. Nogle vagtlæger fremfører i interviewene, at brugere med anden etnisk baggrund end dansk har en lav sygdomstærskel og ofte får flere ydelser per besøg end befolkningen generelt (bilag 3, side 13).

For at undersøge dette udsagn, er der gennemført dataudtræk fra Sygesikringsregisteret for 2008 på, hvor stor en andel af brugere med anden etnisk baggrund end dansk, der henholdsvis afsluttes med en telefonkonsultation, visiteres til hjemmebesøg eller til en tid i lægevagtkonsultationen. Se tabel 4.1 nedenfor, hvor der sammenlignes med befolkningen generelt.

Tabel 4.1 Ydelsestype og etnisk baggrund

	Anden etnisk baggrund end dansk	Befolkningen gene- relt
Afsluttet telefonkonsultation	52 %	56 %
Lægevagtskonsultation	38 %	32 %
Hjemmebesøg	9 %	11 %

Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygesikringsregister

Andelen af brugere med anden etnisk baggrund end dansk, som bliver afsluttet med en telefonkonsultation er lidt lavere end befolkningen generelt (52 % mod 56 %), mens andelen af brugere med anden etnisk baggrund, der visiteres til lægevagtskonsultationen er lidt større (38 % vs. 32 %). Til gengæld bliver færre brugere med anden etnisk baggrund visiteret til hjemmebesøg (9 % vs. 11 %).

²⁴ Når man taler om **herkomst** skelner man mellem indvandrere, efterkommere og personer med dansk oprindelse.

Personer med dansk oprindelse er personer, hvor mindst en af forældrene er dansk statsborger, født i Danmark.

Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er danske statsborgere, født i Danmark. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.

Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer.

Indvandrere er født i udlandet. Ingen af forældrene er danske statsborgere, født i Danmark.

Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes den pågældende som indvandrer (kilde: Danmarks Statistik).

4.7.4 Andre brugergrupper

I fokusgruppeinterviewene giver vagtlægerne også udtryk for andre brugergrupper, der udgør en særlig udfordring i lægevagtsordningen (bilag 3, side 6). Det drejer sig blandt andet om:

- Brugere med et dårligt socialt netværk, som ringer til vagtlægen i forbindelse med ensomhed og løsningen af andre problemer som fx den kommunale madudbringning.
- Psykisk syge brugere. De fylder ikke antalmæssigt, men de optager meget tid. Et sygebesøg hos en psykisk syg kan, ifølge en vagtlæge, tage op til 2½ time, fordi hjemmeplejen og/eller politiet skal involveres.
- Medicinmisbrugere. De fylder ikke så meget i ordningen i dag som tidligere, hvilket dels skyldes, at vagtlægerne har haft fokus på ikke at udskrive afhængighedsskabende medicin og dels, at misbrugerne kendes af vagtlægerne.
- Patienter med kronisk sygdom. Her er problemet ikke så meget selve brugeren som adgangen til brugerens journaloplysninger fx diagnoser og medicinoplysninger hos almen praksis.
- Ressourcestærke og ressourcetsvage brugere. De ressourcestærke kan ifølge en vagtlæge ”triggerordene” og kan være meget vedholdende for at sikre, at de får et sygebesøg. De ressourcetsvage derimod kan have vanskeligt ved at formulere sig i telefonen overfor vagtlægen.

4.8 Særlige brugertemaer

En række temaer, som knytter sig til brugerne, er kommet frem enten i spørgeskemaundersøgelsen eller i de gennemførte fokusgruppeinterviews. Temaerne er brugernes forventninger, kommunikation, tilgængelighed, ventetider og lægevagtskonsultationens lokaler.

4.8.1 Brugernes forventninger

En forudsætning for at både vagtlægerne og brugerne af lægevagtsordningen er tilfredse med ordningen er, at der er enighed mellem parterne om, hvilke opgaver og hvilket serviceniveau, der kan forventes hos lægevagten.

De regionale planlægningschefer og vagtlægerne oplever generelt, at brugernes forventninger til lægevagten er realistiske. Vagtlægerne oplever dog også, at der er en række brugerforventninger, der ligger udover lægevagtsordningens akutte funktion, eksempelvis udstedelse af recepter på p-piller og ønske om efterprøvning af egen læges vurdering (bilag 3, side 10).

Der er ikke i alle tilfælde overensstemmelse mellem lægevagtens akutte funktion og brugernes forventning. Det bekræftes i fokusgruppeinterviewene med brugerne: Nogle af brugernes forventninger til lægevagten knytter sig særligt til et ønske om, at lægevagten kan være ”den praktiserende læges forlængede arm” (bilag 3, side 44). Det vil sige, at der hos nogle borgere er en forventning om, at lægevagten kan yde den samme service (eller næsten samme service), som den praktiserende læge kan (bilag 3, side 45).

Herudover forventer brugerne, at man hos lægevagten ligesom i almen praksis kan ringe og få gode råd og vejledning herunder om, hvor man skal henvende sig, hvis ikke lægevagten kan give svaret på ens problem (bilag 3, side 45).

4.8.2 Kommunikation

I fokusgruppeinterviewene med brugerne (bilag 3) behandles kommunikationen mellem vagtlægen og brugeren. Brugere over 65 år synes generelt tilfredse med kommunikationen med vagtlægen, mens gruppen af småbørnsforældre på den anden side fremfører, at der er plads til forbedringer, idet særligt de ældre læger nogle gange kan virke arrogante og fordømmende. Andre oplever, at lægerne ikke spørger nok ind, inden diagnosen stilles. Og så ønskes der mere information om symptomer.

I spørgeskemaundersøgelsen er der levnet plads til, at brugerne selv kan kommentere deres kontakt med lægevagten. Også her findes eksempler på brugere, der er henholdsvis tilfredse eller utilfredse med kommunikationen med vagtlægen. Se tekstboks 4.2 nedenfor.

Tekstboks 4.2: Kommunikation: Utilfredse og tilfredse brugere

Utilfredse brugere

”Mit største problem i forhold til samtalen var en følelse af, at vagtlægen synes man spildte hans tid/ at problemet ikke var noget at ringe om. Når jeg først når derud hvor jeg ringer til vagtlægen, er det fordi, jeg er bekymret. Så det er ikke tilfredsstillende at sidde tilbage med den følelse. Jeg har oplevet det samme tidligere. Men ellers er jeg generelt tilfreds.”

”Man føler lidt man er en sag, der skal behandles. Man bliver lidt stresset af det, og får ikke stillet alle de spørgsmål man gerne vil, hvilket man kan blive lidt utryg af”.

”Fik besøg af en læge, der ikke var interesseret i at lytte til familien, som var bedreviddende og belærende og mest optaget af at fortælle om sig selv og sit arbejde som læge”.

Tilfredse brugere

”Det var en utrolig god og behagelig læge, som tog imod os. Så både min søn og jeg følte os i gode hænder! Ventetiden var desværre meget lang, både pr telefon og i venteværelset!”

”Jeg har kun oplevet at vagtlægerne vi har været i kontakt med har været professionelle og meget behagelige”.

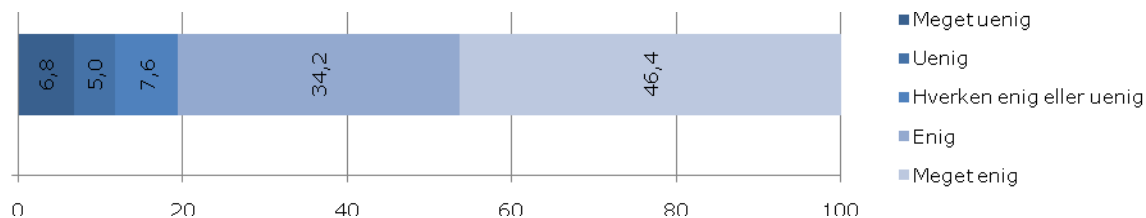
”Har ofte (når der er sygdom i familien) kontakt til vagtlægen efter, at jeg har fået børn. Får altid god vejledning og er altid blevet behandlet”.

Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009, Åbne kommentarer

Brugerne er i spørgeskemaundersøgelsen (bilag 2) blev bedt om at angive, hvorvidt de var tilfredse med den måde, vagtlægen talte til dem på henholdsvis i telefonkon-

sultationen, i lægevagtskonsultationen og ved hjemmebesøget. Se figur 4.9 nedenfor.

Figur 4.9 - Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på i telefonen (N = 2.409)

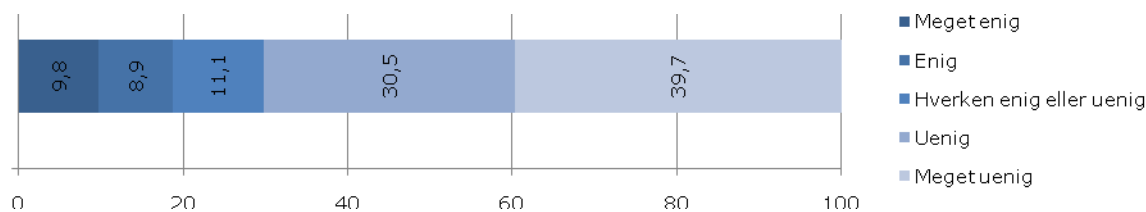


Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Brugerne i spørgeskemaundersøgelsen er generelt tilfredse med den måde, vagtlægen talte til dem på ved telefonkonsultationen. Således er mere end fire ud af fem (80,6 %) tilfredse med måden, hvorpå de blev tiltalt i telefonen, og brugere i lægevagtskonsultationen er mere tilfredse, således er 84,4 % af brugerne her enten meget enig eller enig i, at den måde, lægen talte til dem på i lægevagtskonsultationen, var tilfredsstillende. Tallet for hjemmebesøg af vagtlægen scorer 87,3 %.

Generelt kan det derfor konkluderes, at tilfredsheden med den måde vagtlægen taler til brugerne på, er høj, hvad enten det er i telefonkonsultationen, i lægevagtskonsultationen eller ved hjemmebesøget. Der efterlades dog visse ridser i lakken i fokusgruppeinterviewene og i nogle af brugernes åbne kommentarer i spørgeskemaundersøgelsen, hvor kommunikationen med vagtlægen karakteriseres som mangelfuld. Disse kommentarer kan suppleres af spørgsmål i brugerundersøgelsen om, hvorvidt vagtlægen får brugerne til at føle, at de spilder hans/hendes tid. Se figur 4.10 nedenfor.

Figur 4.10 – Vagtlægen, der tog telefonen, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid (N = 2.370)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Næsten hver femte bruger (18,7 %) angiver, at de er enige i, at vagtlægen fik dem til at føle, at de spildte hans/hendes tid ved telefonkonsultationen. Det tilsvarende tal er 11 % for lægevagtskonsultationen og 13 % for de brugere, som modtog hjemmebesøg af vagtlægen. Der kan siges for og imod om, hvorvidt brugere med irrelevante opkald skal have klar besked om, at deres opkald er spild af vagtlægens

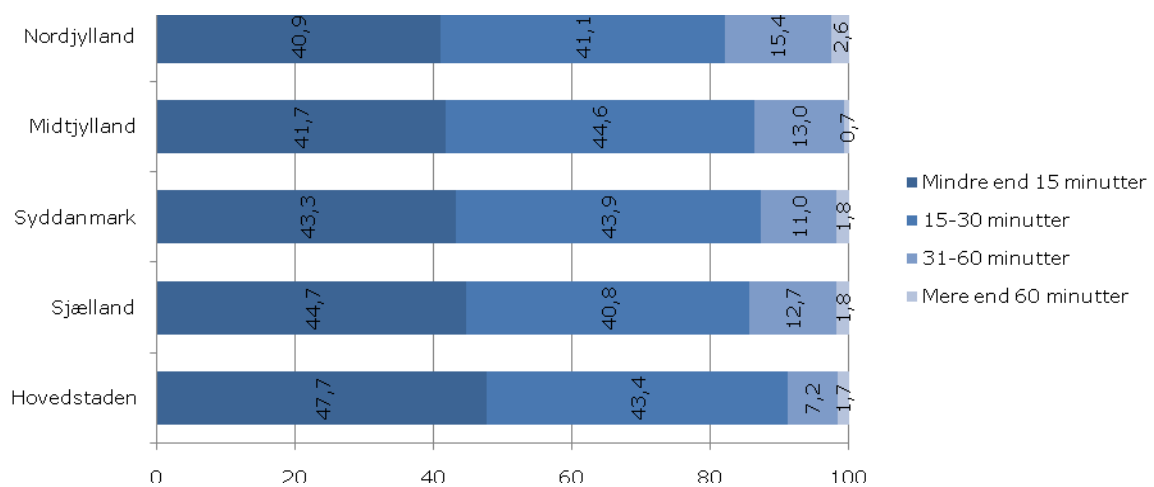
tid. Det synes dog stadig som en høj andel, at 18,7 % af brugerne i telefonkonsultationen efterlades med denne følelse.

4.8.3 Tilgængelighed

Det tredje brugertema, der tages op her, handler om tilgængelighed. Brugere er i brugerundersøgelsen blevet bedt om at angive, hvor lang tids transport de havde til lægevagtskonsultationen. På landsplan har 87,1 % af de adspurgte maksimalt en halv times transporttid til lægevagtskonsultationen. 11,3 % har 31-60 minutters transporttid, mens den resterende del på 1,7 % har mere end én times transporttid.

Figur 4.11 nedenfor viser transporttiden fordelt på de fem regioner.

Figur 4.11 - Transporttid fordelt på regioner (N = 2.016)

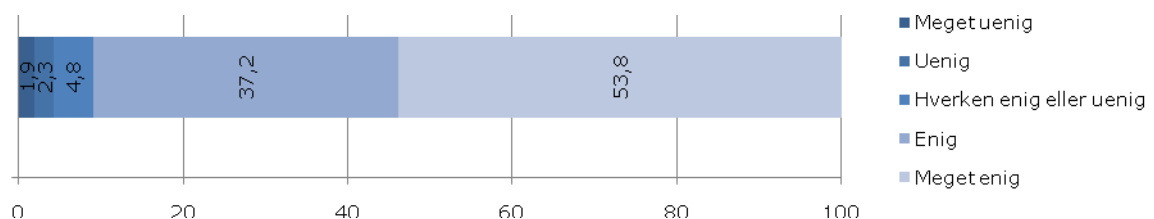


Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Ikke overraskende har Region Nordjylland de længste transporttider, mens Region Hovedstaden har de korteste.

Adspurgt om det var i orden, at brugeren blev henvist til lægevagtskonsultationen i stedet for, at vagtlægen kom hjem til brugeren, svarer brugerne som det kan ses nedenfor i figur 4.12.

