

Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Håndtering af skader i almen praksis i dagtid

Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland
Evalueringsrapport, september 2014
ISBN: 978-87-90004-32-3

Rapporten er udarbejdet af:

Charlotte Gjørup Pedersen, ph.d., cand.scient.san.
Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, ph.d.
Linda Huibers, ph.d., M.D.
Grete Moth, ph.d., cand.scient.san.

Forskningsenheden for Almen Praksis
Aarhus Universitet
Bartholins Allé 2
DK-8000 Aarhus C
T: 871 68059
E: fe.aarhus@alm.au.dk

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet.
Gengivelse af figurer og tabeller er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	7
Indledning	12
Begrebsforklaring.....	13
Metode	14
Undersøgelhedsdesign og dataindsamling	14
Sentinel datafangst.....	14
Udvikling af spørgeskema.....	14
Pop-up-skærme	14
Baggrundsoplysninger fra DAMD	19
Analysemetode.....	20
Resultater.....	22
Repræsentativitet af almen praksis.....	22
Beskrivelse af deltagere	22
Patienthenvendelser	23
Henvendelser om skader.....	24
Visitation af skader	25
Typer af skader og behandling	26
Faggrupper involveret i skadebehandling	28
Tidsforbrug på skadebehandling	28
Skader i almen praksis efter implementering af akutaftalen	29
Diskussion	31
Hovedresultater.....	31
Metodediskussion	33
Konklusion	35

Sammenfatning

Indledning: I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var skabt i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Det overordnede formål med akutaftalen var at etablere en enstrengt indgang til sundhedsvæsenet for patienter med akut behov for lægehjælp (bortset fra alarm 1-1-2). Derudover ønskede man at udnytte de eksisterende kapaciteter bedre ved bl.a. at inddrage almen praksis som en mere integreret del af det akutte beredskab i dagtid og ved etablering af et samarbejde mellem lægevagten og sygeplejersker fra skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker. Planen var at udnytte de enkelte instansers faglige kompetencer inden for akutbehandling bedst muligt og derved optimere patientflowet i spidsbelastede perioder.

Som følge af akutaftalen har de praktiserende læger også i dagtiden fået en central rolle som visitatorer af borgere med akut opståede skader. I det omfang det er muligt, bliver patienter med skader behandlet hos "egen læge", mens større skader kan visiteres til behandling på nærmeste akutmodtagelse i regionen.

Formålet med denne delundersøgelse var at se nærmere på:

1. Hvor mange henvendelser om skader får almen praksis i dagtiden?
2. Hvordan bliver henvendelser om skader visiteret?
3. Hvordan behandles skader i almen praksis?

Metode: Undersøgelsen blev gennemført som et tværsnitstudie. Data blev indsamlet vha. pop-up-skemaer i almen praksis i Region Midtjylland i perioden 23. september til 11. oktober 2013.

I samarbejde med praksisudvalget i Region Midtjylland udsendte vi information om undersøgelsen til alle praksis (n = 412) i regionen og søgte deltagere til undersøgelsen. For at kunne deltage var det nødvendigt, at praksis var tilmeldt "sentinel datafangst" fra Dansk Almen Medicinsk Kvalitetsenhed (DAK-e). I perioden for dataindsamlingen var 97,6 % (n = 402) af alle almene praksis i Region Midtjylland tilmeldt Sentinel. I alt 54 praksis responderede på invitationen og indgik i undersøgelsen. Deltagelsen bestod i at udfylde pop-up-skemaer om håndtering af henvendelser om skader inden for den normale åbningstid (dagtid) i almen praksis. Pop-up-skærmene blev udviklet i et samarbejde mellem forskergruppen og DAK-e. Skærmene blev aktiveret ved afregning med enten ydelseskoden 0201 (telefonkonsultation) eller ydelseskoden 0101 (konsultation).

Resultater: Undersøgelsen viser, at ca. 4,3 % af alle kontakter til almen praksis omhandler en skade, og at ca. 2,3 % omhandler en skade, der er sket inden for de sidste 5 døgn.

De fleste henvendelser om skade håndteres i praksis alene (82 %), heraf langt de fleste i konsultationen. Kun 2,6 % visiteres direkte til skadestue, mens 13 % ses i konsultationen, hvorefter de henvises videre til skadestue.

De hyppigste diagnosegrupper ved henvendelser om skader drejer sig om muskel- og skeletsystemet eller hud. Dette passer overens med, at de hyppigste behandlinger er behandling af sår (34 %) eller af bevægeapparatet og bløddele (32 %).

De fleste kontakter om skader håndteres af speciallæger i almen medicin eller uddannelseslæger, da disse to grupper er involveret i behandlingen i 90 % af tilfældene. Elleve procent af skadebehandlinger tager over 15 minutter, mens 38 % kan håndteres på højst 10 minutter.

I ca. 50 % af tilfældene vurderede læger eller personale, at kontakten om skade ville have været behandlet på skadestue, før implementeringen af akutaftalen. Dette betyder samlet, at akutaftalen har medført 1,4 % flere konsultationer og 0,6 % flere telefonkonsultationer i dagtiden i almen praksis i Region Midtjylland.

Diskussion: Vi fandt, at 4,3 % af alle henvendelser til almen praksis omhandler en form for skade. Henvendelser om skader, som er sket inden for de sidste 5 døgn, udgør samlet 2,5 % af henvendelserne til almen praksis. Disse henvendelser om skader fordeler sig på 0,6 % af alle telefonkonsultationer og 3,2 % af alle konsultationer. Ud fra besvarelsene i denne undersøgelse vurderes det, at ca. 50 % af disse skader ville være rettet til skadestuen før indførelsen af akutaftalen med en lidt anderledes fordeling af telefonkonsultationer og konsultationer. Samlet vurderes det således, at akutaftalen har medført en stigning på 0,2 % i antallet af telefonkonsultationer og en stigning på 1,4 % i antallet af konsultationer i dagtiden i praksis.

At flere skader nu håndteres i almen praksis passer godt med tal, der viser, at antallet af henvendelser i skadestuerne er faldet med ca. 12 % efter implementeringen af akutaftalen (Akutaftalen, Evalueringsrapport, Ændring i kontakttyper). Der foreligger ikke bevis for, om faldet udelukkende skyldes et fald i antallet af henvendelser om skader, men der synes at være en naturlig sammenhæng her.

Godt halvdelen (51,4 %) af alle henvendelser om skade, der er sket inden for de sidste 5 døgn, skyldes skader fra muskel- og skeletsystemet, mens 24 % angår skader med hud. Dette passer med, at de hyppigste typer af behandling er behandling af sår (34 %) eller af bevægeapparat og bløddele (32 %). I 20 % af tilfældene var der ikke en egentlig aktiv behandling, men derimod blev der givet råd og vejledning. Disse forhold viser sig også i tillægsydelseerne for disse kontakter. Her udgør "førstebehandling af større sår" 18 % og "anlæggelse af immobiliserende bandager" 16 %. Halvdelen af patienterne fik desuden en recept, hvor det hyppigst drejede sig om smertestillende midler. Antibiotika udgjorde 13,2 % af recepterne.

I 38 % af tilfældene var tidsforbruget ved behandling af en skade i konsultationen under 10 minutter, i 34 % af tilfældene 10 til 15 minutter og i 11 % var tidsforbruget over 15 minutter. Da mange henvendelser om akutte skader kræver hurtig vurdering og behandling, vil det naturligvis kunne medføre en udfordring for praksis at indflette skadesbehandlinger på over 15 minutter i et normalt tæt besat tidsskema.

Vi har ikke grundlag for at tro, at de praksis, der deltog i undersøgelsen, har flere eller færre henvendelser om skader end andre praksis og heller ikke, at de skulle håndtere henvendelser om skader anderledes end ikke-deltagende praksis. Vi kan dog ikke udelukke, at praksis, der har tilmeldt sig, eksempelvis er mere interesseret i at håndtere og behandle skader, end praksis generelt. Den relativt lave tilslutning til projektet er en svaghed, som skal tages i betragtning, når man ser på den eksterne validitet af undersøgelsen, herunder generaliserbarheden af resultaterne til hele almen praksis i regionen.