Figur 4.12 - Det var i orden, at jeg blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for, at vagtlægen kom hjem til mig (N = 1.998)



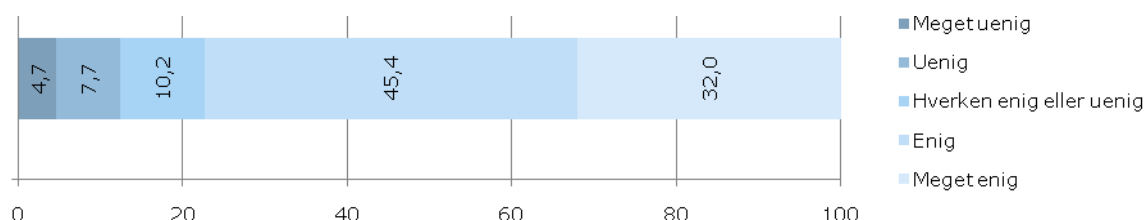
Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

91 % af de adspurgte enten er enige eller meget enige i, at det var i orden, at vagtlægen henviste dem til lægevagtskonsultationen i stedet for, at der kom en vagtlæge på besøg i hjemmet. Det tegner et billede af, at det er de rigtige, der visiteres til lægevagtskonsultationen.

4.8.4 Ventetider

Det fjerde særlige brugertema handler om brugernes ventetider. Ventetider i telefonen, i lægevagtskonsultationen eller på, at vagtlægen skal komme på besøg i brugerens hjem. Brugerne er i spørgeskemaundersøgelsen blevet spurgt til, hvorvidt de fandt disse ventetider acceptable. Resultaterne kan ses i de tre figurer nedenfor (figur 4.13, 4.14 og 4.15).

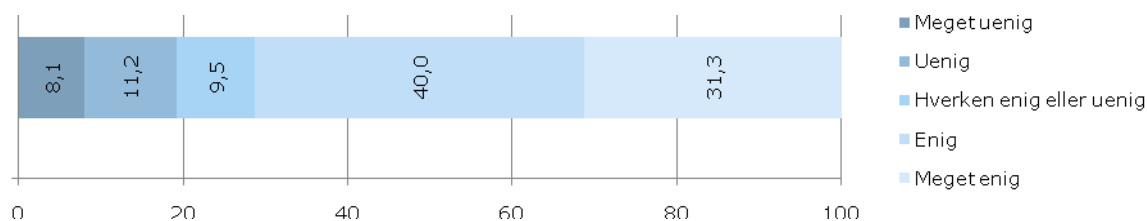
Figur 4.13 - Ventetiden fra jeg ringede op, til jeg kom igennem til en vagtlæge, var acceptabel (N = 2.402)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

På spørgsmålet om, hvorvidt de adspurgte brugere fandt ventetiden inden de kom igennem til vagtlægen acceptabel, kan man af figur 4.13 ovenfor læse, at 77,4 % erklærer sig enige eller meget enige i, at ventetiden var acceptabel. Lidt mere end hver tiende fandt ikke, at ventetiden var acceptabel (12,4 %).

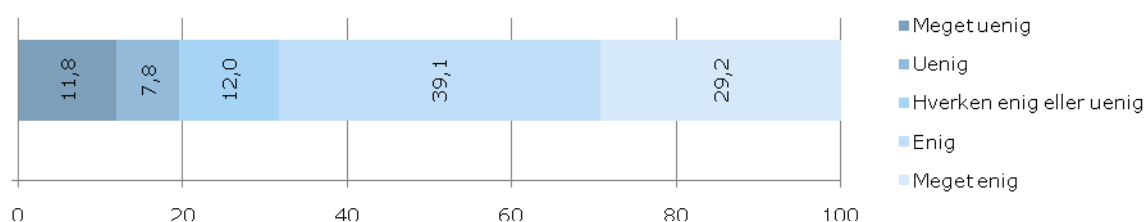
Figur 4.14 - Ventetiden i lægevagtskonsultationen var acceptabel (N = 2.066)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Figur 4.14 ovenfor viser, at andelen af de brugere, som har besøgt lægevagtskonsultationen, og som mener ventetiden er acceptabel, er 71,3 %. Knap hver femte bruger (9,3 %) oplever ikke ventetiden i lægevagtskonsultationen som værende acceptabel.

Figur 4.15 - Ventetiden fra jeg ringede indtil vagtlægen kom hjem til mig var acceptabel (N = 551)



Kilde: Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, Rambøll for Sundhedsstyrelsen, 2009

Brugernes vurdering af, om ventetiden inden vagtlægen ankom til hjemmet var acceptabel, er det tema, som scorer lavest af samtlige. 68,3 % af de brugere, der fik hjemmebesøg, angiver, at de er enige eller meget enige i udsagnet om, at ventetiden var acceptabel. 19,6 % erklærer sig enten uenige eller meget uenige i, at ventetiden var acceptabel.

4.8.5 Lægevagtskonsultationens lokaler

Det femte særlige brugertema handler om lægevagtskonsultationens lokaler, som fylder en del i fokusgruppeinterviewene med brugere og vagtlæger.

I fokusgruppeinterviewene udtrykkes der blandt brugerne over 65 år en generel tilfredshed med lægevagts konsultationslokaler, mens småbørnsfamilierne er mindre tilfredse.

Tekstboks 4.3: Brugernes tilfredshed med lægevagts konsultationslokaler

+ 65 årige:

”Det var rent og pænt”.

”Faciliteterne var nydelige med blade lagt frem”.

Småbørnsfamilier:

”Der var ikke nogen, der styrede i hvilken rækkefølge patienterne kom ind til konsultationen. Der var tale om ren selvjustits”.

”Der var lang ventetid og mange i venteværelset”.

”Hygiejnen hos vagtlægen var under al kritik. Jeg oplevede at sidde meget tæt blandt syge mennesker, og vi blev f.eks. ikke sprittet af. Samtidige var toiletterne uhumske”.

Kilde: Lægevagts styrker og svagheder. COWI for Sundhedsstyrelsen, 2009

Lægevagtskonsultationens lokaler berøres også i vagtlægernes fokusgruppeinterviews. Vagtlægerne fortæller blandt andet om vanskeligheden ved at skulle

passere køen af ventende patienter, når de skal på toilettet eller have noget at spise. Og om, hvordan det til tider nærmest bliver patienterne, der foretager visitationen, når de banker på vagtlægens dør for at fortælle, at en patient i venteværelset er blevet dårlig. Der fortælles desuden om computerproblemer og mangel på rum, hvor patienterne kan ligge ned, hvis de er blevet meget dårlige. Forholdene i lægevagtskonsultationen er ifølge vagtlægerne i fokusgruppeinterviewene ”uværdige og urimelige” (bilag 3, side 18).

Der er således al mulig grund til at overveje indretningen af lægevagtskonsultationens lokaler, så de er tilfredsstillende både for brugere og vagtlæger.

4.9 Information til brugerne om lægevagtstilbuddet

4.9.1 Regionernes information

En mulighed for at optimere anvendelsen af lægevagten – som et akutberedskab – er, at gennemføre regelmæssige informationskampagner om korrekt brug af lægevagten. Der har tidligere været gennemført sådanne borgerrettede informationskampagner i den tidligere amtslige organisering. I Region Nordjylland er der i 2010 planer om at gennemføre en informationskampagne – herunder tv spots - om korrekt brug af lægevagten.

På alle fem regioners hjemmesider informeres om lægevagten, hvor det også betones, at hensigten med lægevagten er at afhjælpe akutte skader og akut opstået sygdom uden for egen læges normale åbningstid. På Region Midtjyllands hjemmeside er disse oplysninger suppleret med, at brugeren får hurtigere hjælp hos lægevagten, hvis brugeren har a) sygeskringsbevis klar, b) en liste over medicin, brugeren plejer at få, og c) taget temperaturen ved mistanke om feber.

4.9.2 Hjemmesiden www.sundhed.dk

Hjemmesiden [sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) er en fælles offentlig sundhedsportal, der blandt andet har til formål at samle al information om sundhedsvæsenet et sted. På hjemmesiden kan borgere finde informationer om akut hjælp i de enkelte regioner, herunder kontaktinformation til de regionale lægevagtsordninger, samt en kort beskrivelse af hensigten med lægevagten. Borgere kan på hjemmesiden ligeledes finde gode råd og vejledning om, hvad de selv kan gøre ved almindelige sygdomme og småskader, og hvornår de skal kontakte lægen.

4.9.3 Hjemmesiden www.lægevagten.dk

Hjemmesiden [lægevagten.dk](http://www.lægevagten.dk) blev introduceret i 2000 i et samarbejde mellem Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksborg amter samt det private firma Mentor Instituttet. I dag er hjemmesiden finansieret af Mentor Instituttet med tilskud fra fondsmidler. Formålet er at give brugerne af lægevagten råd og vejledning vedrørende pludselig opstået sygdom, samt oplysning om telefonnumre og konsultationsadresser på lægevagterne i de fem regionerne og om døgn- og vagtapoteker.

Teksterne på hjemmesiden er skrevet af ejeren, som er læge, i samarbejde med en praktiserende læge. Hjemmesiden har cirka 60-70.000 unikke brugere om måneden og 150-200.000 sidevisninger.

Hver dag indkommer der via [lægevagten.dk](http://www.lægevagten.dk) fra to til syv mails fra brugere, læger og andet sundhedspersonale, hvor de udtrykker forskellige former for utilfredshed

og tilfredshed med lægevagten samt med råd til at gøre hjemmesiden eller lægevagten bedre. Disse mails besvares eller videresendes til lægevagtschefen i den pågældende region. Hvis der er tale om klager over lægevagten, orienteres brugerne om, at lægevagtsordningerne ønsker, at klager indsendes skriftligt.

4.10 Sammenfatning og konklusioner

4.10.1 Sammenfatning

I Rambølls spørgeskemaundersøgelse blev der spurgt til **brugernes tilfredshed** med den konkrete kontakt, som brugeren havde med lægevagten i uge 37 i 2009. Derudover blev der også spurgt til deres tilfredshed med lægevagtsordningen som helhed.

Brugerne var overvejende tilfredse med lægevagtsordningen. 77,9 % af brugerne var således tilfredse med den kontakt med lægevagten, som de havde i uge 37. 11,5 % var utilfredse. De brugere, der fik et hjemmebesøg, var mest tilfredse, mens de der blev behandlet i lægevagtskonsultationen var mindre tilfredse, og de der blev afsluttet i telefonen var mindst tilfredse.

Brugernes generelle tilfredshed med lægevagtsordningen er dog lavere. Således er det kun 71,1 % af brugerne, som er tilfredse med lægevagtsordningen som helhed og 12 %, der er utilfredse. En mulig forklaring på den lavere tilfredshed med lægevagtsordningen som helhed kan være negativ omtale af ordningen, men også at en tidligere oplevelse med lægevagten påvirker svaret.

De hyppigste **årsager til henvendelser** til lægevagten var smerter og feber, mens de hyppigste **resultater af kontakten** var, at brugeren blev rådet til at se tiden an eller fik udskrevet en recept. En tredjedel af de brugere, som vagtlægen besøgte i hjemmet, blev indlagt på sygehus.

Børn under 14 år udgør knap en tredjedel af henvendelserne til lægevagten. **Ældre borgere** (+65 årige) har færre kontakter end gennemsnitsbefolkningen til lægevagten, men de modtager godt halvdelen af alle sygebesøg.

En række brugergrupper udgør ifølge vagtlægerne en **særlig udfordring** i lægevagtsordningen. Det er særligt brugere med anden etnisk baggrund end dansk, brugere med dårligt socialt netværk, psykisk syge brugere, medicinmisbrugere, brugere med kronisk sygdom samt generelt de meget ressourcestærke og de meget ressource svage borgere.

En række faktorer kan have indflydelse på brugernes tilfredshed med lægevagtsordningen. Vagtlægerne nævner, at nogle af brugerne bliver utilfredse, fordi de har **forventninger** til lægevagten, som lægevagten ikke kan opfylde. Brugere nævner faktorer som **kommunikationen** med vagtlægen, **tilgængeligheden** til konsultationsstederne, **ventetiden** både i telefonen og til konsultation/besøg, samt **indretningen** af konsultationsstederne.

4.10.2 Konklusioner

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at kvaliteten i den danske lægevagtsordning – set ud fra et brugerperspektiv – generelt er god. Således er 77 % af brugerne tilfredse og kun godt 11 % af brugerne utilfredse med ordningen.

Inddragelse af brugernes oplevelser i lægevagten

Brugerperspektivet kan hensigtsmæssigt inddrages i kvalitetsudviklingen af lægevagtsordningen, herunder blandt andet deres oplevelser omkring ventetider og kommunikation samt placeringen og indretningen af konsultationslokalerne. I forbindelse hermed bør der arbejdes mod en bedre **afstemning af forventningerne** til lægevagtsordningen, og en målrettet **information af borgerne** om lægevagts tilbud både på dansk og relevante fremmedsprog.

5 Klager og tilsynssager

5.1 Indledning

Dette kapitel gennemgår brugernes klager over lægevagten, herunder både klager over behandlingen og klager over servicen, samt tilsynssager og patientforsikrings-sager, som relaterer sig til lægevagten. Kapitlet relaterer sig således både til brugerperspektivet, og til det sundhedsfaglige og det organisatoriske perspektiv.

Klager over lægevagten kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til regionerne afhængigt af klagens indhold. Derudover kan Sundhedsstyrelsen selv oprette tilsynssager, hvis styrelsen bliver opmærksomme på forhold, som bør undersøges nærmere. Endelig kan anmeldelse af skader i forbindelse med behandling, herunder også i lægevagten, ske til Patientforsikringen.

Gennemgangen af sagerne peger på nogle problemstillinger i lægevagten, men da de kontakter, der klages over, kun udgør mindre end 0,1 promille af det samlede antal henvendelser til lægevagten, kan denne undersøgelse ikke vurdere, hvor udbredte problemstillingerne er, og om de er repræsentative for alle henvendelser.

Nogle af de faglige problemstillinger, der beskrives i dette kapitel, er derudover ikke nødvendigvis specifikke for arbejdet i lægevagten, men ses også i andre sammenhænge, hvor patienter henvender sig med akutte problemer.

Med virkning fra 2010 vil alle regioner båndt opkald til lægevagten blandt andet med henblik på at sikre et bedre grundlag for behandlingen af klagesager.

5.2 Sundhedsstyrelsens opfølgning på klage- og tilsynssager

Sundhedsstyrelsen har flere mulige reaktionsmuligheder i forhold til både tilsynssager og Patientklagenævnets afgørelser i klagesager.

Sundhedsstyrelsen gennemgår og vurderer alle afgørelser med kritik fra Patientklagenævnet og forholder sig til, om de involverede sundhedspersoner har udvist en faglig adfærd, som kan give en formodning om, at vedkommende fremover kan være til fare for patientsikkerheden, og om der er grundlag for sanktioner over for de involverede sundhedspersoner, eksempelvis at sætte en vagtlæge i skærpet tilsyn.

På sygehusområdet er der et entydigt ledelsesansvar, hvor ledelsen forventes at følge op på den læring, der kan udledes af både klagesager og utilsigtede hændelser. Derved er der en mulighed for at anvende disse oplysninger aktivt i kvalitetsudvikling og særligt i forbedring af patientsikkerheden. På lægevagtsområdet er der den særlige situation, at der på trods af, at det er en organisation med flere ansatte læger, ikke er et entydigt ansvar for de faglige retningslinjer, hvor under lægerne arbejder (se afsnit 3.10). Dette vanskeliggør en systematisk udnyttelse af den viden om patientsikkerhed, der kan opnås fra klager og tilsynssager.