Konklusion: Undersøgelsen viser, at henvendelser om skader, der er sket inden for de sidste 5 døgn, udgør ca. 2,6 % af alle kontakter til almen praksis (dvs. telefonkonsultationer og konsultationer). Disse henvendelser om skader fordeler sig på 0,6 % af alle telefonkonsultationer og 3,2 % af alle konsultationer. Det vurderes, at cirka 50 % af disse kontakter "helt sikkert" eller "måske" ville have været rettet mod skadestuer før implementeringen af akutaftalen. Det betyder, at akutaftalen har medført cirka 1,4 % flere konsultationer og cirka 0,6 % flere telefonkonsultationer til almen praksis i dagtiden, når tallene beregnes ud fra oplysningerne i denne undersøgelse. Desuden er der en del tillægsydelse forbundet med de "nye" kontakter til praksis.

En stor del af henvendelserne om skade (90 %) bliver håndteret ved en konsultation i almen praksis, mens kun ca. 7 % afsluttes ved en telefonkonsultation. Det er i høj grad speciallæger i almen medicin eller uddannelseslæger, der er involveret i behandlingen af skader, da de er involveret i 90 % af tilfældene.

Samlet viser undersøgelsen, at indførelsen af akutaftalen i Region Midtjylland har medført flere kontakter og behandlinger af henvendelser om skader i almen praksis, hvilket også var en af hensigterne med akutaftalen.

Indledning

I september 2012 blev en ny akutaftale implementeret i Region Midtjylland. Aftalen var skabt i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Det overordnede formål med akutaftalen var at etablere en enstrengt indgang til sundhedsvæsenet for patienter med akut behov for lægehjælp (bortset fra alarm 1-1-2). Derudover ønskede man at udnytte de eksisterende kapaciteter bedre ved at overdrage visitation af akutte skader til almen praksis (både i dagtid og uden for normal åbningstid via lægevagten) og etablere et tættere samarbejde mellem lægevagten og sygeplejersker fra skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker. Planen var at udnytte de enkelte instansers faglige kompetencer inden for akutbehandling bedst muligt og at optimere patientflowet i spidsbelastede perioder.

Som følge af akutaftalen har de praktiserende læger i dagtid fået en central rolle som visitatorer af akutte skader. I det omfang det er muligt, bliver patienter med skader behandlet hos egen læge, mens større skader kan visiteres til behandling på nærmeste akutmodtagelse i regionen.

For de praktiserende læger i den vestlige del af regionen var der fortrinsvis tale om en fortsættelse af den allerede eksisterende praksis. Her har der været tradition for, at mange skader blev håndteret i almen praksis. I den østlige del af regionen blev skader i større omfang behandlet på skadestuerne, og her skulle borgerne før akutaftalen ringe til et fælles telefonnummer til skadestuerne, der var bemandet af sygeplejersker. I denne del af regionen var der derfor naturligt nok en større uvished om, hvad akutaftalen ville betyde af ekstra arbejde og nye opgaver, som man måske ikke havde rutine i at håndtere.

Derfor var en undersøgelse af håndteringen af skader i dagtiden i almen praksis en naturlig del af den samlede evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland.

Formålet med denne delundersøgelse var at undersøge:

1. Hvor mange skadeshenvendelser får almen praksis i dagtiden efter implementeringen af akutaftalen?
2. Hvordan bliver henvendelser om skader visiteret?
3. Hvordan behandles skader i almen praksis?

Begrebsforklaring

Der foreligger ikke en entydig definition af henvendelser til almen praksis vedrørende "skader". Vi har derfor udviklet en generel definition af "skade" til brug for evalueringen af akutaftalen i Region Midtjylland. I udviklingsprocessen brugte vi diagnosekoderne i International Classification of Primary Care, version 2 (ICPC-2), hvorfra vi genererede syv overordnede emner (skadetyper) og tilhørende henvendelsesårsager (Boks 1). For at sikre at vores definition af skade var eksklusiv og ekshausiv, blev det udarbejdede materiale gennemgået af flere praktiserende læger i Region Midtjylland og af styregruppen bag denne evaluering.

Boks 1. Definition af skade.

Skadetype	Henvendelsesårsager
Fordøjelsessystem	Fremmedlegeme, indtagelse af skadelige substanser som syre- eller baseholdige væsker, skader på tænder, skader i munden, intra-abdominale læsioner (blødninger/perforation) ifm. traumer mod abdomen, andet (fri tekst)
Øje	Fremmedlegeme, ætsende ting i øjet, kontusion/blødning i øje/øjnømgivelser, perforation af orbita, andet (fri tekst)
Øre	Fremmedlegeme, perforation af trommehinde af anden årsag end infektion, overfladisk skade på øre, andet (fri tekst)
Muskel- og skeletsystem	Fraktur på under- og overekstremiteter, senelæsioner (sideledbånd, korsbånd), kontusion af muskler/led, forstuvning af led (herunder ankel og knæ), luksation/subluksation, muskelskader som fibersprængning, andet (fri tekst)
Nervesystem	Hjernerystelse, kontusion af hovedet, traumatiske nervelæsioner, forgiftninger (alkohol, euforiserende stoffer m.m.), andet (fri tekst)
Hud	Stik af insekter og andre dyr (ekskl. fjæsning), fremmedlegeme i hud, læsion/kontusion med intakt hud, overfladisk hudlæsion/hudafskrabning, laceration/sår, bid af dyr/menneske, forbrænding/skoldning, ætsninger, andet (fri tekst)
Luftveje	Fremmedlegeme i næse/strube/bronkie, inhalation af skadelige stoffer, pneumothorax, costafaktur, hæmothorax, andet (fri tekst)

Metode

Undersøgelhedsdesign

Undersøgelsen blev gennemført som et tværsnitsstudie. Data blev indsamlet vha. pop-up-spørgsmål i almen praksis i Region Midtjylland i perioden 23. september til 11. oktober 2013.

Dataindsamling

I samarbejde med praksisudvalget i Region Midtjylland udsendte vi information om undersøgelsen til alle praksis (n = 412) i regionen og søgte deltagere til undersøgelsen. For at kunne deltage var det nødvendigt, at praksis var tilmeldt "sentinel datafangst" fra Dansk Almen Medicinsk Kvalitetsenhed (DAK-e). I perioden for dataindsamlingen benyttede 97,6 % (n = 402) af alle regionale almene praksis sig af sentinel datafangst. I alt 54 praksis responderede på invitationen og indgik i undersøgelsen. Deltagelsen bestod i at udfylde pop-up-skemaer om håndtering af henvendelser om skader inden for normal åbningstid (dagtiden) i almen praksis.

Sentinel datafangst

Almen praksis sender via datafangst-modulet Sentinel løbende data til Dansk Almen Medicinsk Database (DAMD) med henblik på kvalitetsudvikling af egen praksis. Modulet kan også anvendes ved indsamling af data i projektøjemed, hvor der kan laves pop-up-skemaer, som enten bliver aktiveret ved bestemte diagnosekoder eller ved afregning med bestemte ydelseskoder. I et projekt som dette, hvor både læger og personale skulle besvare pop-up-skemaerne, er det vigtigt, at alle mulige deltagere bliver tilmeldt projektet i lægesystemet. I undersøgelsesperioden stod DAK-e for vejledning og support i forbindelse med opsætning af computere. Efter dataindsamlingsperioden modtog vi data fra DAK-e.

Udvikling af spørgeskema

Ud fra formålet med undersøgelsen definerede vi, hvilke områder der skulle afdækkes med spørgeskemaerne. Herefter formulerede vi spørgsmål, emner og svarkategorier (Figur 1-5), som blev indholdsvalideret af styregruppen for evaluering af akutaftalen og en gruppe erfarne praktiserende læger i Region Midtjylland. De havde fået til opgave at vurdere relevansen af spørgsmålene og bedømme, hvorvidt svarkategorierne var eksklusive og ekshausive. Deres input indgik i revideringen af spørgeskemaet, inden det blev konverteret til pop-up-skærme.

Pop-up-skærme

Undersøgelsen bestod af i alt fem pop-up-skærme, som blev udviklet i et samarbejde mellem forskergruppen og DAK-e. Skærmene blev aktiveret ved afregning med enten ydelseskoden 0201 (telefonkonsultation) eller ydelseskoden 0101 (konsultation).

Startskærm

Figur 1 viser det første skærbillede, som blev aktiveret ved afregning (ydelseskoderne 0101 og 0201). Her blev der spurgt, om årsagen til kontakten var en skade eller ej. Derudover skulle der svares på to spørgsmål om, hvor lang tid der var gået siden skaden skete og om, hvordan skaden blev visiteret (telefonrådgivning, behandling i praksis eller behandling på skadestuen).

Figur 1. Pop-up-skærm med de første spørgsmål, der fremkom, når der blev lavet en regning med ydelseskoderne 0101 og 0201.

Region Midt Akutaftale - Kontakt Cpr-nr 2512484916

Er patientens kontaktårsag en skade?
 Ja
 Nej

Skaden er sket...
 inden for de seneste 24 timer.
 for mere end 24 timer siden, og inden for seneste 5 døgn.
 for mere end 5 døgn siden.

Skaden visiteres til behandling...
 via telefonrådgivning
 i almen praksis
 på skadestuen
 Både i almen praksis og henvist til skadestue

Popup
 Ja, hvorfor?

Tjek alt udfyldt (?)

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

Hvilket skema, der efterfølgende kom frem, afhang af besvarelsen på spørgsmålet om visitation af henvendelsen. I det følgende beskrives pop-up-skemaer, som kom frem ved skadehenvendelser, der blev håndteret ved en telefonkonsultation, en konsultation eller henvisning til skadestue.

Telefonkonsultation

For skadekontakter, der blev afsluttet med telefonrådgivning, blev der spurgt til type af skade (kontaktårsag) og behandlerens faggruppe (fx læge eller sygeplejerske) for at få et indblik i, hvem der gav telefonrådgivning (Figur 2). Derudover blev der spurgt om tidsforbruget for telefonrådgivningen og om evt. aftale af et videre behandlingsforløb. Her var der tre svarmuligheder: 1) skadekontakten blev afsluttet i telefonen, 2) den tilskadekomne fik en opfølgende tid til behandling og 3) den tilskadekomne fik en aftale om at henvende sig igen ved forværring eller manglende bedring. Som en del af akutaftalen skulle mindre skader fremover håndteres i almen praksis. For at undersøge i hvor stort omfang dette har flyttet ydelser fra skadestue til almen praksis, blev der også spurgt om, hvorvidt skaden ville have været behandlet på skadestue før implementering af akutaftalen”.

Figur 2. Pop-up-skærm med spørgsmål, der fremkom, hvis behandlingen bestod af telefonrådgivning.

Region Midt Akutafale - Telefonrådgivning Cpr-nr 2512484916

Patient: 2512484916 Nancy Berggren

Hvilken type skade er der tale om?

Fordøjelse Vælg primær skadetype i fordøjelsessystemet:
Andet:

Øje Vælg primær skadetype for øje:
Andet:

Øre Vælg primær skadetype for øre:
Andet:

Muskel og skeletsystem Vælg primær skadetype for muskel og skeletsystem:
Andet:

Nervesystem Vælg primær skadetype for nervesystem:
Andet:

Hud Vælg primær skadetype for hud:
Andet:

Luftveje Vælg primær skadetype for luftveje:
Andet:

Andet

Hvilke sundhedsfaglige personer har behandlet patientens skade?

Speciallæge i almen medicin Vikarlæge
 Uddannelseslæge Sygeplejerske
 Andre sundhedsfaglige personer Sekretær

Skadestue

Popup Ja, hvorfor?
Evt. Bemærkning

Hvad var tidsforbruget på skadesbehandlingen?

Tidsforbrug i minutter: Vælg tid: Andet:

Hvilket videre behandlingsforløb er aftalt med patienten?

Patientens skadekontakt er afsluttet
 Patienten har fået en opfølgende tid til behandling
 Patienten skal henvende sig ved forværing eller manglende bedring
 Andet

Ville denne skade have været behandlet på skadestuen for implementeringen af akutafalen?

Ja, helt sikkert
 Ja, måske
 Nej, formentlig i almen praksis
 Nej, helt sikkert i almen praksis
 Kunne være begge steder
 Ved ikke
 Andet

Tjek alt udfyldt (?)

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

Konsultation i almen praksis

Hvis patienten blev visiteret til behandling i praksis samme dag (inkl. behandling i almen praksis og derfra henvist til skadestue)(Figur 1), fremkom to nye pop-up-skærme, når den efterfølgende konsultation blev afsluttet (Figur 3 og 4). I det første skema blev der spurgt ind til type af skade og, om patienten blev henvist videre til behandling på sygehus (Figur 3). Der var her fire svarmuligheder: 1) ja, til røntgen og patienten kommer retur til almen praksis, 2) ja, til røntgen og viderebehandles på skadestuen, 3) ja, til behandling på skadestue og 4) nej, behandles i almen praksis. Hvis der blev svaret andet end nej til spørgsmålet, blev der også spurgt ind til, hvordan patienten blev transporteret til sygehuset.

Figur 3. Pop-up-skærm med spørgsmål, der fremkom, hvis patienten havde været i konsultation.

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

På den næste pop-up-skærm blev der spurgt til behandlingen af skaden (Figur 4). Vi definerede fem overordnede områder for skadebehandling: 1) sår, 2) medicin, 3) bevægeapparat og bløddele, 4) undersøgelsesprøver og 5) råd og vejledning, men ikke aktiv behandling. For de fire første områder kunne man markere de mest brugte skadebehandlinger i almen praksis. Endvidere blev der spurgt om, hvem der behandlede skaden, tidsforbruget, det videre behandlingsforløb (der blev aftalt med patienten) og om denne skade før indførelsen af akutaftalen ville være blevet behandlet på skadestue i stedet for i almen praksis.

Figur 4. Den anden pop-up-skærm, der fremkom, hvis patienten havde været i

konsultation.

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

Skadestue

Hvis der ved telefonvisitationen blev markeret, at "skaden visiteres til behandling på skadestuen" (Figur 1), poppede der en ny skærm op (Figur 5). Der blev her spurgt til type af skade (kontaktårsag) og arrangør af patientens transport til skadestuen (om praksis havde rekvireret en ambulance til den tilskadekomne eller patienten selv fandt en transportmulighed). Et sidste spørgsmål omhandlede det videre behandlingsforløb, der blev aftalt med patienten.

Figur 5. Pop-up-skærm, der fremkom, hvis patienten i telefonen blev visiteret til

Region Midt Akutaftale - Skadestue henvisning Cpr-nr 2512484916

Hvilken type skade er der tale om?

Fordøjelse Vælg primær skadestype i fordøjelsessystemet:
Andet:

Øje Vælg primær skadestype for øje:
Andet:

Øre Vælg primær skadestype for øre:
Andet:

Muskel og skeletsystem Vælg primær skadestype for muskel og skeletsystem:
Andet:

Nervesystem Vælg primær skadestype for nervesystem:
Andet:

Hud Vælg primær skadestype for hud:
Andet:

Luftveje Vælg primær skadestype for luftveje:
Andet:

Andet

Sehtilret

Popup
 Ja, hvorfor?
Evt. Bemærkning

Hvordan kommer patienten til skadestuen?

Ambulance er rekvireret af almen praksis
 Patienten finder selv transportmulighed
 Andet

Hvilket videre behandlingsforløb er aftalt med patienten?

Patientens skadekontakt er afsluttet
 Patienten har fået en opfølgende tid til behandling
 Patienten skal henvende sig ved forværing eller manglende beding
 Andet

Tjek alt udfyldt (?) Udfyld senere OK

skadestue.

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

Baggrundoplysninger fra DAMD

Foruden besvarelserne til pop-up-skemaerne indeholdt vores datamateriale også baggrundoplysninger fra DAMD-databasen (Boks 2).

Boks 2. Baggrundoplysninger fra DAMD-databasen for kontakter vedrørende skade og for kontakter af andre årsager.

Skade		Ikke-skade	
-	Diagnose	-	Diagnose
-	Tidspunkt for kontakten	-	Tidspunkt for kontakten
-	Ydernummer for praksis	-	Ydernummer for praksis
-	Besvarerens initialer	-	Besvarerens initialer
-	Patientidentifikation (CPR-nummer)	-	Patientidentifikation (CPR-nummer)
-	Ydernummer for patientens tilmeldte læge	-	Ydernummer for patientens tilmeldte læge
-	ICD10-diagnosekode (ud fra ICPC-koden)	-	ICD10-diagnosekode (ud fra ICPC-koden)
-	ATC-kode for udskrevet medicin	-	ATC-kode for udskrevet medicin
-	Laboratorieundersøgelser	-	Laboratorieundersøgelser
-	Sted for prøvetagning (sygehus, laboratorium eller praksis)	-	Sted for prøvetagning (sygehus, laboratorium eller praksis)
-	Kode og tekst for afregning	-	Kode og tekst for afregning

Honorering

Der var indgået aftale med PLO-Midtjylland og Region Midtjylland om honorering af deltagende almen praksis. Deltagerne blev honoreret med 2000 kr. pr. fulde lægekapacitet i praksis. Ved lægekapacitet forstås det antal fuldtidspraktiserende læger, som praksis er normeret til. Derudover

blev praksis honoreret med 32 kr. pr. udfyldt spørgeskema om en kontakt vedrørende en skade, der var sket inden for de sidste 5 dage.