En tredje mulighed for Sundhedsstyrelsen er – ved mere generelle problemstillinger – at styrelsen udarbejder en vejledning, som præciserer, hvordan sundhedsper-

soner skal håndtere forskellige situationer for at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Som noget nyt har Sundhedsstyrelsen fra 2009 udgivet et elektronisk nyhedsbrev hvert kvartal, som omhandler patientsikkerhed og hvor styrelsen blandt andet beskriver problemstillinger, som er fundet i flere sager.

5.3 Klager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Hvis en patient, som har haft kontakt til lægevagten, ikke er tilfreds med behandlingen, har patienten mulighed for at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det behandler klager over den faglige virksomhed, der udøves af en række forskellige persongrupper inden for sundhedsvæsenet.

Ved faglig virksomhed forstås ikke kun behandling og pleje mv., som udføres af sundhedspersonalet. Patientklagenævnet tager også stilling til klager vedrørende pligter, der knytter sig til behandlingen og plejen, såsom klager over information og indhentelse af samtykke, udfærdigelse af lægeerklæringer, journalføring, afgørelser om aktindsigt i helbredsoplysninger og overtrædelse af reglerne om tavshedspligt. Desuden behandler Patientklagenævnet tilsynssager efter indstilling fra blandt andet Sundhedsstyrelsen.

Der blev i 2008 i alt afgjort 3940 sager i Patientklagenævnet, hvoraf 224 sager omhandlede konsultation hos en vagtlæge. Da der er cirka 2,9 millioner henvendelser årligt i den danske lægevagt, er der således kun ganske få af henvendelserne, der fører til en klage.

Autoriserede sundhedspersoner skal jf. autorisationslovens § 17²⁵ udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sit sundhedsfaglige virke. Patientklagenævnet vurderer således om den indklagede sundhedsperson har udvist omhu og samvittighedsfuldhed eller ej.

Ved vurdering af klagesagerne giver Patientklagenævnet kritik, hvis nævnet finder at autorisationslovens § 17 er overtrådt. Af de 224 sager der vedrørte vagtlæger blev der udtrykt kritik i cirka 28 % af sagerne, mens der ikke blev udtrykt kritik i cirka 72 %.

Patientklagenævnet tager ikke stilling til om patienten har modtaget den bedst mulige behandling eller om behandlingen kunne have været bedre. Lægen kan således godt have udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed og dermed overholdt autorisationsloven ved sin undersøgelse og vurdering af patienten, selv om lægen fx ikke formåede at stille den rigtige diagnose.

Ved undersøgelsen af læringspotentialer fra klagesagerne skal det desuden indgå, at arbejdet som vagtlæge foregår under særlige vilkår, da vagtlæger i høj grad må diagnosticere og iværksætte behandling på baggrund af forholdsvist simple undersøgelser og uden at have det forudgående kendskab til patienten, som patientens egen praktiserende læge har. Det er en meget svær opgave, at vurdere, rådgive og behandle mange patienter, som vagtlægen ikke kender i forvejen, og som han/hun

²⁵ Lovbekendtgørelse nr. 1350 af 17. december 2008 om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed.

kun har kontakt med i ganske kort tid. Dette kan give anledning til kommunikationsvanskeligheder og dermed et dårligere resultat af konsultationen sammenlignet med en konsultation i dagtiden hos patientens egen praktiserende læge.

5.3.1 Metode

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af ovenstående gennemgået cirka halvdelen af alle sager afgjort i 2008 med henblik på at vurdere, om der kan udtrages generelle problemstillinger vedrørende patientsikkerheden i lægevagten. Ved gennemgangen har der været fokus på, om sagerne indeholder et læringspotentiale, som kan danne grundlag for forslag til forbedringer af patientsikkerheden.

For de gennemgåede klagesager er det blevet vurderet om klagen havde udgangspunkt i visitationen af patienten, manglende undersøgelse af patienten eller fejlagtig diagnose og behandling af patientens symptomer. Desuden blev der set på om eventuelle kommunikationsvanskeligheder kunne have betydning for sagerne.

I langt hovedparten af sagerne indeholdt klagen en fejlagtig diagnose og/eller behandling.

Problemstillingerne i sagerne er dog meget forskellige og ikke umiddelbart sammenlignelige. Sundhedsstyrelsen har derfor udtaget enkelte generelle problemstillinger, som der er set flere eksempler på i Patientklagenævnets afgørelser. De nævnte problemstillinger er dog ikke nødvendigvis repræsentative for samtlige henvendelser i lægevagten og de patientsikkerhedsmæssige mulige forbedringer.

5.3.2 Temaer i patientklagesagerne

I det følgende gives eksempler på sagstyper, hvor der er fundet et **læringspotentiale** i klageforholdet. Sagerne er afhængigt af afgørelserne indgået i Sundhedsstyrelsens tilsyn som beskrevet ovenfor.

Atypiske brystmerter

Flere af klagesagerne i 2008 handlede om patienter, som fx henvendte sig til vagtlægen på grund af smerter i armene, maven eller brystet. Nogle af patienterne havde desuden hoste og åndenød. Patienterne var ofte over 50 år og uden tidligere hjerte problemer.

Patienternes ukarakteristiske symptomer gav anledning til, at vagtlægen vurderede, at det drejede sig om muskelsmerter efter fysisk arbejde eller at fx mavesmerter skyldtes reflux eller galdestensanfald. Vagtlægen fandt ikke - ud fra de givne oplysninger - at det kunne dreje sig om en blodprop i hjertet. Patienterne blev typisk indlagt på sygehus senere indenfor samme døgn, hvor det blev konstateret, at deres symptomer skyldtes en blodprop i hjertet.

Sundhedsstyrelsen er bekendt med flere lignende tilfælde, hvor en patient har haft ukarakteristiske symptomer på hjertesygdom og hvor lægen enten ikke har overvejet diagnosen hjertesygdom, har afskrevet diagnosen på grund af de ukarakteristiske symptomer eller på grund af diskrepans mellem patientens symptomer og fundene ved undersøgelsen af patienten. Det kan være meget vanskeligt at stille diagnosen, hvis patientens symptomer er anderledes end sædvanligvis. Problemstillingen er ikke kun kendt fra lægevagten, men kendes fra alle situationer, hvor patienter henvender sig akut, dvs. også hos praktiserende læger i dagtiden og på skadestuen.

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde en vejledning om sundhedspersonales håndtering af patienter med atypiske brystmerter, som præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed, som en læge bør udvise i sine diagnostiske overvejelser ved behandling af patienter, der frembyder atypiske brystmerter eller har andre symptomer, der kan skyldes akut hjertesygdom. Vejledningen vil beskrive de ukarakteristiske symptomer og hvilke risikofaktorer, som lægen skal være opmærksom på ved sin vurdering af patienten. Desuden beskrives i hvilke tilfælde der bør ske indlæggelse uden unødigt forsinkelse. Vejledningen forventes offentliggjort i begyndelsen af 2010.

Visitationsmuligheder

Nogle af klagesagerne drejede sig om, at vagtlægen ikke kendte til visitationsmulighederne i området. Det kunne fx dreje sig om en patient med tandproblemer, som ikke blev henvist til tandlægevagten men til skadestuen, blot for at blive viderehenvist. Eller en vagtlæge som henviste en patient med et akut problem til at henvende sig i det ambulatorium, hvor patienten gik til behandling. Ambulatoriet var dog lukket, da det var weekend.

Et andet eksempel vedrørte de ad hoc åbne lægevagtskonsultationer, hvor den visiterende vagtlæge havde problemer med at have overblik over, hvornår disse var bemandet. Patienter blev visiteret til undersøgelse i lægevagtskonsultationen, måske med akutte symptomer, men måtte vente længe inden en læge kom til stedet.

Forventningsafstemning

Patienter forventer som udgangspunkt at få afhjulpet deres problemer i lægevagten enten ved vejledning eller behandling. Imidlertid kan der være tilfælde, hvor lægen vurderer, at patienten vil få en bedre behandling ved at vente til egen læge kan konsulteres eller tilfælde, hvor vagtlægen vurderer, at henvendelsen ikke hører hjemme i lægevagten regi, eksempelvis fornyelse af recepter, som burde have været foretaget hos patientens egen praktiserende læge i dagtiden.

For eksempel en patient, som henvendte sig til lægevagten sent om aftenen på grund af formodet halsbetændelse med et ønske om at blive podet i halsen, så det kunne afgøres, om der var grundlag for behandling med penicillin. Vagtlægen henviste patienten til at henvende sig til egen læge, som åbnede mindre end 12 timer senere. Vagtlægen kunne ud fra patientens symptomer vurdere, at patientens sygdom ikke var akut behandlingskrævende, og at det ville være tilstrækkeligt, at patienten blev behandlet af sin egen praktiserende læge nogle timer senere.

Symptombehandling uden formodet diagnose

I nogle af sagerne fra Patientklagenævnet sås, at vagtlægen havde behandlet en patient uden at have en formodet diagnose og uden at have udelukket de mest alvorlige og akutte behandlingskrævende sygdomme. Der var således alene tale om symptombehandling.

Et eksempel på denne problematik var patienter, som henvendte sig til lægevagten på grund af stærke mavesmerter. Mavesmerter kan have mange forskellige årsager, hvoraf nogle er alvorlige mens andre er mindre alvorlige. Ud fra afgørelserne sås det, at patienterne i nogle tilfælde var blevet behandlet med smertestillende medicin fx i form af morfinindsprøjtninger uden, at vagtlægen forinden havde fundet en årsag til symptomerne.

Kommunikation

En del klagesager skyldtes kommunikationsproblemer i lægevagten fx når vagtlægen havde givet råd om, at symptomerne skulle observeres, og at patienten skulle

henvende sig igen ved forværring. Der var i flere sager uoverensstemmelse mellem lægens og patientens opfattelse af, hvad der var blevet rådgivet om. Der kunne også være tale om misforståelser om, hvornår patienten efterfølgende skulle tage kontakt til sin egen læge eller andre. En del klagede over, at de ikke blev indlagt akut af vagtlægen, hvis de senere i forløbet blev indlagt. I enkelte tilfælde havde vagtlægen ikke indhentet de tilstrækkelige oplysninger til at vurdere patientens symptomer.

En særlig kommunikationsproblematik vedrører de patienter, hvor der skete en alvorlig udvikling af symptomerne i løbet af døgnet efter konsultationen hos vagtlægen. I sager hvor vagtlægens undersøgelse og vurdering havde været relevant og tilstrækkelig på tidspunktet for undersøgelsen, kunne det være en udfordring at forklare en bekymret og syg patient, at der aktuelt ikke var grundlag for at indlægge, men at det kunne blive aktuelt senere i forløbet afhængigt af sygdommens udvikling.

Selv om vagtlægen ofte i disse situationer opfordrede patienten til at henvende sig til lægevagten igen ved forværring af symptomerne, afventede nogle patienter lænere, end det var hensigtsmæssigt.

5.4 Tilsynssager i Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har gennemgået de tilsynssager, som styrelsen har oprettet i 2006-2008, og som vedrørte vagtlæger.

Sundhedsstyrelsen kan oprette sager af egen drift eller fx hvis sundhedspersonale eller andre indberetter sager. Mange af tilsynssagerne er oprettet efter et retslægeligt ligsyn. Hvis det vurderes, at autorisationslovens § 17 er overtrådt, dvs. at en sundhedsperson ikke har udvist omhu og samvittighedsfuldhed indstiller Sundhedsstyrelsen personen til kritik og sender sagen til afgørelse i Patientklagenævnet. I enkelte tilfælde finder Sundhedsstyrelsen, at der er tale om, at sundhedspersonen har udvist gentagen eller grov forsømmelse eller skødesløshed jf. autorisationslovens § 75, og sender sagen til politiet med henblik på tiltalerejsning. Desuden kan der være tale om andre problemstillinger vedr. overtrædelse af sundhedslovgivningen, hvis fx en læge ikke på begæring yder den første fornødne lægehjælp.

Sundhedsstyrelsen opretter i alt cirka 80 tilsynssager om året vedrørende alle slags sundhedspersoner. I 2008 blev der oprettet syv sager, som vedrørte vagtlæger. Sagerne omhandlede meget forskellige problemstillinger som for eksempel fejldiagnosticering, kommunikationsvanskeligheder vedrørende indlæggelse eller mangelfuld undersøgelse af patienten. Da der således oprettes ganske få tilsynssager årligt, er tilsynssager fra perioden 2006-2008 - i alt tretten sager - blevet gennemgået for at finde eventuelle gennemgående problemstillinger, som kan have et generelt læringspotentiale.

5.4.1 Erfaringer fra de seneste års tilsynssager

I tilsynssagerne ses samme type af problemstillinger, som i Patientklagenævnets klagesager, som nævnt ovenfor.

Én anden type af sager som er set flere gange i Sundhedsstyrelsens tilsynssager de seneste år, er situationer, hvor patienten havde haft kontakt til lægevagten flere gange inden for en kortere periode med samme problemstilling. I forbindelse med

patientens første henvendelse til lægevagten havde vagtlægen fået indtryk af, at patientens problemer skyldtes en bestemt diagnose og noterede dette i journalen. Når patienten derefter henvendte sig igen på grund af vedvarende eller ændrede symptomer, skete det, at en ny vagtlæge fortsatte i samme spor som den første vagtlæge. Den nye vagtlæge foretog ikke en revurdering af patientens situation, men tog udgangspunkt i den forudgående læges overvejelser om diagnosen.

I nogle af denne type sager, kan det have alvorlig betydning for patientens forløb, fx hvis mavesmerter som udgangspunkt bliver fortolket som forårsaget af forstoppelse, men viser sig at skyldes tarmslyng. Det er naturligt, at en vagtlæge vil tage tidligere involverede lægers vurdering med i sine overvejelser ved bedømmelse af en patients situation, specielt når lægen ikke kender patienten i forvejen. Men en vagtlæge bør foretage en konkret vurdering af patientens situation ved hver henvendelse.

Et andet problem, som blev set i flere tilsynssager, omhandler vagtlægens dispositioner vedrørende transport af patienten. For eksempel i situationer, hvor en patient havde været i kontakt med lægevagten og blevet tilset af en vagtlæge i hjemmet, som besluttede, at patienten skulle indlægges ved almindelig ambulancetransport, dvs. at ambulancen skulle hente patienten inden én time. Det viste sig imidlertid, at ambulancen ikke kom inden for den forventede tid og patienten blev dårligere og dårligere i ventetiden.

5.5 Sager i Patientforsikringen

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Patientforsikringen set på sager afgjort i 2008, som vedrørte lægevagten

Patientforsikringen afgjorde i 2008 104 sager, som vedrørte vagtlæger. Der blev tilkendt erstatning i 38 af disse sager. Patientforsikringen har gennemgået disse 38 sager med henblik på, om der kan udledes læring af afgørelserne.

5.5.1 Temaer i sagerne i Patientforsikringen

En forholdsvis stor andel af sagerne drejede sig om forsinket diagnose af blodpropper. Ud af de 38 anerkendte sager, vedrørte 11 sager blodpropper, hovedsageligt i hjertet.

Sagerne om forsinket behandling af blodpropper i hjertet drejer sig typisk om patienter med smerter i brystkassen med udstråling til armene, som burde have været henvist til sygehusbehandling på et tidligere tidspunkt.

Forsinket diagnosticering af symptomer på hjerneblødning var skadeårsag i tre tilfælde.

Patientforsikringen har desuden anerkendt tre sager vedrørende forsinket diagnosticering eller behandling af testikelvridning hos drenge i alderen 10-15 år. Fælles for sagerne er, at drengene mistede den ene testikel, fordi vagtlægerne ikke reagerede på deres symptomer i form af enten smerter i lysken eller hævet testikel.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af flere tilfælde af forsinket diagnosticering eller behandling af testikelvridning (torsio testis) revideret styrelsens vejledning om diagnostik af patienter med torsio testis.²⁶

5.6 Klager til regionerne

Regionerne behandler klager over serviceniveauet ved henvendelsen til lægevagten. Disse kaldes i daglig tale serviceklager. Det er således ikke-sundhedsfaglige klager over eksempelvis ventetid, vagtlægens adfærd, vagtlægens manglende vilighed til sygebesøg eller henvisning, tekniske fejl, manglende skiltning med mere.

Serviceklagesager behandles på møder i regionernes samarbejdsudvalg for almen praksis med undtagelse af i Region Nordjylland, hvor de enkelte klagesager vurderes og afgøres via e-mail mellem regionen og samarbejdsudvalgets medlemmer, og dernæst orienteres der om de afgjorte sager på samarbejdsudvalgets møder.

I det følgende afsnit gennemgås klager over servicen i lægevagten fra 2008. Formålet med gennemgangen er at pege på nogle af de problemstillinger vedrørende servicemålene, som fremkom i klagesagerne. Det vil således blive en kvalitativ gennemgang af de tematiske problemstillinger med henblik på at beskrive områder, hvor kvaliteten i lægevagtsordningen kan forbedres.

Der er indkommet cirka 60 klagesager i alt jævnt fordelt på de fem regioner, ud af i alt godt 2.9 mio. henvendelser til lægevagten i 2008.

5.6.1 Temaer i serviceklagerne

Gennemgangen af serviceklagerne peger på nogle tematiske problemstillinger, men da sagerne kun udgjorde en lille promille ud af det samlede antal henvendelser til lægevagten i 2008, kan denne undersøgelse ikke vurdere, hvor udbredte problemstillingerne er, og hvor repræsentative de er for hele landet.

Vagtlægens opførsel

De fleste af serviceklagerne var over vagtlægens opførsel, som blev beskrevet med ord som arrogant, uforskammet, nedladende, krænkende, respektløs, uempatisk med mere. Ofte fremgik det af sagerne, at der var tale om påstand mod påstand, når begge parter udtalte sig. I sager fra regioner, som ikke lydoptager den telefoniske visitation, var det således ikke muligt at dokumentere og afgøre, hvem af parterne der havde ret.

Når der i sagerne var tale om påstand mod påstand blev ordlyden i samarbejdsudvalgenes afgørelse ofte:

”Idet der ikke er overensstemmelse med hensyn til, hvad der blev sagt, kan samarbejdsudvalget ikke foretage yderligere. Det kan dog anføres, at udvalget lægger vægt på, at læger, patienter og pårørende taler til hinanden i en ordentlig og høflig tone, da man derved kan undgå mange misforståelser og klager. Lægen har som den professionelle part et særligt ansvar for at samtalen afvikles på en tilfredsstillende måde”.

²⁶ Vejledning nr. 9026 af 5. februar 2009 om diagnostik af torsio testis, Sundhedsstyrelsen.

I klagesager fra en region, som lydoptager opkaldene, vurderede samarbejdsudvalget, hvis det var muligt, hvorvidt vagtlægen eksempelvis havde anvendt nedladende ord eller tone. Men det blev ofte samtidigt påpeget, at tonefald og ord kan opfattes forskelligt afhængigt af situationen og de involverede personer.

I sager, hvor vagtlægen gav sin uforbeholdne undskyldning for sin opførsel, indstillede samarbejdsudvalget ofte til, at der ikke blev foretaget yderligere i sagen. Ofte begrundede vagtlægen opførslen med et for stort tidspres, fx hvor samme vagtlæge skulle varetage både telefonkonsultation og konsultation.

I nogle tilfælde opstod den dårlige kommunikation på tidspunkter tæt på lægevagtskonsultationens lukketid, eller tæt på lægevagtsvisitationens lukketid kl. 8. I et tilfælde følte patienten, at det var ubelejligt at ringe og bede om hjemmebesøg tæt på kl. 24, og at lægen hentydede til, at patienten selv skulle være kommet til lægevagtskonsultationen, inden den lukkede. Og i et andet tilfælde, ringede patienten ved 7-tiden og bad vagtlægen komme, men blev henvist til egen læge, som åbnede kl. 8, fordi vagtlægen ikke kunne nå at aflægge patienten besøg, inden vagten sluttede. I begge sager var der tale om akutte, men ikke livstruende tilfælde.

Det sidstnævnte tilfælde er et eksempel på, at klagesager over lægens opførsel også kan dække over, at patienten ikke har modtaget den ønskede behandling eller service. I sådanne tilfælde er patienternes forventninger til vagtlægen måske for store i forhold til de ydelser, som vagtlægen kan tilbyde. Dette kan pege på et behov for oplysning til borgerne om lægevagtsordningens formål. Vagtlægen skal på den anden side sørge for, at patienten føler sig professionelt mødt og redegøre for valg af behandlingsform, hvilket blev påpeget af samarbejdsudvalget i pågældende sag. I en anden sag, hvor vagtlægen afslog patientens ønske om en undersøgelse, slog samarbejdsudvalget fast, at det er lægen, som afgør, hvilken behandling patienten bør tilbydes, og det er lægens pligt at informere om grundlaget for behandlingen eller for, i dette tilfælde, ikke at efterkomme behandlingsønsket.

I andre sager blev der klaget over lægens arrogante opførsel, men det viste sig, at klagen snarere gik på fagligheden. For eksempel i sager, hvor vagtlægen afviste en indlæggelse, men måske burde have indlagt patienten, da der var tale om akut sygdom. Samarbejdsudvalget overdrog disse sager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Nogle sager gik på vagtlægens manglende kommunikationsevner. Et eksempel på dette er en sag, hvor patienten følte sig dårligt informeret i en grad, så patienten fik opfattelse af, at han havde en alvorlig sygdom og skulle dø – hvilket ikke var tilfældet. Her påpegede samarbejdsudvalget, at lægen har det professionelle ansvar for kommunikationen i konsultationen.

Klager vedrørende vagtlægens opførsel gik også på, at lægen ikke præsenterede sig, hvilket fx er en målsætning i Region Hovedstadens servicemål.

Endelig er der en sag, hvor der blev klaget over, at vagtlægen var alkoholpåvirket under konsultationen. Af sagen fremgik det, at vagtlægen to gange før havde været mistænkt for at være alkoholpåvirket. Samarbejdsudvalget pålagde her lægevagtschefen at gå videre med sagen.

Ventetider

Nogle af serviceklagerne drejede sig om ventetider, som i disse sager var længere end regionernes servicemål for ventetider, jf. afsnit 3.11. Der var flere årsager til, at ventetiderne blev længere end forventet.

Flere sager var fra områder, hvor samme vagtlæge både skal passe den fysiske konsultation og telefonkonsultationen, og hvor der i sommerperioden på grund af turisme er langt flere henvendelser end i vinterhalvåret. Vagtlægerne oplevede her et øget tidspres, hvilket havde forårsaget, at ventetiderne i nogle tilfælde var blevet længere, end de opsatte servicemål. I samarbejdsudvalgenes afgørelser i sagerne vedrørende ventetider stod der ofte, at man er opmærksom på kapaciteten i lægevagten, og at lægevagten bestræber sig på at holde ventetiden på et acceptabelt niveau, men at man ikke kan afvise, at der i perioder vil være ventetid. Desuden blev der i nogle sager suppleret med, at det er vigtigt, at lægen oplyser patienten om årsagen til ventetiden.

I nogle områder har man valgt at tilrettelægge akutberedskabet således, at opgaverne er fordelt mellem lægevagt og skadestue. I en klagesag oplevedes det urimeligt, at klager blev henvist til skadestuen, hvor ventetiden det pågældende tidspunkt var længere end i lægevagtskonsultationen. Ifølge samarbejdsudvalgets afgørelse er fordelingen af opgaverne foretaget for at sikre den bedste kvalitet i behandlingen.

I et tilfælde manglede der en vagtlæge i en aftenvagt. Nattevagten var således otte besøg bagud ved vaktens begyndelse, og ventetiden kunne derfor ikke holdes inden for servicemålets tre timer. Samarbejdsudvalgets afgørelse af sagen var, at det bør meddeles til lægevagts ledelse, når der mangler en læge i en vagt, så en anden kan tilkaldes. Denne procedure er beskrevet i en håndbog for vagtlæger, men det fremgik ikke af klagesagen, om denne procedure blev overholdt, eller hvorvidt det var muligt at afsætte vagten.

I et enkelt tilfælde var årsagen til den lange ventetid formentlig fejlbetjening af et nyt telefonsystem, og den pågældende vagtlæge blev efterfølgende kontaktet med henblik på korrekt betjening.

Procedurer og instrukser

Den sidste kategori af problemstillinger i serviceklagerne falder under et tema, som kaldes ”procedurer og instrukser”. I disse sager blev der klaget over emner relateret til lægevagtsordningens procedurer og instrukser – i nogle af sagerne blev der peget på et behov for ændring af en procedure og/eller instruks, og i andre sager anførte samarbejdsudvalget ydermere, at der ville blive taget konkrete tiltag til ændring af den pågældende procedure og/eller instruks.

I en sag blev der eksempelvis klaget over en vagtlæges problemer med at finde patienten i det elektroniske system. Vagtlægen undskyldte med, at hun var ny, og samarbejdsudvalget indstillede til, at det skulle undersøges, om der var brug for bedre introduktion til systemerne i lægevagten. Af en anden sag fremgik det, at der var problemer med telefonsystemet, så patienten blev smidt af linjen og ikke blev registreret til en konsultation. Da patienten mødte op i konsultationen, blev vedkommende afvist af vagtlægen på grund af den manglende registrering. Samarbejdsudvalgets indstilling i sagen var, at der skulle tilkendes gives overfor vagtlægerne, at patienter, som ikke er blevet registreret som følge af problemer med telefonsystemet og lignende, alligevel tilses. Desuden oplyste udvalget, at TDC var i færd med at installere et sikkerhedssystem.

I en sag blev en patient henvist til lægevagten på et sygehus, men efter 35 minutters ventetid fandt klager ud af, at konsultationen ikke var åben den dag. Af sagen fremgik det, at den pågældende lægevagtskonsultation ”kun åbnes, når koordinatoren vurderer, at det er nødvendigt”. Det var den 1. januar, og der var stort pres på lægevagten. Patienten blev ikke oplyst om, at konsultationen var lukket, hvilket kunne pege på et behov for bedre information måske i form af skiltning på det pågældende sted. Ydermere kunne der være et behov for at definere, hvornår det er nødvendigt at åbne konsultationen – det forekommer eksempelvis oplagt, at lægevagtskonsultationen er åben den 1. januar på grund af flere tilskadedkomne efter nytårsaften.

Endelig var der en sag, hvor en patient valgte at ringe 112 efter at have ventet 1,5 timer på et hjemmebesøg. Beskeden fra alarmcentralen var, at der ikke kunne sendes en ambulance, før vagtlægen havde sagt god for det, hvilket lægevagtschefen efterfølgende stod uforstående overfor. Denne sag kunne pege på, at det bør undersøges, hvordan de forskellige sektorer spiller sammen.

5.7 Sammenfatning og konklusioner

5.7.1 Sammenfatning

Generelt er der meget få klager over lægevagten, og de udgør mindre end 0,1 promille af det samlede antal henvendelser til lægevagten.

Klager over lægevagten kan indbringes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn eller til regionerne afhængigt af klagens indhold. Derudover kan Sundhedsstyrelsen selv oprette tilsynssager, hvis den bliver opmærksom på forhold, som bør undersøges nærmere. Endelig kan anmeldelse af skader i forbindelse med behandling fx i lægevagten ske til Patientforsikringen.

I 2008 afgjorde **Sundhedsvæsenets Patientklagenævn** 224 sager, som omfattede vagtlæger. I cirka 28 % af sagerne blev der givet kritik af lægen. I langt hovedparten af sagerne indeholdt klagen en fejlagtig diagnose og/eller behandling. Afgørelserne på de sager, der giver anledning til kritik, bliver altid gennemgået af Sundhedsstyrelsen med henblik på eventuelle tiltag overfor den indklagede sundhedsperson.

Alle sager - uanset om de giver anledning til kritik eller ej - kan bidrage til **læring**, men man kan dog ikke på baggrund af sagerne vurdere, hvor udbredte problemstillingerne er, og om de er repræsentative for alle henvendelser. Sagerne i Patientklagenævnet viste en række gennemgående temaer, som der kunne drages læring af. Et eksempel herpå er atypiske brystmerter, hvor det senere viste sig, at patienterne havde en blodprop i hjertet.

I 2006-2008 oprettede **Sundhedsstyrelsen** 13 **tilsynssager** omfattende vagtlæger. Sagerne omhandlede meget forskellige problemstillinger som for eksempel fejldiagnosticering, kommunikationsvanskeligheder vedrørende indlæggelse eller mangelfuld undersøgelse af patienten.

I 2008 afgjorde **Patientforsikringen** 104 sager, som vedrørte vagtlæger, heraf blev der tilkendt erstatning i 38 sager. Ud af de 38 anerkendte sager, vedrørte 11 sager blodpropper, hovedsageligt i hjertet.

I 2008 modtog **regionerne** omkring 60 **serviceklager**, som blev behandlet af samarbejdsudvalgene. Sagerne omhandlede blandt andet klager over vagtlægens opførelse, ventetider, og manglende opdatering af procedurer og instrukser.

5.7.2 Konklusioner

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at antallet af alle typer af sager relateret til lægevagten, er meget få. Trods dette er det vigtigt, at der systematisk følges op på sagerne med henblik på at sikre den relevante **læring**. Ansvar for dette bør ligge dels hos ledelsen af lægevagten og dels hos regionerne.

Det er en vigtig opgave for vagtlægen at vurdere, om det er en alvorlig lidelse, som ligger til grund for patientens symptomer. I nogle tilfælde, viser en patients sygdom sig på en ukarakteristisk måde, hvor det kan være vanskeligt for lægen at finde den korrekte diagnose. Det kunne derfor være relevant, at lægen har adgang til at få en form for **beslutningsstøtte** ved ukarakteristiske symptomer og fund hos en patient. Det er desuden vigtigt, at vagtlægen foretager en konkret vurdering af patientens situation ved hver enkelt henvendelse og selvstændigt tager stilling til, hvordan patientens problem skal behandles.