Analysemetode

Besvarelserne af de enkelte spørgsmål fra pop-up-skærmene præsenteres ved deskriptive analyser (proportioner og procentsatser). Skader, der var sket mere end 5 døgn før kontakten til almen praksis, blev ikke medtaget i undersøgelsen, da hverken typen – eller håndteringen – af disse henvendelser formentlig har ændret sig som følge af akutaftalen.

Repræsentativiteten af deltagende praksis blev undersøgt ved at sammenligne lægekapacitet og øst-vest-fordeling af alle lægepraksis i Region Midtjylland. Øst-vest-fordelingen var genereret ud fra postnummeret for hver enkelt praksis og grupperet efter lægevagtområder i regionen.

For at undersøge repræsentativiteten af deltagelsen fra de enkelte praksis, kontaktede vi dem for at få oplyst de initialer, der var anvendt i edb-systemet, på alle læger og alt personale i praksis. Disse oplysninger kunne vi sammenholde med initialerne for dem, der besvarede spørgeskemaerne.

Derudover er der udført statistiske tests (chi2-test) og estimering af signifikansniveau (5 %). Statistisk signifikante forskelle ($p < 0,05$) er markeret med en *. Analyserne blev udarbejdet i statistikprogrammet STATA, version 13.

Resultater

Repræsentativitet af almen praksis

Der var 54 praksis, der deltog i undersøgelsen, hvilket udgør 13,1 % af alle almen praksis i Region Midtjylland (N = 412). Solopraksis var underrepræsenteret blandt deltagende praksis ift. ikke-deltagende praksis. Derimod var der ikke forskel på deltagende og ikke-deltagende praksis vedrørende den geografiske placering mellem den østlige og den vestlige del af regionen (Tabel 1).

Tabel 1. Deltagende og ikke-deltagende praksis fordelt på lægekapaciteter og lokalitet.

	I alt	Deltagende praksis	Ikke-deltagende praksis
	N = 412 n (%)	n = 54 n (%)	n = 358 n (%)
Lægekapaciteter^a			
1 læge	199 (48,3)	14 (25,9)*	185 (51,7)*
2 læger	105 (25,5)	17 (31,5)	88 (24,6)
3 læger	58 (14,1)	13 (24,1)*	45 (12,6)*
4 læger og derover	50 (12,1)	10 (18,5)	40 (11,2)
Lokalitet^b			
Øst	330 (80,1)	41 (75,9)	289 (80,7)
Vest	82 (19,9)	13 (24,1)	69 (19,3)

^aVed opdeling i grupper på 1, 2, 3 og 4+ læger findes p = 0,003

^bp = 0,41

Beskrivelse af deltagere

I alt 363 personer fra almen praksis besvarede mindst ét spørgeskema. Heraf udgjorde de faste læger 40,4 %, uddannelses- og vikarlæger 17,0 %, sygeplejersker 18,1 % og sekretærer/bio-analytikere 24,5 % (Tabel 2). I de tre uger, hvor undersøgelsen varede, var lægerne mest aktive ift. besvarelser. Samlet deltog over to tredjedele af de faste læger (uge 1: 66,7 %, uge 2: 78,2 % og uge 3: 62,6 %). Cirka halvdelen af uddannelses- og vikarlægerne deltog i enkelte uger (uge 1: 56,5 %, uge 2: 56,5 % og uge 3: 53,2 %). Sygeplejersker og sekretærer besvarede i mindre omfang pop-up-skemaerne. Omkring en tredjedel af sygeplejerskerne havde besvaret pop-up-skemaer i undersøgelsen (uge 1: 30,3 %, uge 2: 37,9 % og uge 3: 33,3 %), mens det kun gjaldt for en relativt lille andel af sekretæerne i praksis (uge 1: 9,0 %, uge 2: 10,2 % og uge 3: 9,1 %).

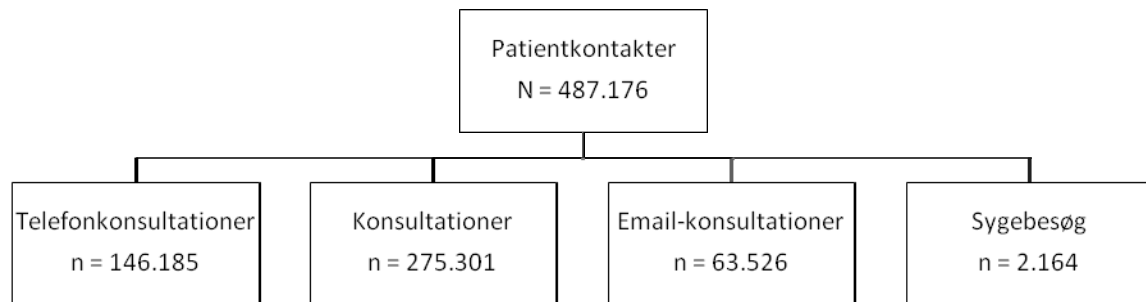
Tabel 2. Respondenter fordelt over de 3 uger og inddelt efter faggruppe.

	Uge 1 n (%)	Uge 2 n (%)	Uge 3 n (%)
Faste læger (n = 147)			
Besvarede	98 (66,7)	115 (78,2)	92 (62,6)
Besvarede ikke	49 (33,3)	32 (21,8)	55 (37,4)
Uddannelses- og vikarlæger (n = 62)			
Besvarede	35 (56,5)	35 (56,5)	33 (53,2)
Besvarede ikke	27 (43,5)	27 (43,5)	29 (46,8)
Sygeplejersker (n = 66)			
Besvarede	20 (30,3)	25 (37,9)	22 (33,3)
Besvarede ikke	46 (69,7)	41 (62,1)	44 (66,7)
Sekretærer og bioanalytikere (n = 88)			
Besvarede	5 (5,7)	9 (10,2)	8 (9,1)
Besvarede ikke	83 (94,3)	79 (89,8)	80 (90,9)

Henvendelser fra patienter

Der var 487.176 patientkontakter til almen praksis i undersøgelsesperioden i hele Region Midtjylland (N = 412). Deraf kom 56,5 % i konsultation, 30,0 % fik en telefonkonsultation, 13,0 % fik en email-konsultation og 0,5 % fik sygebesøg (Figur 6).

Figur 6. Kontakter til almen praksis i Region Midtjylland i undersøgelsesperioden fordelt på kontakttyper (telefonkonsultationer, konsultationer, email-konsultationer og besøg).



Telefonkonsultation = ydelseskode 0201

Konsultation = ydelseskode 0101

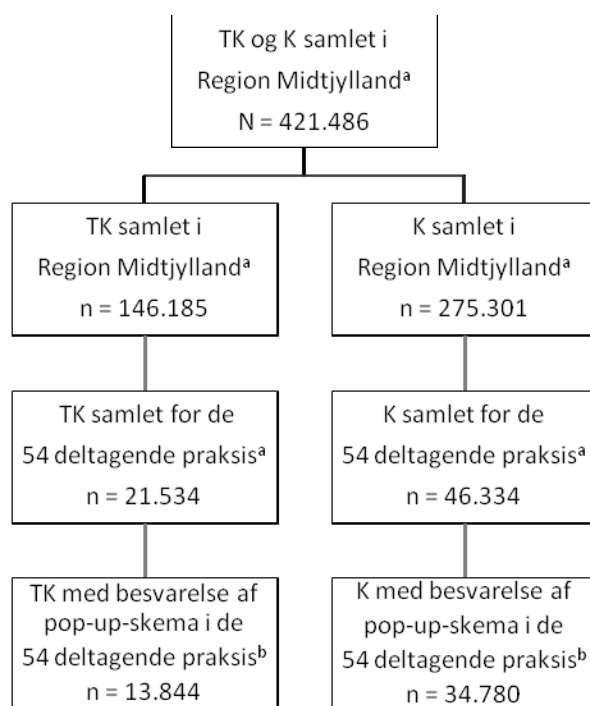
Email-konsultation = ydelseskode 0105

Sygebesøg = ydelseskoder 0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461 og 2301

Oplysninger fra Region Midtjylland

De 54 deltagende praksis havde 21.534 telefonkonsultationer og 46.334 konsultationer (i alt 67.868) (Figur 7). I undersøgelsen blev indledningsspørgsmålet besvaret i 48.739 tilfælde (13.844 telefonkonsultationer og 34.780 konsultationer). Undersøgelsen repræsenterer dermed 71,8 % af de to typer af patientkontakter i dataindsamlingsperioden (64,3 % af telefonkonsultationerne og 75,1 % af konsultationerne i almen praksis).

Figur 7. Telefonkonsultationer (TK) og konsultationer (K) i undersøgelsesperioden for hele Region Midtjylland.



^aOplysninger fra Region Midtjylland

^bOplysninger fra nærværende undersøgelse, hvor indledningsspørgsmålet blev besvaret

Henvendelser om skader

Ud af alle registrerede henvendelser (n = 48.739) var 4,3 % (n = 2.103) relateret til en skade (Tabel 3). Det er oftest mænd (mænd: 51,8 %, kvinder 48,2 %), unge under 18 år (30,1 %) og personer mellem 31 og 50 år (26,0 %), der henvender sig om en skade.

Tabel 3. Henvendelser fordelt på køn, alder og skade/ikke skade.

	Henvendelser i alt N = 48.739 n (%)	Skade n = 2.103 n (%)	Ikke skade n = 46.636 n (%)
Køn			
Mænd	19.430 (39,9)	1.090 (51,8)	18.340 (39,3)
Kvinder	29.309 (60,1)	1.013 (48,2)	28.296 (60,7)
Alder			
0 – 18 år	6.185 (12,7)	633 (30,1)	5.552 (11,9)
19 – 30 år	6.060 (12,4)	332 (16,5)	5.738 (12,3)
31 – 50 år	12.305 (25,2)	546 (26,0)	11.759 (25,2)
51 – 70 år	13.366 (27,4)	372 (17,7)	12.994 (27,9)
+ 70 år	10.823 (22,2)	220 (10,5)	10.603 (22,7)

To ud af ti skader (20,6 %) var sket inden for de seneste 24 timer, mens 38,4 % var sket for mere end 24 timer siden, men inden for de seneste 5 døgn (Tabel 4). Den største gruppe af skader var sket for mere end 5 døgn siden (40,9 %).

Tabel 4. Tiden fra skadehændelse til kontakt til egen læge.

	Antal skader i alt N	Inden for de seneste 24 timer n (%)	Mere end 24 timer siden og inden for seneste 5 døgn n (%)	Mere end 5 døgn siden n (%)
Skader	2.103	434 (20,6)	808 (38,4)	861 (40,9)

Visitation af skader

I alt 90,5 % af alle skader blev visiteret til behandling i konsultationen i almen praksis (Tabel 5). Et fåtal (6,9 %) af skaderne blev afsluttet ved telefonkonsultation, mens 2,6 % af skaderne blev visiteret til skadestuerne ved telefonvisitationen. Desuden blev 13,2 % af kontakterne visiteret til konsultation i almen praksis og derfra videre til skadestue/akutafdeling. Det betyder, at i alt 15,8 % af henvendelserne om en skade til almen praksis blev visiteret videre til skadestue/akutafdeling (skade sket inden for de sidste 5 døgn).

Tabel 5. Visitation af skader til telefonkonsultation, konsultation og skadestue.

	Antal skader i alt	Telefonkonsultation n (%)	Konsultation n (%)	Konsultation/skadestue n (%)	Skadestue n (%)
Skader	1.242	86 (6,9)	960 (77,3)	164 (13,2)	32 (2,6)

Skader sket inden for de sidste 5 døgn

Af de 13,2 % kontakter, der først blev vurderet i konsultationen og derfra henvist til skadestuen, blev 67,7 % videresendt til røntgenundersøgelse og færdigbehandling på skadestue/akutafdeling/ akutklinik, 27,4 % blev henvist direkte til behandling, og 4,9 % blev henvist til anden behandling, fx tandlæge, ørelæge ortopædkirurgisk ambulatorie eller fysioterapi (Tabel 6). Af de patienter, som blev henvist til skadestuerne (n = 196), blev 6,1 % transporteret i ambulance, som var rekvireret af personalet i almen praksis, mens de resterende (93,9 %) selv arrangerede transporten (data ikke vist i Tabel 6).

Tabel 6. Svarfordeling vedrørende viderehenvielse til sygehus efter konsultation (for henvendelser om skade sket inden for de sidste 5 døgn).

	N = 972 n (%)
Ja, til røntgen og kommer herefter retur til viderebehandling i almen praksis	32 (3,3)
Ja, til røntgen og viderebehandles på skadestuen	111 (11,4)
Ja, til behandling på skadestuen	45 (4,6)
Nej, behandles i almen praksis	766 (78,8)
Andet ^a	18 (1,9)

^aFx tandlæge, ørelæge, ortopædkirurgisk ambulatorie eller fysioterapi

For hver kontakt blev der spurgt ind til det videre behandlingsforløb. I telefonkonsultationen blev over en tredjedel (34,9 %) afsluttet ved telefonrådgivning, en fjerdedel (25,6 %) blev rådet til at kontakte almen praksis igen ved forværring eller manglende bedring, mens der i 5,6 % blev givet en tid til opfølgning i form af konsultation i almen praksis (Tabel 7). I hele 29,1 % af telefonkonsultationerne var der ikke svaret på spørgsmålet.

I konsultationerne blev halvdelen (50,0 %) af skaderne afsluttet, mens patienterne i 22,4 % af tilfældene blev rådet til at kontakte almen praksis igen ved forværring eller manglende bedring. I alt 8,1 % af patienterne fik en ny tid til opfølgning og 3,1 % blev afsluttet til anden instans (fx akut tid ved øjenlæge eller henvisning til ortopædkirurgisk ambulatorie).

Blandt de patienter, der i telefonen blev visiteret direkte til en skadestue/akutafdeling/akutklinik, blev 6,3 % anbefalet at kontakte praksis igen ved forværring eller manglende bedring. Kun en enkelt patient (3,1 %) fik en tid til opfølgning i praksis, og 15,6 % blev afsluttet til anden instans, fx tandlæge (Tabel 7).

Tabel 7. Det videre forhandlingsforløb for telefonkonsultation, konsultation i praksis og henvisning til skadestue/akutafdeling/akutklinik.

	Telefonkonsultation n = 86 n (%)	Konsultation n = 1.124 n (%)	Skadestue n = 32 n (%)
Afsluttet	30 (34,9)	562 (50,0)	15 (46,9)
Fået tid til opfølgning	5 (5,8)	91 (8,1)	1 (3,1)
Henvende sig ved forværring eller manglende bedring	22 (25,6)	252 (22,4)	2 (6,3)
Andet	4 ^a (4,7)	35 ^b (3,1)	5 (15,6)
Ikke besvaret	25 (29,1)	184 (16,4)	9 (28,1)

^aTandlæge

^bFx akut tid ved øjenlæge, henvisning til ortopædkirurgisk ambulatorie

Typen af skader og behandling

De hyppigste typer af kontaktårsager var muskel- og skeletskader (51,4 %) og hudskader (23,8 %) (Tabel 8). Uanset skadetype blev størstedelen håndteret ved en konsultation i almen praksis.

Tabel 8. Håndtering af henvendelser om skader til almen praksis (telefonkonsultation, konsultation eller henvisning til skadestue/akutafdeling/akutklinik) – fordelt på skadetype.

Type af skade	Andel i alt N = 1.242 n (%)	Telefonkonsultation n = 86 n (%)	Konsultation n = 1.124 n (%)	Skadestue n = 32 n (%)
Fordøjelse	10 (0,8)	3 (30,0)	7 (70,0)	0 (-)
Øre	9 (0,7)	1 (11,1)	8 (88,9)	0 (-)
Øje	69 (5,6)	2 (2,9)	67 (97,1)	0 (-)
Muskel- og skeletsystem	638 (51,4)	37 (5,8)	585 (91,7)	16 (2,5)
Nervesystem	23 (1,9)	2 (8,7)	21 (91,3)	0 (-)
Hud	296 (23,8)	18 (6,1)	271 (91,6)	7 (2,4)
Luftveje	17 (1,4)	1 (5,9)	15 (88,2)	1 (5,9)
Andet	44 (3,5)	4 (9,1)	37 (84,1)	3 (6,8)

Manglende oplysninger	136 (11,0)	18 (13,2)	113 (83,1)	5 (3,7)
-----------------------	------------	-----------	------------	---------

Det er ikke overraskende, at almen praksis udførte flest sårbehandlinger (33,9 %) og behandlinger af bevægeapparatet og bløddele (31,8 %), når man ser på skadetyperne (Tabel 9). Råd eller vejledning var selvstændig behandling i 19,8 % af konsultationerne.