6 Den sundhedsfaglige kvalitet

6.1 Indledning

Dette kapitel tager udgangspunkt i det sundhedsfaglige perspektiv og har fokus på forskellige elementer som har indflydelse på den faglige kvalitet af behandlingen i lægevagten. Kapitlet sætter således fokus på vagtlægernes faglighed (herunder deres uddannelse og efteruddannelse), kliniske retningslinjer, ICPC-kodning, muligheder for diagnostiske undersøgelser og behandling i lægevagten, vagtlægernes adgang til journaloplysninger samt opfølgningen på utilsigtede hændelser. Disse elementer vil være relevante i det fortsatte arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i lægevagten.

Den sundhedsfaglige kvalitet handler grundlæggende om kvaliteten i lægens behandling af patienten. Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med denne undersøgelse gennemgået patientforløb, som har givet anledning til klager og tilsynssager, men har ikke gennemgået flere konkrete patientforløb. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus aktuelt igangsætter en undersøgelse af sygdoms- og kontaktmønsteret i lægevagten, der forventes at omfatte 25.000 patientkontakter.

6.2 Vagtlægernes faglighed

I henhold til overenskomsten er det de alment praktiserende læger, der har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden, og lægevagten er som udgangspunkt bemannet med praktiserende læger fra regionen. Som udgangspunkt har alle praktiserende læger ret og pligt til at deltage i lægevagten.

Det er imidlertid en generel udfordring at sikre den nødvendige lægekapacitet i sundhedsvæsenet – herunder også i almen praksis og i lægevagten. Ifølge de regionale lægevagtschefer kan den begrænsede lægekapacitet også mærkes i forhold til rekruttering og fastholdelse af læger i lægevagten. Udfordringernes omfang varierer mellem regionerne og internt i regionerne, og lægevagtscheferne kan som følge heraf ikke til alle tider opfylde alle kollegaers ønske om vagtfrihed i lægevagten.

Praktiserende lægers ønske om fritagelse for vagtforpligtelsen eller dele heraf kan bevilges efter ansøgning til praksisudvalgets lægevagtsudvalg. Vagtfritagelse bevilges hovedsageligt til læger, der er fyldt 60 år, men også øvrige læger kan ansøge og få bevilliget vagtfrihed. De praktiserende lægers mulighed for vagtfritagelse forstærker presset på at opretholde en tilstrækkelig lægekapacitet i lægevagten.

6.2.1 Lægernes uddannelsesmæssige baggrund og eventuelle anden beskæftigelse

Ud fra et kvalitetsmæssigt perspektiv vil det være ønskeligt, at lægevagten i videst mulig omfang er bemannet af alment praktiserende læger. Problemstillingerne i vagten er af almen medicinsk karakter – og dermed sammenfaldende med de problemstillinger, som de alment praktiserende læger møder i dagtiden. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at praktiserende læger har den mest hensigtsmæssige ud-

dannelsesmæssige og erfaringsmæssige ballast i forhold til at varetage opgaverne i lægevagten. De regionale planlægningschefer betoner ligeledes vigtigheden af, at det er erfarne alment praktiserende læger, der arbejder som vagtlæger (bilag 3, side 33).

Bemandingen af vagterne er ikke begrænset til denne gruppe af læger. I alle regioner deltager også yngre læger under uddannelse til speciallæge i almen medicin, og derudover er der i varierende omfang tilknyttet speciallæger i almen medicin, der ikke arbejder som praktiserende læger i dagtiden. Det drejer sig typisk om læger, der har afhændet praksis eller som endnu ikke har egen praksis, og hvor lægevagten er deres hovedbeskæftigelse.

Endelig er lægevagten også i nogle regioner bemandet med læger, der har et andet speciale end almen medicin, og som i dagtiden er beskæftiget som praktiserende speciallæge, hospitalslæge, militærlæge med videre. Denne gruppe af læger har ud fra en faglig vurdering generelt ikke den mest hensigtsmæssige uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund til at varetage opgaverne i lægevagten.

Der er forskel på, hvor stort et antal læger uden anden hovedbeskæftigelse, der er tilknyttet lægevagten i den enkelte region. I Region Nordjylland forsøger man at holde dette antal nede. Her er der ultimo 2009 kun fem netop pensionerede praktiserende læger, der ikke har anden beskæftigelse end arbejdet i lægevagten. I Region Nordjylland kan pensionerede praktiserende læger tage enkelte vagter i op til et år efter pensionering.

I Region Midtjylland ønsker man tilsvarende ikke, at lægevagtsarbejdet skal være et hovederhverv og der er som følge heraf lavet et loft på maksimalt 10 vagter pr. måned. Praksisudvalgets lægevagtsudvalg har her besluttet, at man fra 2010 udelukkende vil have speciallæger i almen medicin og uddannelseslæger tilknyttet til lægevagten. Ligeledes har man i regionen besluttet, at læger, der ønsker at få deres vagtydnummer forlænget ud over tre år, skal dokumentere tilknytning til almen praksis.

De alment praktiserende lægers andel af vagterne varierer mellem regionerne, og der er også store forskelle på deres andel af vagterne i telefonkonsultationen, i konsultation og som kørende vagtlæge.

Lægerne i telefonvisitationen

I alle regioner er langt størstedelen af de visiterende vagtlæger speciallæger i almen medicin. Hovedparten af de resterende visitatorer er i sidste fase af uddannelsen til speciallæger i almen medicin. I nogle regioner varetager speciallæger i et andet speciale end almen medicin samt læger, der udelukkende arbejder som vagtlæge, en mindre del af vagterne i telefonvisitationen.

Det fremgår at landsoverenskomst for almen lægegerning, at funktionen som visitator kan varetages af speciallæger almen medicin og – såfremt det besluttes i samarbejdsudvalget – af uddannelsesamanuenser fase III. Det er generelt - i alle regionale lægevagtsordninger - en høj prioritering, at speciallægerne i almen medicin varetager telefonvisitationen. Opgaven med at telefonvisitere for lægen ukendte borgere betragtes almindeligvis som den sværeste opgave i lægevagten, og derfor prioriterer man, at denne opgave udføres af de bedst kvalificerede læger hertil.

Lægerne i lægevagtskonsultation og på hjemmebesøg

Speciallæger i almen medicin udgør ikke en ligeså høj andel af lægerne i lægevagtskonsultationer og på besøgsvagt som lægerne i visitationen. En stor andel af konsultations- og besøgs-lægerne er dog speciallæger i almen medicin, mens læger under uddannelse til speciallæger i almen medicin udgør en anden stor gruppe. De resterende læger i lægevagten har et andet speciale end almen medicin, og arbejder blandt andet som praktiserende speciallæger, hospitalslæger og militærlæger.

I nogle regioner udgør de praktiserende læger og læger under uddannelse til speciallæger i almen medicin langt størstedelen af lægerne i konsultationerne og på besøgsvagt. I andre regioner er der en stor andel af konsultations- og besøgsvagterne, der bliver varetaget af læger med et andet speciale end almen medicin.²⁷

Det har ikke været muligt at indhente et nøjagtigt landsdækkende billede af vagtlægernes uddannelsesmæssige og beskæftigelsesmæssige baggrund, idet flere regionale lægevagtsordninger ikke kan levere sådanne opgørelser. Tabel 6.1 indeholder oplysninger fra lægevagtscheferne om antallet af speciallæger i et andet speciale end almen medicin samt deres andel af vagterne i henholdsvis lægevagtskonsultationen og på hjemmebesøg.

Tabel 6.1 Oversigt over speciallæger i et andet speciale end almen medicin i lægevagten

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Speciallæger i et andet speciale end almen medicin	36 læger	0 læger	0 læger	Ikke registreret, men 212 læger er ikke PLO eller under udd.	5 læger
Andel af vagterne i konsultation	4,1 %	0 %	0 %	Oplysninger ikke tilgængelig	Oplysninger ikke tilgængelig
Andel af vagterne på hjemmebesøg	10,6 %	0 %	0 %	Oplysninger ikke tilgængelig	Oplysninger ikke tilgængelig

Kilde: Lægevagtscheferne

Danske Regioner oplyser, at der i alt er 2.180 ydernumre i almen praksis med i alt 3.600 praktiserende læger. Af disse har 1.395 praksis deltaget i lægevagten. Hertil kommer 785 læger, som ikke har praksis, men som har fået tildelt et vagtyder-

²⁷ I Region Sjælland er det hhv. 55 % og 13 % af vagterne i konsultation og besøg, der er besat af speciallæger i AM. Lægevagten kan ikke opgøre hvilken øvrig beskæftigelse deres vagtlæger har.

nummer, der giver mulighed for at arbejde i lægevagtsordningen. Tabel 6.2 nedenfor illustrerer kapaciteten (antal praksis og antal ydernumre) i lægevagten fordelt på regioner i 2008.

Tabel 6.2 Kapaciteten i lægevagten (2008)

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Antal vagtgydernumre	207	127	45	240	166	785
Antal praksis, der har deltaget i lægevagt	413	342	150	195	295	1395
I alt antal ydernumre	620	469	195	435	461	2.180

Kilde: Danske Regioner

I henhold til overenskomsten kan læger, der ikke er alment praktiserende læger eller under uddannelse til speciallæger i almen medicin, søge det regionale samarbejdsudvalg om dispensation til at deltage i lægevagtsordninger.

Sammenfattende kan det konstateres, at denne dispensationsmulighed bliver benyttet i varierende omfang regionalt, og at der særligt blandt de kørende vagtlæger og i mindre grad blandt lægerne i vagtkonsultationerne er en stor andel af læger med et andet speciale end almen medicin. Lægerne i lægevagtsens telefonvisitation er alt-overvejende speciallæger i almen medicin.

6.2.2 Introduktion og efteruddannelse af vagtlægerne

Som beskrevet i afsnit 6.2.1 udgør uddannelseslæger og øvrige læger end praktiserende læger en ikke ubetydelig andel af vagtlægerne, og derfor er det væsentligt at sikre en bred introduktion og relevant efteruddannelse i lægevagten.

Uddannelseslægerne bliver under uddannelsen til speciallæger i almen medicin introduceret til lægevagten. Indledningsvis introduceres uddannelseslægerne typisk via 2-3 vagter, hvor de følger deres tutorlæge på vagt. Senere i uddannelsesforløbet varetager uddannelseslægerne selvstændige konsultations- og besøgs vagter, men med mulighed for at hente råd og vejledning hos en bagvagt. I henhold til overenskomsten kan funktionen som visitator i lægevagten tidligst varetages af uddannelseslæger i den sidste fase af speciallægeuddannelsen.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har beskrevet retningslinjer for almenmedicinske uddannelseslægers uddannelse og deltagelse i lægevagten. DSAM anbefaler minimum 18 vagter af 6-8 timers varighed – herunder tre følgevagter og

to superviserede visitationsvagter – under hele uddannelsen. DSAM anbefaler ligeledes, at der skal være en bagvagt tilgængelig for uddannelseslægerne. Alle regionale lægevagtsordninger følger som minimum retningslinjerne fra DSAM.

Foruden den praktiske introduktion af lægevagten til uddannelseslæger, afvikles der også i regionerne jævnlige kurser om arbejdet i lægevagten. Omfanget og indholdet i kurserne varierer mellem regionerne.

I alle regioner gennemgår uddannelseslægerne et kort introduktionskursus i starten af uddannelsen, hvor der blandt andet fokuseres på den anvendte edb, lægevagten struktur, opgaver og øvrige praktiske forhold.

Vagtlæger, der ikke er speciallæger i almen medicin eller under uddannelse hertil, gennemgår ligesom øvrige nye læger i lægevagten et indledende introduktionskursus forud for første vagt, og kan ligeledes hente råd og vejledning hos en bagvagt.

Foruden introduktionskurserne målrettet nye læger i lægevagten afholdes der også kurser for den bredere målgruppe af vagtlæger. Disse kurser omfatter blandt andet visitation og kommunikation. Der har hidtil ikke været krav om, at vagtlægerne deltager i de udbudte kurser.

I Region Nordjylland vil der ifølge lægevagtschefen fra 2010 blive oprettet årlige obligatoriske kurser for lægerne i lægevagten med gennemgang af visitationsregler og diskussion af cases. Ligeledes vil der i Region Nordjylland fra 2010 blive gennemført tilbagevendende tvungne internatkurser af to dages varighed for alle vagtlæger. Fokus på sidstnævnte kurser bliver blandt andet kvalitet, kommunikation og ensartethed i lægevagten.

I Region Hovedstaden afvikles der i perioden 2009-2010 et internatkursus af 1,5 dages varighed for alle aktive vagtlæger. Kurset har fokus på visitation, akutbetjening, samarbejde med akutmodtagelser og vagtcentraler med henblik på at skabe fælles fodslag i regionen.

Med virkning fra 2010 bliver alle opkald til lægevagten i alle regioner optaget på bånd. I Region Midtjylland har man båndet optagelserne i en længere periode, og et udpluk af disse båndoptagelser bliver – i anonymiseret form – benyttet til undervisningsbrug på lægevagtskurser. Hensigten hermed er blandt andet at fremhæve eksempler på god visitation og kommunikation mellem læge og patient.

I COWI's undersøgelse fremhæves efteruddannelse som et væsentligt tema. Vagtlægerne fremhæver visitationskurser som uundværlige og ser det som en god idé med sådanne kurser samt akutkurser – også for erfarne vagtlæger – en gang imellem. Vagtlæger bemærkede i de afholdte fokusgruppeinterviews, at uddannelse eksempelvis kunne afholdes en weekend om året eller over to aftenkurser, og at vagtlæger, der ikke har haft vagtlægefunktion i mange år, også kan have glæde af uddannelse (bilag 3, side 16 og 32).

I fokusgruppeinterviewene lægger brugerne generelt vægt på, at kommunikationen med vagtlægen opleves som god. Flere brugere af lægevagtsordningen ønsker dog, at vagtlægerne rustes endnu bedre til kommunikationen med patienterne, og foreslår derfor, at vagtlægerne med jævne mellemrum gennemgår kommunikationskurser (bilag 3, side 44 og 49).

6.3 Kliniske retningslinjer og visitationsvejledninger

I lægevagten findes der i varierende grad fælles kliniske retningslinjer, visitationsvejledninger med videre, der kan give vagtlægen vejledning og rådgivning til, hvordan han/hun bedst agerer i en given situation.

Fælles kliniske retningslinjer og vejledninger i lægevagten kan foruden inspiration og rådgivning skabe grundlag for en mere ensartet behandling og visitation af patienter regionalt og nationalt. Samtidig kan de fungere som et redskab til at holde vagtlægerne opdateret med den seneste udvikling på området.

Der er i dag store forskelle fra region til region i forhold til, i hvor høj grad kliniske retningslinjer og vejledninger er tilgængelige for lægevagten.

I Region Midtjylland har vagtlægerne adgang til en omfattende elektronisk vagthåndbog. Vagthåndbogen indeholder både kliniske retningslinjer i forhold til symptomer og behandlingsmuligheder samt visitationsvejledninger for en række diagnoser og tilstande. Derudover indeholder vagthåndbogen i Region Midtjylland en lang række praktiske oplysninger om særlige patientgrupper samt information og kontaktoplysninger på samarbejdsparter på hospitaler, skadestuer, den kommunale hjemmepleje, psykiatrien med videre.

I Region Syddanmark har vagtlægerne adgang til en vagt- og visitationsvejledning med gode råd for enkelte patientgrupper, henvisningsvejledninger samt kontaktoplysninger på relevante samarbejdsparter. Der er i Region Syddanmark ikke udarbejdet særlige kliniske retningslinjer for lægevagten.

I Region Hovedstaden indeholder vagtinstruksen for lægevagten foruden interne retningslinjer også en lægefaglig del, herunder en behandlingsvejledning med gode råd og visitationsvejledning for udvalgte problemstillinger. Vagtlægerne har ligeledes adgang til kontaktoplysninger på udvalgte samarbejdsparter.

I lægevagtsordningerne i Region Sjælland og Region Nordjylland er der ikke udarbejdet særlige kliniske retningslinjer eller visitationsvejledning for lægevagten. I Region Nordjylland er der nedsat en arbejdsgruppe under samarbejdsudvalget, der har til formål at fastlægge et udkast til ensartede visitationsretningslinjer og dermed et ensartet serviceniveau i lægevagten. Arbejdsgruppen har ultimo 2009 endnu ikke afsluttet dette arbejde.

I de regioner, hvor der forefindes vagthåndbøger og vejledninger, er disse ikke bindende for den enkelte læge, men skal betragtes som kollegiale råd. Den enkelte læge har altid frihed til at vælge og fravælge undersøgelser og behandlinger efter egen faglig vurdering.

Som det fremgår af afsnit 3.11, har der hidtil i lægevagten og almen praksis været større fokus på ensartet visitation end på fælles kliniske retningslinjer. Dette fokus stemmer overens med udtalelser i fokusgruppeinterviewene, hvor de regionale planlægningschefer, lægevagtschefer og vagtlæger udtaler, at de eksisterende fælles kliniske retningslinjer er tilstrækkelige for lægevagten. Vagtlægerne peger derimod på behovet for en mere ensartet forståelse af kriterier for visitationen. (bilag 3, side 8).

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har planlagt at igangsætte udarbejdel-

sen af dels en vejledning om akutte begivenheder, der ses i almen praksis, og dels en telefonvisitationsguide beregnet på personale og uddannelseslæger i den daglige klinik og til visitation i lægevagten.

6.4 ICPC-kodning

ICPC er den internationale klassifikation for almen praksis og kan bruges i forbindelse med en databaseret kvalitetssikring af almen praksis. Den anvendes af en del praktiserende læger i dagtiden blandt andet i forbindelse med forløbsydelsen for diabetespatienter, hvor data via datafangstmodulet kan hentes ind i Den Almen Medicinske Database. Systematisk ICPC kodning anvendes i dag ikke i lægevagten, men vil blive anvendt i forbindelse med den undersøgelse, som Forskningsenheden for Almen Praksis har igangsat omkring kontakt- og sygdomsmønsteret til lægevagten (se afsnit 7.4.1).

En systematisk ICPC-kodning i lægevagten vil kunne give kvalificeret viden om, hvilke henvendelsesårsager borgerne kommer med i lægevagten, og både regionerne og lægevagtscheferne vil kunne anvende denne viden i forbindelse med planlægning og læring.

6.5 Udstyr i lægevagten

En væsentlig forudsætning for et højt fagligt niveau i lægevagten er, at der er adgang til nødvendige diagnostiske undersøgelser og behandlingsfaciliteter. Som omtalt i afsnit 3.3 stiller regionerne blandt andet lokaler, utensilier, it og telefoni til rådighed. Omfanget af udstyr til diagnostiske undersøgelser og behandlinger aftales i den gensidige lægevagtsaftale mellem regionen og de praktiserende læger. De fem lægevagtsordninger afspejler en række forskelle i forhold til det tilgængelige udstyr i lægevagten.

Udstyr til diagnostiske undersøgelser

Basisudstyr som stetoskop, blodtryksapparat og reflekshammer er tilgængeligt i alle lægevagtskonsultationer. I de fleste tilfælde medbringer vagtlægen selv dette udstyr i lægevagten.

Vagtlægerne har i mange tilfælde brug for at foretage forskellige diagnostiske test. Ifølge de regionale lægevagtschefer er der varierende muligheder for at foretage disse test i de forskellige lægevagtsordninger. I Region Hovedstaden er der som udgangspunkt ikke mulighed for at foretage diagnostiske test i lægevagtskonsultationen. I stedet kan lægevagten efter behov få foretaget de nødvendige tests på de nærliggende skadestuer. Strep-A test – der tester for halsbetændelse – er dog tilgængelig i alle regionale lægevagtsordninger.

Udstyr til foretagelse af graviditetstest, infektionsprøve (CRP), måling af blodsukker og blodprocent er tilgængeligt i varierende omfang i regionerne, og det er således ikke muligt at få foretaget disse test i alle lægevagtskonsultationer. I nogle tilfælde er de enkelte tests tilgængelige i alle regionens konsultationslokaler. I andre tilfælde er testene tilgængeligt i nogle konsultationer eller slet ikke tilgængeligt i den regionale lægevagt. Vagtlægerne, der kører hjemmebesøg har i mindre grad mulighed for at foretage ovennævnte tests.

Gynækologiske undersøgelser gennemføres generelt ikke i lægevagten. Det skyldes ikke så meget manglende udstyr, men det faktum, at der ikke er andet personale til stede.

Udstyr til behandling

Der er forskel på mulighederne for at foretage akut behandling i de regionale lægevagtsordninger. Ilt og Rubens ballon er til stede i de fleste lægevagtskonsultationer, mens EKG-apparat, hjertestartere og SAT-målere er tilgængelige i et mindretal af lægevagtskonsultationerne.

I en stor del af de konsultationer, hvor der ikke er EKG-apparat og hjertestartere til rådighed, er der indgået aftale med de nærliggende sygehuse om brug af udstyr. Aftalerne med sygehuse omfatter også flere steder mulighed for at tilkalde sygehuseenes anæstesiaafdeling og hjertestop teams ved akutte hjerte-lunge problemer hos fremmødte patienter.

I de lægevagtskonsultationer, hvor der ikke er hjertestartere til rådighed og som ikke ligger i sammenhæng med et sygehus eller har indgået aftale om mulighed for at tilkalde sygehusets hjertestop team, må vagtlægen ringe 112 i forbindelse med et hjertestop.

Der er forskel på i hvor høj grad, der er indgået formaliserede samarbejdsaftaler mellem lægevagten og de nærliggende sygehuse i forhold til den akutte behandling af patienter. I Region Hovedstaden er ni ud af vagtkonsultationer placeret på et sygehus i nærheden af skadestuerne. Her varetager skadestuerne de akutte skadesrelaterede opgaver, mens lægevagten tager sig af de akutte almenmedicinske problemstillinger. I Region Sjælland er der ikke indgået egentlige samarbejdsaftaler mellem lægevagten og regionens sygehuse. I de øvrige regioner omfatter samarbejdet mellem lægevagt og sygehuse muligheden for at trække på sygehuseenes hjertestopteam i nogle – men ikke alle – konsultationer.

Der er ligeledes regionale variationer i forhold til hvilket akut behandlingsudstyr, som den kørende vagtlæge har til rådighed. I Region Sjælland er alle biler udstyret med hjertestartere, ilt og Rubens ballon. I de øvrige regioner er vagtlægebilerne ikke systematisk udstyret med akut udstyr.

6.6 Vagtlægers adgang til journaloplysninger

Vagtlæger kan have behov for nem adgang til patientoplysninger fx om patienten lider af kroniske sygdomme eller hvilken medicin patienten får. Specielt i situationer, hvor patienten har svært ved at gøre rede for sit sygdomsforløb, kan det være hensigtsmæssigt, at vagtlægen har adgang til basisoplysninger om patienten. Ved vurderingen af hvilke oplysninger vagtlæger skal have adgang til, er det vigtigt at tage hensyn til, at en vagtlæge kun har ganske kort tid til rådighed, så lægen ikke får flere oplysninger end nødvendigt, men at oplysningerne samtidig er relevante og nemt tilgængelige.

Ifølge fokusgruppeinterviewene giver vagtlægerne udtryk for, at de kun har brug for få oplysninger, primært diagnosen på patienter med kroniske sygdomme, samt medicinlister (bilag 3, side 24).

Samtidig bliver der peget på, at det er helt afgørende, at de it - systemer, der understøtter lægens arbejde, er nemme at arbejde med og hurtigt giver de nødvendige oplysninger. Særligt bemærkes det, at adgangen til at slå op i Den Personlige elektroniske Medicinprofil (PEM) er for besværlig.

Generelt har vagtlægerne allerede med den gældende lovgivning mulighed for at få adgang til de nødvendige oplysninger. En sådan direkte adgang til elektroniske helbredsoplysninger m.v. skaber det mulige grundlag for diagnosticering af patienter og medvirker til, at den rette behandling kan iværksættes hurtigt.

Det juridiske grundlag for at give blandt andet vagtlæger adgang til at indhente helbredsoplysninger m.v. ved opslag i elektroniske systemer, der indeholder helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger, findes i sundhedsloven og persondataloven, jf. bilag 1.

Læger, herunder vagtlæger, må ifølge reglerne indhente oplysninger fra elektroniske systemer, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient og kun i fornødent omfang. Det er således et krav, at der er en behandlingsmæssig forbindelse mellem sundhedsperson og patient. Kravet om fornødent omfang indebærer, at vagtlægen ikke må indhente oplysninger i videre omfang, end vedkommende har behov for. Er adgangen til oplysningerne tekniske begrænset til fx. bestemte kategorier af oplysninger, må vagtlægen således alene få adgang til de oplysninger, som vagtlægen har behov for.

Reglerne finder anvendelse på tværs af organisatoriske grænser, og uanset hvor oplysningerne stammer fra. Reglerne omfatter således systemer hos alment praktiserende læger og andre privatpraktiserende speciallæger og sygehusenes og hjemme-sygeplejens elektroniske systemer. Omfattet er også Landspatientregisteret, laboratoriesystemer, E-journal, Medicinprofilen og planlagte systemer som Fælles Medicinkort (FMK) og Nationalt Patientindeks (NPI).

I det omfang det er teknisk muligt, kan vagtlæger således indhente oplysninger fra sygehuse og fra andre elektroniske systemer, herunder almen praksis' patientjournaler, der indeholder helbredsoplysninger indsamlet som led i behandling.

Mens der allerede er etableret teknisk adgang til en række af de ovenfor nævnte systemer, er der ikke på nuværende tidspunkt etableret teknisk adgang til almen praksis' patientjournaler. Da almen praksis anvender mange forskellige it-systemer, vil det formentlig blive en besværlig og ressourcekrævende opgave.

Med udgangspunkt i oplysningerne fra blandt andet vagtlæger om behovet for adgang til almen praksis' patientjournaler peges der således på nødvendigheden af etablering af elektroniske systemer, der alene giver mulighed for adgang til nødvendige patientjournaloplysninger fra almen praksis' patientjournaler for at kunne give patienten en forsvarlig behandling. I den forbindelse peges der på, at det vil være hensigtsmæssigt at anvende det datafangstmodul, som er udviklet af den almen medicinske kvalitetsenhed (DAK-E). Det vil imidlertid kræve, at datafangstmodulet bliver tilgængeligt til dette formål, at vagtlægerne har adgang til sundhedsdatanettet, og at de praktiserende læger ICPC-diagnosekoder deres patienter.

Almen praksis lægers patientjournaler bør således ikke gøres tilgængelige i sin helhed, men tilgængelige oplysninger må på forhånd være strukturerede og forhåndsvurderede.

Fælles medicinkort er derudover en løsning, der er under udvikling og som betyder, at alle borgere fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinering. Det betyder, at alle ordinerende læger, herunder også vagtlæger, får adgang til at se og opdatere den aktuelle medicinering, så en korrekt medicinering kan finde sted.

6.7 Vagtlægers adgang til udskrivningsbreve (epikriser)

I de tilfælde, hvor en vagtlæge henviser en patient til indlæggelse på sygehus, får vagtlægen oftest ingen tilbagemelding på, om det var relevant at indlægge patienten eller om patientens problem kunne være løst på en anden måde end sygehusindlæggelse. Lægen får således ikke oplysninger, om han havde ret i sin formodede diagnose eller sin vurdering af alvorligheden af patientens tilstand.

Efter de fleste vagtlægers mening, er det af stor betydning at få disse udskrivningsbreve med henblik på kvalitetssikring. Der er således et stort ønske fra vagtlægernes side om at få udskrivningsbreve fra sygehusene, når de har indlagt en patient, da der vil være et stort læringspotentiale for vagtlægen i at vide, om indlæggelsen var nødvendig og berettiget.

I COWI's undersøgelse giver vagtlægerne således udtryk for et ønske om at få tilsendt udskrivningsbreve fra sygehusene på de patienter, som de selv har indlagt på sygehuset (bilag 3, side 40).

Jf. Sundhedslovens § 41, stk. 2, nr. 2 kan et udskrivningsbrev (epikrise) uden patientens samtykke sendes fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling. Vagtlæger er ikke tidligere blevet anset for at være praktiserende speciallæger og har derfor ikke kunnet modtage udskrivningsbreve uden patientens samtykke.

Som det er i dag, kan en vagtlæge modtage udskrivningsbreve, hvis patienten giver samtykke til dette, og hvis sygehuset er opmærksom på, at indlæggende vagtlæge skal have en kopi af det udskrivningsbrev, der vanligvis sendes til patientens almen praksis. Hvis en vagtlæge således ønsker at få et udskrivningsbrev fra sygehuset, skal han angive på henvisningen til sygehuset, at han ønsker at modtage et udskrivningsbrev, når patienten bliver udskrevet. Sygehuset skal så indhente patientens samtykke til dette ved udskrivelsen og sende en kopi af udskrivningsbrevet til vagtlægen.

Der er således mulighed for, at vagtlæger med patientens samtykke kan få tilsendt udskrivningsbreve med henblik på læring. Det kan således være en mulighed, at der lokalt bliver udarbejdet aftaler om, hvordan det kan sikres, at der bliver indhentet samtykke fra patienten, så vagtlægerne får tilsendt de ønskede udskrivningsbreve fra sygehuset.

6.8 Opfølgning på utilsigtede hændelser

For knap seks år siden trådte loven om patientsikkerhed i kraft, hvilket betyder, at sundhedspersoner siden da har skullet rapportere utilsigtede hændelser, som de enten selv involveres i eller som de observerer hos andre i sygehusvæsenet. Formålet er systematisk at skabe opmærksomhed om det, der kan undgås og derved at forebygge gentagelser. En utilsigtet hændelse er her en ikke-tilstræbt begivenhed, der skader patienten, eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

Den 17. marts 2009 blev forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning) vedtaget. Dette betyder, at rapporteringssystemet vedrørende utilsigtede hændelser udover sygehusvæsenet også kommer til at omfatte praksissektoren, herunder også lægevagten samt de aktører, som lægevagten har tættest relation til; den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område.

Rapporteringspligten vil for lægevagten vedkommende, komme til at gælde uanset, om en utilsigtet hændelse finder sted i forbindelse med en telefonisk konsultation, en undersøgelse i lægevagtskonsultationen eller i patientens eget hjem. Det afgørende er, at der er tale om en utilsigtet hændelse i forbindelse med en sundhedsydelse. Loven træder i kraft medio 2010.