Kun få patienter fik taget blodprøver (CRP: 5,0 %, leukocyt- og differentialtælling: 1,6 %) eller foretaget urinundersøgelser (2,3 %).

Tabel 9. Typer af skadebehandling udført i konsultationen.

	Data fra undersøgelsen N = 1.348 ¹ n (%)	Data fra DAK-e N = 1.242 n (%)
Sårbehandling	457 (33,9)	
Medicinsk behandling	162 (12,0)	
Behandling af bevægeapparatet og bløddele	429 (31,8)	
Undersøgelser og prøver	34 (2,5)	
Råd og vejledning, men ikke aktiv behandling	266 (19,8)	
Fjernelse af fremmedlegemer fra øje, øregang, næse og svælg ²		47 (3,8)
Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl ³		15 (1,2)
Anlægelse af immobiliserende bandager ⁴		199 (16,0)
Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led ⁵		26 (2,1)
Første behandling af større sår ⁶		222 (17,9)
Fjernelse af negl ⁷		1 (0,1)
Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm ⁸		1 (0,1)
Reposition af store ledscred (fod, knæ, hofte, albue eller skulder) ⁹		0 (-)
Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger ¹⁰		4 (0,3)
C-reaktivt protein (CRP) ¹¹		62 (5,0)
Leukocyt- og differentialtælling ¹²		20 (1,6)
Urinundersøgelse ¹³		29 (2,3)
Receptudskrivning		1.254 (100,9)
- antal patienter, der fik en recept		620 (49,9)

¹ 2.142 af konsultationerne blev der udført flere typer af behandling

² Ydelseskode 2105, ³ ydelseskode 2107, ⁴ ydelseskode 2109, ⁵ ydelseskode 2111, ⁶ ydelseskode 2112, ⁷ ydelseskode 2115, ⁸ ydelseskode 2122, ⁹ ydelseskode 2123, ¹⁰ ydelseskode 2124, ¹¹ ydelseskode 7120, ¹² ydelseskode 7115,

¹³ ydelseskode 7101

Lægerne udskrev recepter i cirka halvdelen (49,9 %) af konsultationerne. Der blev i alt udskrevet 1.254 recepter, hvorfor flere patienter modtog mere end én recept. Den ordinerede medicin, som de tilskadekomne mest hentede på apoteket, var oftest indekseret i ATC-koden N (28,7 %), som blandt andet indeholder smertestillende medicin (Tabel 10). Derudover var der ofte recepter med ATC-koden M (muskel- og skeletsystemet) (14,0 %) og J (infektionssygdomme) (13,2 %).

Tabel 10. ATC-koder for receptpligtig medicin.

ATC-koder receptmedicin (gruppenavn)	n (%)
A (fordøjelsesorganer og stofskifte)	95 (7,6)
B (blod og bloddannende organer)	49 (3,9)
C (kardiovaskulære system)	151 (12,0)
D (dermatologiske midler)	56 (4,5)
G (urogenitalsystem og kønshormoner)	40 (3,2)
H (systemisk hormonpræparat)	34 (2,7)
J (midler mod infektionssygdomme)	165 (13,2)
L (antineoplastiske og immunomodulerende midler)	4 (0,3)
M (muskel- og skeletsystemet)	176 (14,0)
N (nervesystemet)	360 (28,7)
P (antiparasitære midler, insektcider, repellenter)	14 (1,1)
R (respirationssystemet)	51 (4,1)
S (sansorganer)	59 (4,7)

Faggrupper involveret i skadebehandling

Mere end to tredjedele (70,9 %) af skaderne blev afsluttet i telefonen af en speciallæge i almen medicin, mens uddannelseslægerne afsluttede 10,5 % (Tabel 11). I alt 19 % af skaderne, der blev håndteret ved en telefonkonsultation, blev således afsluttet af andre faggrupper end læger.

Speciallægerne i almen medicin behandlede 68,9 % af skaderne i konsultationen, mens uddannelseslægerne behandlede 21,1 %. Vikarlægerne var ikke involveret i behandling af skader. Af andre faggrupper var det oftest sygeplejersker, der håndterede skader i konsultationen (sygeplejersker: 9,0 %, andre sundhedsfaglige personer: 1,0 % og sekretærer: 0,1 %).

Tabel 11. Fordeling af faggrupper, der var involveret i skadebehandling.

Faggruppe	Telefonkonsultation	Konsultation
	n = 86 n (%)	n = 1.124 n (%)
Speciallæge i almen medicin	61 (70,9)	774 (68,9)
Uddannelseslæge	9 (10,5)	237 (21,1)
Vikarlæge	0 (-)	0 (-)
Sygeplejerske	6 (7,0)	101 (9,0)
Sekretær	9 (10,5)	1 (0,1)
Andre sundhedsfaglige personer	1 (1,2)	11 (1,0)

Tidsforbrug på skadebehandling

Over halvdelen (54,7 %) af telefonkonsultationerne om skader blev afsluttet inden for fem minutter, mens 12,8 % tog op til 10 minutter (Tabel 12). For 29,1 % af telefonkonsultationerne blev tidsforbruget ikke registreret.

Mere end syv ud af 10 skader i konsultationerne blev behandlet på under 15 minutter (72,7 %) (Tabel 11). Tidsforbruget i konsultationen ved behandling af skader var i 72,7 % af tilfældene under 15 minutter. Tilsvarende tog 10,5 % af behandlingerne over 15 minutter (Tabel 12).

Tabel 12. Tidsforbrug på skadebehandling ved telefonkonsultation og konsultation.

Tidsforbrug	Telefonkonsultation		Konsultation	
	N = 86		N = 1.124	
	n (%)		n (%)	
< 5 min.	47 (54,7)		75 (6,7)	
5-9 min.	11 (12,8)		356 (31,7)	
10-14 min.	3 (3,5)		386 (34,3)	
15-19 min.	0 (-)		84 (7,5)	
> 20 min.	0 (-)		34 (3,0)	
Manglende oplysninger	25 (29,1)		189 (16,8)	

Skader i almen praksis efter implementering af akutaftalen

Ved 47,6 % af konsultationerne blev det vurderet, at denne skade "helt sikkert" eller "måske" ville have været behandlet på skadestuen før implementeringen af akutaftalen, mens det i 29,8 % af tilfældene blev vurderet, at skaden "formentlig" eller "helt sikkert" også ville have været håndteret i almen praksis før implementeringen af akutaftalen (Tabel 13). Spørgsmålet var ubesvaret i 16,4 % af konsultationerne. De tilsvarende tal for telefonkonsultationer var: 31,4 % af henvendelserne ville tidligere have været håndteret på skadestue, mens 34,9 % også før akutaftalen ville være klaret i almen praksis.

Tabel 13. Fordeling af besvarelser på spørgsmålet: "Ville denne skade have været behandlet på skadestuen før implementeringen af akutaftalen?"

	Telefonkonsultation			Konsultation		
	I alt	Øst	Vest	I alt	Øst	Vest
	N = 86 n (%)	n = 68 n (%)	n = 18 n (%)	N = 1.124 n (%)	n = 856 n (%)	n = 268 n (%)
Ja, helt sikkert	7 (8,1)	6 (8,8)	1 (5,6)	243 (21,6)	206 (24,1)	37 (13,8)
Ja, måske	20 (23,3)	17 (25,0)	3 (16,7)	292 (26,0)	261 (30,5)	31 (11,6)
Nej, formentlig i almen praksis	19 (22,1)	15 (22,1)	4 (22,2)	209 (18,6)	159 (18,6)	50 (18,7)
Nej, helt sikkert i almen praksis	11 (12,8)	9 (13,2)	2 (11,1)	126 (11,2)	51 (6,0)	75 (28,0)
Kunne være begge steder	4 (4,7)	3 (4,4)	1 (5,6)	59 (5,2)	41 (4,8)	18 (6,7)
Ved ikke	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4 (0,4)	2 (0,2)	2 (0,7)
Andet	0 (-)	0 (-)	0 (-)	7 (0,6)	6 (0,7)	1 (0,4)
Manglende oplysninger	25 (29,0)	18 (26,5)	7 (38,9)	184 (16,4)	130 (15,2)	54 (20,1)

Henvendelser om skader udgør 2,5 % af alle henvendelser i dagtid (Tabel 14). Lægerne og personalet vurderede således, at stigningen i antallet af skader i almen praksis som følge af akutaftalen betyder en samlet stigning i kontakter på ca. 1,1 %. Stigningen fordeles med 1,4 % flere nye konsultationer og 0,2 % flere telefonkonsultationer.

Table 14. Henvendelser angående skader i almen praksis – samlet og fordelt på konsultationstype. Desuden fordeling af henvendelser angående skade, der vurderedes til at ville have været håndteret på skadestuen i stedet for praksis før implementeringen af akutaftalen.

	N	Telefonkonsultationer	Konsultationer
Antal besvaret pop-up-skemaer	48.624	13.844	34.780
Antal henvendelser om skade sket inden for seneste 5 døgn (n)	1.242	86	1.124
Andelen af alle kontakter, der skyldtes en skade (%)	2,6	0,6	3,2
Antal henvendelser om skade, der tidligere ville være håndteret på skadestue (n)	535	31	504
Andelen af alle kontakter der skyldtes skade, og som tidligere ville være håndteret på skadestue (%)	1,1	0,2	1,4

Table 15 viser, at de hyppigst udførte tillægsydelser for "nye" skader i konsultationen var: immobiliserende bandagering (17,4 %) og første behandling af større sår (16,8 %).

Table 15. Antal tillægsydelser til patienter, som ville have været behandlet på skadestuen før implementering af akutaftalen: svarkategorierne "ja, helt sikkert" og "ja, måske" (n = 535).

	n (%)
Blodprøvetagning fra blodåre	15 (2,8)
Fjernelse af fremmedlegeme(r)	19 (3,6)
Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl	5 (0,9)
Anlæggelse af immobiliserende bandage	93 (17,4)
Første behandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	14 (2,6)
Første behandling af større sår	90 (16,8)
Store udbredte læsioner og forbrændinger	3 (0,6)
Urinundersøgelse ved stix	1 (0,2)
Svælg/streptokok-antigen	7 (1,3)
Leukocyt- og differentialetælling	6 (1,1)
CRP	14 (2,6)
Sænkingsreaktion	2 (0,4)
Ingen af ovenstående tillægsydelser	266 (49,7)

Diskussion

Hovedresultater

Undersøgelsen viser, at henvendelser om skader udgør 4,3 % af samtlige henvendelser til almen praksis i dagtiden i Region Midtjylland. Heraf er 21 % af skaderne sket inden for de seneste 24 timer, 38 % er sket mellem 24 timer og 5 døgn før henvendelsen, mens 41 % er sket for mere end 5 døgn siden. De hyppigste typer af skader angår muskel- og skeletsystemet og hud. Størstedelen af patienterne med en skade bliver set i konsultationen (91 %), 7 % håndteres ved en telefonkonsultation, mens 3 % visiteres direkte til skadestuen ved telefonkontakten. Af de patienter, der ses i konsultation i almen praksis, henvises 15 % videre til skadestuen.

Det er oftest mænd, unge under 18 år samt personer i alderen 31 - 50 år, der henvender sig med en skade til praksis. Halvdelen af henvendelserne bliver afsluttet ved behandling i almen praksis på dagen for kontakten, mens 8 % får en tid til opfølgning. Desuden fik 22 % at vide, at de skulle henvende sig igen ved forværring eller manglende bedring.

Fortolkning af resultater

Henvendelser om skader

Som en del af den nye akutaftale i Region Midtjylland skal patienter, der har brug for hjælp i forbindelse med en skade i dagtimerne, nu kontakte deres egen læge. Patienten kan her fortsat blive visiteret til behandling på skadestue/akutafdeling/akutklinikk, men en del af formålet med den nye akutaftale var, at flere skader fremover skulle behandles i almen praksis. I den vestlige del af regionen adskiller dette sig ikke meget fra tidligere, idet man her gennem flere år har haft tradition for, at almen praksis håndterede en lang række forskellige typer af skader. Men i den østlige del har der været mere tradition for, at henvendelser om skader blev rettet direkte til skadestuen. I flere år op til implementeringen af akutaftalen var der en direkte telefonvisitation til skadestuerne, som var bemandede med sygeplejersker.

I denne del af regionen har der derfor naturligt nok i almen praksis været en vis uvished om, hvor meget ekstra arbejde akutaftalen ville medføre angående håndtering af patienter med skader. At visitationen af skader er flyttet til almen praksis, har også betydet, at det nu er ekstra væsentligt med en høj grad af tilgængelighed til praksis (er undersøgt i en anden delrapport). Desuden kan det være en udfordring at finde plads til de nye henvendelser i et ellers stramt praksisprogram, især da en del af henvendelserne vil være akutte, der skal håndteres med meget kort ventetid.

Vi fandt, at 4,3 % af alle henvendelser til almen praksis omhandler en form for skade.

Henvendelser om skader, som er sket inden for de sidste 5 døgn udgør samlet 2,5 % af alle henvendelser til almen praksis, og disse fordeler sig på 0,6 % af alle telefonkonsultationer og 3,2 % af alle konsultationer. Ud fra besvarelsen i denne undersøgelse vurderes det, at ca. 50 % af disse skader ville være rettet til skadestuen før indførelsen af akutaftalen, dog med en lidt forskellig

fordeling af telefonkonsultationer og konsultationer. Samlet vurderes det således, at akutaftalen har medført en stigning på 0,2 % i antallet af telefonkonsultationer og en stigning på 1,4 % i antallet af konsultationer i dagtiden i praksis.

Almen praksis kan henvise patienterne til skadestue/akutafdeling/akutklinik ved behov for dette. Henvisning til skadestuen kan være rettet mod at få taget et røntgenbillede til afklaring af, om der er tale om et knoglebrud. I perioden efter indførelsen af akutaftalen var der lidt uklarhed med hensyn til, om patienten i så fald "bare" ville få taget et røntgenbillede, hvorefter vedkommende skulle retur til almen praksis til behandling og svar. Nogle steder skulle patienten retur, hvis der ikke var knoglebrud, hvorimod skadestuen/akutafdelingen overtog håndteringen af patienten i tilfælde af knoglebrud. Efterhånden er det blevet sådan, at langt de fleste patienter vurderes og afsluttes på skadestuen/akutafdelingen, også selvom der efter henvisning er taget et røntgenbillede, der ikke viser tegn på fraktur. I andre tilfælde henvises patienten til vurdering og behandling på skadestuen. Dette kan skyldes, at skaden har en størrelse eller type, som betyder, at den ikke kan håndteres i praksis, eller der kan være behov for yderligere vurdering/undersøgelse, som ligger uden for mulighederne i almen praksis. Af de patienter, der blev set i konsultation i almen praksis, blev ca. 80 % afsluttet her, mens resten blev henvist til skadestuen.

At flere skader nu håndteres i almen praksis passer godt med tal, der viser, at antallet af henvendelser i skadestuerne er faldet med ca. 12 % efter implementeringen af akutaftalen (Akutaftalen, Evalueringsrapport, Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet). Der foreligger ikke bevis for, om faldet udelukkende skyldes et fald i antallet af henvendelser om skader, men der synes at være en naturlig sammenhæng her.

Behandling af skader

Godt halvdelen (51,4 %) af alle henvendelser om skade, der er sket inden for de sidste 5 døgn, skyldes skader i muskel- og skeletsystemet, mens 24 % angår skader på hud. Dette passer med, at de hyppigste typer af behandling er behandling af sår (34 %) eller af bevægeapparat og bløddele (32 %). I 20 % af tilfældene var der ikke en egentlig aktiv behandling, men derimod blev der givet råd og vejledning. Disse forhold viser sig også i tillægsydelseerne for disse kontakter. Her udgør "førstebehandling af større sår" 18 % og "anlæggelse af immobiliserende bandager" 16 %. Halvdelen af patienterne fik desuden en recept, hvor det hyppigst drejede sig om smertestillende midler. Antibiotika udgjorde 13,2 % af recepterne.

I de fleste tilfælde var det en speciallæge i almen medicin eller en uddannelseslæge, der var involveret i behandlingen af skaderne (90 %), mens sygeplejersker håndterede 9 % af skaderne. Da en stor del af disse henvendelser er "nye" i almen praksis, er det ikke overraskende, at langt den største del håndteres af læger, da praksis i det fleste tilfælde skal oparbejde erfaring og rutine i at håndtere denne type henvendelser. En del af henvendelserne om skade ville typisk kunne være håndteret af behandlersygeplejersker under supervision af en læge, hvis behandlingen foregik på

en skadestue. Da henvendelser angående skader fortsat udgør en relativt lille andel af henvendelserne i almen praksis, er det usikkert, om det er muligt at få rutine nok i denne type behandling til, at det kan uddelegeres til hjælpepersonale i større udstrækning. Det vil være relevant at undersøge dette på et senere tidspunkt, når akutaftalen har fungeret i nogle år.