Det er regionerne, som gennem modtagelse og analyse af de indsendte rapporter skal sikre, at der sker en systematisk læring dels af de utilsigtede hændelser, der sker indenfor fx lægevagtsordningen, dels af utilsigtede hændelser der sker i overgang til andre sektorer. Efter loven kan regionerne frit vælge, hvordan de vil organisere arbejdet med utilsigtede hændelser, men baseret på erfaringerne fra tidligere projekter med rapportering af utilsigtede hændelser i almen praksis vil det være naturligt, at regionerne inddrager allerede eksisterende samarbejdsorganer i arbejdet.

Det må således antages, at rapporter om utilsigtede hændelser i lægevagtsordningen vil blive modtaget, analyseret og videreformidlet af personer med et indgående kendskab til dette arbejdsområdes særlige vilkår.

6.9 Sammenfatning og konklusioner

Den sundhedsfaglige kvalitet handler grundlæggende om kvaliteten af den undersøgelse og behandling, som patienten får. Set i lyset af, at Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus har igangsat en stor undersøgelse kontakt- og sygdomsmønstret i lægevagten (se afsnit 2.1.5 og 7.4.1) har Sundhedsstyrelsen valgt i denne undersøgelse primært at fokusere på en række faktorer, som kan have betydning for den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten.

Vagtlægernes uddannelse og efteruddannelse har betydning for den sundhedsfaglige kvalitet, ligesom det har betydning, om vagtlægerne er opdateret i håndteringen af de problemstillinger, der ses i lægevagten, herunder om de har og anvender opdaterede kliniske retningslinjer. Derudover har det betydning, hvilket udstyr vagtlægen har til rådighed for sin undersøgelse og behandling af patienten, samt vagtlægens adgang til nødvendige journaloplysninger om patienten.

Vagtlægerne er overvejende **speciallæger i almen medicin** eller læger under uddannelse dertil. Den overvejende del af vagtlægerne arbejder i almen praksis i dagtiden, men i lægevagtsordningerne indgår også - i varierende grad fra region til region - læger, som ikke har tilknytning til almen praksis, herunder også læger med andre specialer.

Nogle af de regionale lægevagtsordninger har indenfor de senere år vedtaget en målsætning om, at vagtlægerne skal have **tilknytning til almen praksis i dagtid**. Formålet hermed er at højne det faglige niveau i ordningen. I den forbindelse har man begrænset mulighederne for vagtydnumre²⁸ og for at have lægevagt som hovedbeskæftigelse.

Uddannelse til vagtlæge indgår i den almen medicinske speciallægeuddannelse. Derudover gennemføres **kurser**, der er målrettet både nye og erfarne vagtlæger, i alle de regionale lægevagtsordninger. Kurserne har primært fokus på kommunikation og visitation. Nogle regioner planlægger at gøre nogle kurser obligatoriske.

Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke **nationale kliniske retningslinjer** for arbejdet i lægevagten. Nogle af de vagthåndbøger, som er udarbejdet i lægevagtsordningerne, indeholder dog elementer af kliniske retningslinjer. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har besluttet at udarbejde en klinisk vejledning for akutte begivenheder i almen praksis, herunder også i lægevagten, samt en telefonvisitationsguide beregnet på personale og uddannelseslæger. Nogle praktiserende læger anvender systematisk ICPC kodning²⁹ af alle deres patienter i almen praksis, men dette er ikke indført i lægevagten.

Der er forskel på - både fra region til region og indenfor de enkelte regioner - hvad vagtlægerne har til rådighed af **udstyr til diagnostik og behandling**. Generelt er konsultationsstederne bedre udstyrede end lægevagtsbilerne. Eksempelvis har de fleste konsultationssteder adgang til ilt og Rubens ballon³⁰, men ikke alle konsultationer og lægevagtsbiler har adgang til en hjertestarter. En del konsultationssteder ligger i tilknytning til sygehuse, hvor lægevagten har mulighed for at benytte sig af sygehusets faciliteter, herunder diagnostiske faciliteter og sygehusets hjertestopteam.

Vagtlægerne fører **egen journal**. De har derudover adgang til sygehusjournaler via E-journal på sundhed.dk samt til Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM). Vagtlægerne giver dog udtryk for, at den tekniske adgang til disse er for langsom, og at E-journalen derudover er for omfangsrig og ikke målrettet de behov, der er i lægevagten. I stedet giver vagtlægerne udtryk for et behov for at få **adgang til** udvalgte dele af **almen praksis' journal**, primært diagnoser og medicinlister for patienter med kroniske sygdomme. I forbindelse med dette forventes det, at det kommende **Fælles Medicinkort** vil kunne bidrage med opdaterede medicinlister.

Vagtlægerne har i fokusgruppeinterviewene desuden givet udtryk for et ønske om – med henblik på at kvalitetssikre deres behandling - at modtage **udskrivningsbreve**

²⁸ Vagtydnumre kan tildeles læger, som vil arbejde som vagtlæger, men som ikke er omfattet af Landsoverenskomsten om almen lægegerning.

²⁹ ICPC er den internationale klassifikation for almen praksis.

³⁰ En Rubens ballon anvendes til at blæse luft ned i patientens luftveje, når patienten ikke kan trække vejret selv.

vedrørende de patienter, som de indlægger på sygehuset. Dette kan lade sig gøre, men det kræver, at sygehuset får samtykke fra patienten.

Patientsikkerheden er en vigtig del af den sundhedsfaglige kvalitet. **Rapporteringssystemet vedrørende utilsigtede hændelser** - med indrapportering af og opfølgning på utilsigtede hændelser - har hidtil alene omfattet sygehusvæsenet, men fra sommeren 2010 omfatter det også praksissektoren, herunder lægevagten, samt den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område. For lægevagtens vedkommende vil det komme til at betyde, at utilsigtede hændelser skal indrapporteres, og at der efterfølgende skal ske en analyse af de indsendte rapporter med henblik på, at der sker en **systematisk læring**. Ansvaret for dette vil ligge hos regionerne.

6.9.1 Konklusion

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at kvaliteten i den danske lægevagtsordning – set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv - generelt fungerer godt. Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger dog på en række konkrete områder, som kan forbedres, og som hensigtsmæssigt kan indgå i en fortsat kvalitetsudvikling af lægevagtsordningen.

Sundhedsstyrelsens vurdering – i forhold til det sundhedsfaglige perspektiv – bygger på dels en gennemgang af klager og tilsynssager, dels en gennemgang af en række faktorer, der har indflydelse på den sundhedsfaglige kvalitet.

Lægevagten fortsat forankret i almen praksis

Sundhedsstyrelsen vurderer, at lægevagtsordningen også fremover med fordel kan være forankret i almen praksis. Det vigtigste argument for dette er – set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv - at en fortsat kvalitetsudvikling dermed kan sammenkøbes med almen praksis, så borgeren modtager den samme **kvalitet i behandlingen** af akutte sygdomme og skader, uanset om det er dagtid eller vagttid. Lægevagtsordningerne bør i så fald have en målsætning om, at alle vagtlæger har **tilknytning til almen praksis**, hvorved det sikres, at den viden og erfaring, som lægerne får i dagtiden i almen praksis, bringes med ind i lægevagten og omvendt.

Fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

I lighed med det øvrige sundhedsvæsen bør lægevagtsordningen også have fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Kvalitetsudvikling af de akutte opgaver - både i almen praksis og i lægevagten - bør understøttes og ansvaret for dette kan formentlig mest hensigtsmæssigt forankres i de **kvalitetsenheder**, der i forvejen arbejder med kvalitet i almen praksis. Der bør udarbejdes **nationale kliniske retningslinjer** for akut arbejdet i almen praksis og i lægevagten, og der bør samtidig sikres en implementering af disse. I forbindelse med dette kan der hensigtsmæssigt sikres indførelse af **ICPC kodning** af henvendelserne. Ligeledes kan det være relevant at udarbejde en form for **beslutningsstøtte** til brug ved kontakt til patienter med atypiske symptomer. Kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør generelt understøttes af **forskning** på området. Regionerne og de praktiserende læger kan opstille konkrete **målsætninger** for kvaliteten af lægevagtsordningerne og løbende følge op på disse.

Fokus på patientsikkerheden i lægevagten

Der bør vedvarende være fokus på patientsikkerheden i lægevagten. Lægevagten vil skulle indgå i samarbejdet med **opfølgning på utilsigtede hændelser**, og i den forbindelse vil det være vigtigt at sikre læring af de indberettede sager. Ligeledes er det vigtigt – selvom antallet af **klagesager** relateret til lægevagten er meget få - at

sikre en systematisk opfølgning på sagerne med henblik på også her at sikre den relevante læring. Ansvar for dette bør ligge dels hos ledelsen af lægevagten og dels i regionerne.

Efteruddannelse til vagtlægerne

Vagtlægerne bør sikres en løbende efteruddannelse, som på nogle områder bør være obligatorisk. Undersøgelsen peger på, at der specielt bør være fokus på **kommunikation og visitation**. Kommunikation mellem læge og patient - specielt i telefonkonsultationen - opfattes af vagtlægerne som en af de sværeste opgaver i lægevagten og er derfor et område, som der vedvarende bør arbejdes med. Herunder bør der være et særligt fokus på kommunikationen med **brugere med anden sproglig baggrund end dansk** og med grupper, hvor kommunikationen på anden måde er vanskeliggjort.

Udstyr til diagnostik og behandling i lægevagten

Det vil være hensigtsmæssigt, at der sker en afklaring af, hvilket udstyr til diagnostik og behandling, som vagtlægerne skal have **til rådighed**, hvis lægen skal kunne yde en optimal kvalitet i behandlingen. I dag er dette meget forskelligt fra region til region og indenfor de enkelte regioner. Afklaringen vil kunne ske i forbindelse med udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer for akutarbejdet. Derudover peges der i undersøgelsen på et behov for en hensigtsmæssig **indretning** af konsultationslokalerne.

Vagtlægernes adgang til journaloplysninger

Vagtlægerne giver udtryk for et behov for at få adgang til journaloplysninger fra egen læges journal, primært oplysninger om diagnose og medicinstatus for patienter med kronisk sygdom. **Juridisk** er der mulighed for dette, og **teknisk** vil det formentlig mest hensigtsmæssigt kunne lade sig gøre via almen praksis' **datafangst** modul. Sundhedsstyrelsen finder det væsentligt, at vagtlægerne får adgang til relevante oplysninger fra almen praksis' journaler.

Udskrivningsbreve også til vagtlægerne

Vagtlægerne giver også udtryk for et ønske om – med henblik på kvalitetssikring - at modtage udskrivningsbreve på de patienter, som de indlægger på sygehus. Der er mulighed for, at vagtlæger med **patientens samtykke** kan få tilsendt udskrivningsbreve med henblik på læring. Det kan derfor være en mulighed, at der udarbejdes **lokale aftaler** med henblik på at sikre, at sygehusene indhenter samtykke fra patienten, så vagtlægerne får tilsendt de ønskede udskrivningsbreve fra sygehuset.

7 Forskning og kvalitetsudviklingsprojekter

7.1 Indledning

I dette afsnit beskrives kort et udpluk af de undersøgelser vedrørende lægevagten, der er gennemført efter 1995 i Danmark, ligesom planlagte undersøgelser beskrives.

Størstedelen af den forskning og kvalitetsudvikling, der er gennemført indenfor det almen medicinske område, fokuserer på almen praksis i dagtid, mens færre projekter fokuserer på kvaliteten i lægevagten. En oversigt over de projekter, Sundhedsstyrelsen er bekendt med, der er gennemført i Danmark efter 1995 vedrørende lægevagten fremgår af tabel 7.1.

Efter reformen af lægevagten i 1992 blev der i 1995-2003 gennemført en del undersøgelser af lægevagten. Herefter har antallet af undersøgelser vedrørende lægevagten været sparsomme. Sundhedsstyrelsen er kun bekendt med fire analyser samt to meningsmålinger vedrørende lægevagten, som er gennemført siden 2004. Der er således få nyere undersøgelser vedrørende lægevagten, ligesom der er en mangel på landsdækkende undersøgelser.

Da fokus for denne rapport er kvaliteten i den danske lægevagtsordning, beskrives undersøgelserne i forhold hertil. Således beskrives resultaterne vedrørende henholdsvis brugeroplevelset, organisatorisk og faglig kvalitet. Herefter beskrives øvrige resultater, som vanskeligt lader sig indplacere i en af ovenstående grupper.

Udover de undersøgelser, som fremgår af tabel 7.1, har Sundhedsstyrelsen kendskab til to undersøgelser, som aktuelt planlægges/gennemføres. Disse undersøgelser beskrives til sidst i afsnittet.

7.2 Litteratursøgning

Der er foretaget systematisk søgning på søgetermerne ”lægevagt” og ”vagtlæge” i folke- og forskningsbibliotekernes database Netpunkt. Herudover er publikationslisterne fra Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) gennemgået. Der har desuden været taget kontakt til de almen medicinske forskningsenheder på Københavns, Syddansk og Aarhus Universiteter samt til DAK-E og DSAM.

Danske undersøgelser vedrørende lægevagten, der er gennemført i 1995 eller senere er medtaget.

7.3 Gennemførte undersøgelser i perioden 1995–2009

Nedenfor beskrives kort dele af resultaterne fra gennemførte undersøgelser og meningsmålinger. Først beskrives resultater vedrørende brugeroplevelset, organisatorisk og faglig kvalitet samt patientsikkerhed. Til sidst beskrives øvrige gennemførte un-

undersøgelser. Alle resultater stammer fra undersøgelser, som er gennemført i perioden 1995-2009. De enkelte undersøgelser fremgår af tabel 7.1.

7.3.1 Brugeroplevet kvalitet

Der har været fokuseret på den brugeroplevede kvalitet i forbindelse med undersøgelser af forskellige aspekter af tilfredshed blandt brugerne, herunder overordnet tilfredshed samt tilfredshed på specifikke områder som rådgivning, undersøgelse, kommunikation, information og tilgængelighed. Herudover har mange undersøgelser omhandlet ventetid til henholdsvis telefonkontakt, konsultation og besøg. Nedenfor gennemgås resultater fra enkelte af disse områder.

Undersøgelserne har spurgt til tilfredshed på flere forskellige måder. Nogle af de undersøgelser, der har spurgt til overordnet tilfredshed har vist, at 67-81 % af brugerne var tilfredse (gennemsnit for alle ydelsestyper) ^{Tabel 7.1: 1, 3, 6,10,12,21}. Den mindste tilfredshed var blandt dem, der ikke fik den ydelse, de havde forventet.

73-76 % fandt, at lægens undersøgelse var tilstrækkelig grundig ^{Tabel 7.1: 3,6,10}. Vurderingen af lægeundersøgelsens grundighed er dog afhængig af svarpersonens alder, hvor gruppen mellem 17-44 år er mest utilfredse – i en undersøgelse vurderer 40 % af svarpersonerne i denne aldersgruppe, at lægens undersøgelse burde have været mere grundig ^{14 (tabel 7.1)}.