I 38 % af tilfældene var tidsforbruget ved behandling af en skade i konsultationen under 10 minutter, i 34 % af tilfældene 10 til 15 minutter, og i 11 % var tidsforbruget over 15 minutter. Da mange henvendelser om skade er akutte og kræver en hurtig vurdering og behandling, vil det kunne medføre en udfordring for praksis at indflette skadesbehandlinger, der varer ud over 15 minutter i et normal tæt besat tidsskema.

Metodediskussion

Alle praksis i Region Midtjylland blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Da data skulle indsamles ved hjælp af pop-up-skemaer via datafangstmodulet Sentinel, var det en forudsætning, at deltagende praksis var tilmeldt Sentinel. Da indbydelserne blev sendt rundt via informationsmail fra "Praksis.dk", var 97,1 % af alle praksis i Region Midtjylland allerede tilmeldt Sentinel. De praktiserende læger blev opfordret til at deltage i undersøgelsen af PLO-Midtjylland. I alt 13,4 % af alle de praksis, der var tilmeldt Sentinel, ville gerne deltage, og alle blev inkluderet. De inkluderede praksis var jævnt fordelt på den østlige og vestlige del af regionen, men der var en lavere andel af solopraksis blandt deltagende praksis i fht. fordelingen i hele regionen (Tabel 1).

Trods en underrepræsentation af solopraksis i undersøgelsen, har vi ikke grundlag for at tro, at praksis, der deltog i undersøgelsen, har flere eller færre henvendelser om skader end andre praksis og heller ikke, at de skulle håndtere henvendelser om skader anderledes end ikke-deltagende praksis. Vi kan ikke udelukke, at praksis, der har tilmeldt sig, generelt har større interesse i at behandle og håndtere skader end andre praksis. Men den relativt lave tilslutning til projektet er en svaghed, som skal tages i betragtning, når man ser på den eksterne validitet af undersøgelsen, herunder generaliserbarheden af resultaterne til hele almen praksis i regionen.

Praksis blev honoreret for at deltage i undersøgelsen, da der var et betydeligt tidsforbrug forbundet med at deltage. Vi ønskede at opfange så stor en del som muligt af alle henvendelser om skader i undersøgelsesperioden. Derfor var det nødvendigt at deltagerne besvarede spørgsmål på en pop-up skærm ved samtlige henvendelser, der blev afsluttet med ydelsen 0202 (telefon-konsultation) eller 0101 (konsultation). Det medførte en lang række pop-up-skemaer, hvor man blot skulle krydse nej til indledningsspørgsmålet om, hvorvidt henvendelsen omhandlede en skade. Honoreringen var delt op i et fast grundhonorar for deltagelse og derudover et honorar pr. skema, hvor kontakten drejede sig om en skade.

En undersøgelse som denne har en del tekniske udfordringer. Således var det nødvendigt, at alle i praksis blev informeret om undersøgelsen, og at de blev sat ind i proceduren med at udfylde pop-up-skemaer. Desuden skulle projektet aktiveres hos den enkelte læge/medarbejder i edb-

systemet, hvor man tilmelder og framelder sig projekter fra DAK-e. Dette skal nok ses som en del af forklaringen på, at kun 13,4 % af praksis meldte tilbage, at de gerne ville deltage.

Der blev besvaret pop-up-skemaer for ca. 70 % af alle henvendelser i de deltagende praksis i undersøgelsesperioden. Således har ca. 30 % af henvendelserne været håndteret af læger/personale i praksis, der formentlig alligevel ikke havde fået tilmeldt sig projektet inde i Sentinel-modulet i edb-systemet i praksis. Der kan være en skævhed, hvis disse 30 % adskiller sig fra de 70 %, der deltog. Hvis denne gruppe generelt håndterer skader sjældnere end dem, der deltog ved besvarelse, så er der en risiko for, at vi overestimerer antallet af henvendelser om skader til praksis. Hvis det modsatte er tilfældet, er der en tilsvarende risiko for, at vi har underestimeret tallet. Det var i højere grad praksispersonalet, der ikke deltog (sammenlignet med lægerne). Det kan have en betydning, hvis andelen af konsultationer om skader generelt er højere hos sygeplejersker end hos læger. Det kan betyde en underestimering af antallet af henvendelser om skader.

Det var muligt at afslutte udfyldningen af pop-up-spørgeskemaerne uden at besvare alle spørgsmålene. Dette har medført en lidt varierende grad af svarprocent for de enkelte spørgsmål.

Vi har kun mulighed for at se initialer på læger/personale i praksis for de udfyldte skemaer, der omhandler henvendelse om en skade. Vi har ikke disse oplysninger for de skemaer, hvor der blev afkrydset nej til, at henvendelsen drejede sig om en skade. Derfor kan vi ikke vide, om de læger eller det personale, der ikke udfyldte et spørgeskema om en skadehenvendelse, ikke har tilmeldt sig projektet eller ikke har haft telefonkonsultation/konsultation med en patient, hvor henvendelsen skyldtes en skade i projektperioden.

Projektperioden var først fastsat til at vare 2 uger og forløbe sideløbende med en evalueringsundersøgelse af skadehåndtering i lægevagten. Da vi kunne se, at vi fik relativt få spørgeskemaer angående henvendelser om skade, især i den første uge af projektperioden, valgte vi at udvide projektperioden til at dække 3 uger. Vi valgte ikke at medtage henvendelser, der skyldtes skader, som var sket for mere end 5 døgn siden, da disse henvendelser formentlig også ville have været rettet til almen praksis før implementeringen af akutaftalen. Besvarelser angående disse henvendelser ville også have været af interesse, men fordelene skulle opvejes i forhold til de øgede projektudgifter og den øgede arbejdsbelastning for praksis.

Man kan diskutere, hvornår en henvendelse skyldes en skade. Vi valgte at udforme en fælles definition af begrebet skade for at sikre, at det kliniske personale og forskerne i arbejdsgruppen havde en homogen forståelse af begrebet skade. Definitionen blev indholdsvalideret af læger fra almen praksis, styregruppen bag evaluering af akutaftalen og internt på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Men vi kan ikke være sikre på, at alle deltagende læger/personaler har præcis samme opfattelse af, hvad der er en skade, da det stadig er en subjektiv vurdering.

Henvendelser om skader udgør en relativt lille andel af alle henvendelser til almen praksis. Således fandt vi, at skader, der var sket inden for de seneste 5 døgn, var årsag til 2,6 % af alle henvendelser. Det betyder, at trods mange deltagende praksis og en inkluderingsperiode på over 3 uger, er selve datamaterialet fortsat relativt lille. Dette medfører nogen usikkerhed ved de beregnede estimater og frekvensfordelinger.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at henvendelser om skader, der er sket inden for de seneste 5 døgn, udgør ca. 2,6 % af alle kontakter til almen praksis (telefonkonsultationer og konsultationer). Disse fordeler sig på 0,6 % af alle telefonkonsultationer og 3,2 % af alle konsultationer. Det blev vurderet, at cirka 50 % af disse kontakter "helt sikkert" eller "måske" ville have været rettet mod skadestuer før implementeringen af akutaftalen. Det betyder, at akutaftalen har medført cirka 1,4 % flere konsultationer og 0,6 % flere telefonkonsultationer til almen praksis i dagtiden, beregnet ud fra oplysningerne i denne undersøgelse. Desuden er der en del tillægsydelser forbundet med de "nye" kontakter til praksis.

En stor del af henvendelserne om skade (90 %) bliver håndteret ved en konsultation i almen praksis, mens kun ca. 7 % afsluttes ved en telefonkonsultation. Det er i høj grad speciallæger i almen medicin eller uddannelseslæger, der er involveret i behandlingen af skader, da disse to grupper er involveret i 90 % af tilfældene.

Samlet viser undersøgelsen, at indførelsen af akutaftalen i Region Midtjylland har medført flere kontakter og flere behandlinger som følge af henvendelser om skader i almen praksis. Det var også en af hensigterne med akutaftalen, at flere skader skulle behandles i almen praksis.