7.3.2 Organisatorisk kvalitet

Den organisatoriske kvalitet har blandt andet været undersøgt i form af brugernes mulighed for at finde telefonnummeret og lægevagtskonsultationen. Mellem 2 og 7 % af brugerne angav, at det var svært at finde telefonnummeret til lægevagten ^{Tabel 7.1: 6,10}, mens 4-6 % havde problemer med at finde lægevagtskonsultationen ^{Tabel 7.1: 6,10}.

Lægernes vagtbelastning er i en undersøgelse blevet vurderet før og efter reformen i 1992. Andelen af læger, der havde en vagtbelastning på 10 timer eller mere pr. uge faldt fra cirka 50 % før reformen til cirka 10 % efter reformen ^{Tabel 7.1: 2}.

7.3.3 Faglig kvalitet

Den faglige kvalitet har blandt andet været undersøgt som led i gennemgang af patientklagenævnsafgørelse ^{Tabel 7.1: 17}. I 2005 var der i alt 78 klager vedrørende lægevagten, og i alt 24 læger fik kritik af patientklagenævnet. De hyppigste af sagerne (23 sager) omhandlede patienter med feber.

I en anden undersøgelse ^{Tabel 7.1: 16} vurderede de praktiserende læger i Københavns Amt lægevagten. Her fandt 94 % af de praktiserende læger, at det faglige niveau i lægevagten var tilfredsstillende.

En undersøgelse viste, at der i forbindelse med indførelsen af visiteret lægevagt i Københavns Kommune blev udskrevet væsentlig mindre morfinpræparater i lægevagten end tidligere ^{Tabel 7.1: 3}.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med undersøgelser, som vurderer den faglige kvalitet af den enkelte konsultation.

7.3.4 Patientsikkerhed

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med undersøgelser, der har fokus på patientsikkerheden i lægevagten.

7.3.5 Øvrige undersøgelser vedrørende lægevagten

De undersøgelser, der ikke har fokuseret på kvaliteten i lægevagten, har primært fokuseret på henvendelsesmønstret, nødvendigheden af henvendelserne til lægevagten samt hyppige brugere af lægevagten.

De seneste resultater vedrørende henvendelsesmønstret er fra en undersøgelse i det tidligere Storstrøms Amt i 2000^{Tabel 7.1: 4}. De fem hyppigste henvendelsesårsager, som tilsammen udgjorde hovedårsagen til knap halvdelen af henvendelserne, var i denne undersøgelse: skade/ulykke, ”andre smerter” (dvs. ikke øresmerter, hals-smerter eller mavesmerter), mavesmerter, feber og åndedrætsproblemer. Der henvises til kapitel 4 for en beskrivelse af henvendelsesmønstre til lægevagten i 2009.

I flere undersøgelser er vagtlægerne blevet bedt om at vurdere nødvendigheden af patientens henvendelse. Vagtlægerne har vurderet, at 4-10 % af henvendelserne til lægevagten var unødvendige, mens 26-31 % af henvendelserne blev vurderet til at være mindre nødvendige^{Tabel 7.1: 5,8,11,13}.

En lille del af befolkningen er hyppige brugere af lægevagten. I 1995 i Nordjyllands og Vejle amter stod 2 % af befolkningen for cirka 33 % af kontakterne til lægevagten^{Tabel 7.1: 7}. En interventionsundersøgelse med det formål at reducere antallet af kontakter til lægevagten fra de hyppige brugere viste ikke overbevisende effekt efter et år⁷. En undersøgelse har vist, at hyppigere brugere af den praktiserende læge i dagtiden også er hyppige brugere af lægevagten^{Tabel 7.1: 4}.

Tabel 7.1 Oversigt over væsentligste undersøgelser vedrørende lægevagten gennemført 1995 og senere.

Undersøgelserne er opstillet i kronologisk rækkefølge efter, hvornår seneste data, der indgår i undersøgelsen er fra.

Ref. nr.	Data fra	
1	1991-1995	Hansen, BL, Elverdam B, Munck A. Brugervurdering af lægevagtordningen i Fyns Amt. Resultatet af en spørgeskemaundersøgelse fra 1995 sammenholdt med lignende undersøgelser udført i 1991 og 1992. Afdelingen for Almen Medicin, Institut for Sygdomsforebyggelse og Helsetjenesteforskning, Odense Universitet. 1995
2	1990-1996	Christensen, MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. <i>BMJ</i> 1998; 316: 1502-5
3	1992-1996	Andersen JS. Københavns Lægevagt -aktivitet og kvalitet. Ph.d.-afhandling. Monografi. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1998
4	1997-1998	Vedsted P, Sørensen HT, Nielsen JN, Olesen F. The association between daytime attendance and out-of-hours frequent attendance among adult patients in general practice. <i>British Journal of General Practice</i> , 2001, 51: 121-124
5	1998	Christensen MB, Skaft-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B, Dynesen H, Kaup E, Kristensen KA. Nødvendigheden af kontakter til lægevagten i Storstrøms Amt gennemført i perioden 28.10.98-25.11.98. Praksisudvalget, FUAP, Mentor Institut og Lægevagten i Storstrøms Amt. 1999 Samme undersøgelse beskrevet i: Christensen MB, Kristense KA, Skaft-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B, Dynesen H, Kaup E. Vagtlæger vurderer patienters brug af lægevagt. <i>Ugeskrift for Læger</i> 1999; 161: 3910-3913
6	1998	Thomsen L, Østergaard J, Skaft-Holm P, Christensen MB. En brugerundersøgelse af lægevagten i Nordjyllands amt. Spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt brugere af lægevagten i Nordjyllands Amt i mart/pril 1998. Samme undersøgelse er beskrevet i: Christensen MB, Thomsen L, Østergaard J, Skaft-Holm P. Fokus på lægevagten – en brugerundersøgelse fra Nordjyllands Amt. <i>Ugeskrift for Læger</i> 1999; 161: 1812-1816.
7	1997-1999	Christensen MB, Christensen B, Mortensen JT, Olesen F. Intervention among frequent attenders of the out-of-hours service. a stratified cluster randomized controlled trial. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> 2004; 22: 180-186. Denne undersøgelse er en del af: Christensen MB. Frequent attenders at the out of hours service in Denmark – Implementation of change in general practice. A stratified cluster randomized controlled trial among frequent attenders at the out of hours service in the County of Northern Jutland, Denmark. Ph.d.-afhandling. Research Unit and Department of General Practice. Faculty of Health Sciences. University of Aarhus. Denmark. 2001.

- 8 1999 Christensen MB, Skaft-Holm P, Jensen M, Larsen FK, Grubbe B, Dynesen H, Kristensen KA. Nødvendighedsundersøgelse 2 i lægevagten i Storstrøms Amt gennemført i perioden 28.10.99-30.11.99. Praksisudvalget, FUAP, Mentor Institut og Lægevagten i Storstrøms Amt. 2000
- 9 1999 Brugerundersøgelse af Lægevagten i Frederiksborg Amt. Sundhedsvæsenet Frederiksborg Amt. 1999
- 10 1999 Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Moos A, Andersen DH, Sørensen J. Hvad er din mening om lægevagten? En brugerundersøgelse i Københavns Amt i 1999 (brugerundersøgelse I). Mentor Institut 2000.
- Samme undersøgelse er beskrevet i:
Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Moos A, Andersen DH, Sørensen J. "Hvad er din mening om lægevagten". En brugerundersøgelse i Københavns Amts lægevagt 1999. Ugeskrift for læger 2000; nr. 24: 3508
- 11 1999 Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Moos A, Andersen DH, Sørensen J. En undersøgelse af karakteren af henvendelserne til lægevagten i Københavns Amt. Henvendelsesanalyse 1 i perioden 28.10.99-25.11.99. Mentor Institut 2000
- 12 2000 Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Andersen DH, Sørensen J. Hvad er din mening om lægevagten? En opfølgende brugerundersøgelse i Københavns Amt i 2000 efter gennemførelse af kvalitetsudviklingsprojekt i lægevagten (brugerundersøgelse II). Mentor Institut 2001
- 13 2000 Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Andersen DH, Sørensen J. En undersøgelse af karakteren af henvendelserne til lægevagten i Københavns Amt. Henvendelsesanalyse II i perioden 23.10.00 – 19.11.00 Mentor Institut 2001
- 14 2000 Christensen MB, Skaft-Holm P, Dynesen H, Larsen FK, Kristensen K, Grubbe B, Jensen M. Fokus på Lægevagten. En brugerundersøgelse i Storstrøms Amt år 2000. Mentor Institut
- 15 2001 Brugerundersøgelse i Roskilde Amt. Lægevagten – De Praktiserende Læger – Skadestuerne. Roskilde Amt. 2001
- 16 2003 Skaft-Holm P, Christensen MB, Weincke H-H. De praktiserende lægers vurdering af samarbejdet med Københavns Amts lægevagt. Lægevagten i Københavns Amt og Mentor instituttet 2003.
- Samme undersøgelse er beskrevet i:
Christensen MB, Skaft-Holm P, Weincke H, Greibe J, Rem J, Sauer M, Andersen DH, Gliese MS. De praktiserende lægers vurdering af lægevagten i Københavns Amt. Ugeskrift for Læger 2005; 167: 3412-5
- 17 1995-2006 Foranalyse af lægevagten ved PLO og Danske Regioner. 2007
(Reference til patienttilfredshedsundersøgelser udgivet i perioden 1995-2005, analyse af patientklager til patientklagenævnet fra 2005 samt analyse af serviceklager fra 2005-2006)

18	2008	Strukturanalyse vedrørende samarbejdet mellem lægevagten og akutberedskabet i sekundær sektor i Region Nordjylland. Region Nordjylland, PLO og kommunerne i regionen. 2008
19	2008	Evaluering af vagtlægen – med fokus på ventetid på konsultationsstedet. Center for kvalitetsudvikling, Regionshuset Århus. 2008.
20	2009	Gallup-brugerundersøgelse af tilfredsheden med lægevagten, juni 2009. Gallup
21	2009	Megafon-brugerundersøgelse vedrørende brug af og tilfredshed med lægevagten, juni 2009 Megafon
22	2009	Rapport over undersøgelse af lægevagten i Region Sjælland. Region Sjælland. 2009. 1-17

7.4 Planlagte og igangværende projekter

Nedenfor beskrives de to planlagte/igangværende undersøgelser vedrørende lægevagten, som Sundhedsstyrelsen er bekendt med.

7.4.1 Kontakt- og sygdomsmønster i lægevagten i Region Midt

Denne undersøgelse kommer til at udgå fra Forskningsenheden for Almen Medicin ved Aarhus Universitet og vil forløbe over i alt ét år (formentlig hele 2010). Undersøgelsen har til formål at kortlægge, hvorfor brugerne tager kontakt til lægevagten (kontaktårsagerne) samt at analysere patienternes behov for og deres oplevelse af lægevagten. Endvidere ønsker man at se på patienternes kontaktmønster og medicinforbrug. Der gennemføres en tilsvarende undersøgelse for arbejdet i almen praksis i dagtid, og de to undersøgelser vil således kunne supplere hinanden.

Undersøgelsen gennemføres således, at for hver vagt deltager én læge af hver kontaktype, dvs. en visitationslæge, en konsultationslæge og en besøgs læge, og disse registrerer henholdsvis oplysninger om hver 10., hver 3. og hver kontakt. I løbet af 12 måneder forventes således registrering af cirka 25.000 kontakter. Registreringen indeholder spørgsmål om kliniske forhold, om kontaktårsag, diagnose, om der er tale om nyopstået sygdom eller opblussen af kronisk lidelse, eventuelle ydelser samt en vurdering af henvendelsens relevans.

De patienter, som lægen har registreret ovenstående oplysninger på, får tilsendt et spørgeskema om årsag til kontakten til lægevagten, deres oplevelse af og tilfredshed med kontakten samt spørgsmål om oplevelsen af eget helbred.

Der vil desuden blive udtrukket data fra et register om patienternes øvrige brug af ydelser fra almen praksis, praktiserende speciallæger og hospitalsvæsenet, medicinforbrug samt socioøkonomiske forhold.

Det forventes, at de første data fra undersøgelsen kommer i løbet af 2011.

7.4.2 Analyse af 250 patientklager over lægevagten

Dette kvalitetsudviklingsprojekt er påbegyndt i september 2009 og foregår i samarbejde mellem Syddansk Universitet og Patientklagenævnet. 250 konsekutive patientklager over lægevagten vil blive gennemgået.

Der vil bl.a. blive registreret køn/alder på patient, kontaktform (telefonkonsultation, visitation, konsultation eller sygebesøg), ICPC-diagnosekode, den sagkyndiges udtalelse, årsag til klage, lægens skriftlige udtalelse, den sagkyndiges vurdering af årsagen samt patientklagenævntes afgørelse.

På baggrund af ovenstående vil man – såfremt projektet fremkommer med generelle temaer – kunne komme med forslag til forbedring af nogle områder af lægevagten.

7.5 Sammenfatning og konklusioner

7.5.1 Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen har gennemført en litteratursøgning på danske undersøgelser vedrørende lægevagten fra 1995 og frem. Derudover er der indhentet publikationslister fra forskningsenhederne for almen praksis, og fra Den Almenmedicinske Kvalitetsenhed (DAK-E), Dansk Sundhedsinstitut (DSI) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), ligesom der er indhentet oplysninger om igangværende og kommende undersøgelser.

Der er fundet i alt 22 **undersøgelser** (inkl. meningsmålinger) og to kommende projekter. Efter 2004 er der publiceret fire projekter og to meningsmålinger om lægevagten. Fokus for undersøgelserne er primært den brugeroplevede kvalitet og overholdelse af servicemålene. Således omhandler kun få projekter den faglige kvalitet, og den organisatoriske kvalitet har kun været overfladisk undersøgt. Der har ikke været gennemført undersøgelser med fokus på patientsikkerhed, ligesom der kun i meget begrænset omfang har været gennemført landsdækkende undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen har fået kendskab til to **igangværende projekter**: 1) en gennemgang af 250 sager fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (samarbejde mellem Syddansk Universitet og Patientklagenævnet), og 2) en undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten, som omfatter 25.000 kontakter til lægevagten i Region Midtjylland (Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet). Begge undersøgelser forventes at ville kunne bidrage med viden om den faglige kvalitet i lægevagten.

7.5.2 Konklusion

Indenfor de seneste fem år er der ikke gennemført mange forskningsprojekter i Danmark vedrørende lægevagten. Der er aktuelt igangsat to undersøgelser, dels en undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten omfattende 25.000 patientkontakter, dels en undersøgelse af 250 sager i Patientklagenævnet vedrørende vagtlæger.

Generelt er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af lægevagten i Danmark bør understøttes af forskning på området.

8 Bilagsfortegnelse

I bilagdelen, der hører til denne rapport, findes følgende bilag:

- Bilag 1:** Redegørelse for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægers adgang til patienternes journaloplysninger fra almen praksis, sygehuse m.v.
- Bilag 2:** Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, en spørgeskemaundersøgelse udarbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen, september - november 2009
- Bilag 3:** Lægevagts styrker og svagheder, en undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen, september - november 2009