

# Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Vagtlægerne og sygeplejerskerne  
evaluering af lægevagten

---



Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland

Evalueringsrapport, juni 2014

ISBN: 978-87-90004-34-7

Rapporten er udarbejdet af:

Linda Huibers, ph.d., M.D.

Charlotte Gjørup Pedersen, ph.d., cand.scient.san.

Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, ph.d.

Grete Moth, ph.d., cand.scient.san.

Forskningsenheden for Almen Praksis

Aarhus Universitet

Bartholins Allé 2

DK-8000 Aarhus C

T: 87168059

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
Metode.....	13
Resultater.....	16
Diskussion.....	42
Konklusion.....	45
Litteratur.....	46
Bilag 1. Spørgeskema til lægerne.....	47
Bilag 2. Spørgeskema til sygeplejersker.....	54
Bilag 3. Kommentarer fra lægerne.....	60
Bilag 4. Kommentarer fra sygeplejersker.....	77



## Sammenfatning

**Indledning:** I september 2012 blev en ny akutaftale implementeret i Region Midtjylland. Aftalen var forhandlet mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Formålet med akutaftalen var at etablere en enstrengt indgang til sundhedsvæsenet for patienter med akut brug for lægehjælp. Derudover ønskede man at udnytte de eksisterende kapaciteter i skadestuer/akutafdelinger/-klinikker og lægevagten bedst muligt i forhold til akutte henvendelser. De praktiserende læger blev ansvarlige for telefonvisitationen af alle akutte henvendelser både i dagtid og vagttid. Samtidig fik lægerne flere muligheder for at udføre diagnostiske undersøgelser i lægevagten, og sygeplejersker blev aktive samarbejdspartnere i konsultationerne i lægevagten.

Akutaftalens indvirkning på arbejdsrutinerne i lægevagten har stor betydning for personalet. Det er således relevant med en evaluering af personalets erfaringer med arbejdsopgaverne og det interne samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger. Derudover er det væsentligt at indhente personalets bud på, hvordan lægevagten kan optimeres.

Formålet med denne devaluering af akutaftalen var at undersøge vagtlægernes og sygeplejerskernes erfaringer med (sam)arbejdet i lægevagtskonsultationerne efter implementeringen af akutaftalen og at få lægernes og sygeplejerskernes input til en optimering af samarbejdet. Det resulterede i to forskningsspørgsmål: "Hvordan oplever vagtlægerne og sygeplejerskerne (sam)arbejdet i lægevagtskonsultationerne i Region Midtjylland?", og "Hvordan kan samarbejdet ifølge vagtlæger og sygeplejersker optimeres?"

**Metode:** Vi gennemførte en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle vagtlæger og sygeplejersker i lægevagten i Region Midtjylland blev inviteret til at udfylde et internetbaseret spørgeskema. Spørgeskemaerne til hhv. vagtlægerne og sygeplejerskerne blev udviklet efter gennemgang af tidligere evalueringundersøgelser, litteraturen om implementeringsundersøgelser og input fra besøg på skadestuer/akutafdelinger og interviews med praktiserende læger og sygeplejersker med tilknytning til lægevagten. Derudover gennemførte vi interne og eksterne ekspertrunder for at validere de to anvendte spørgeskemaer. Internetspørgeskemaerne blev testet af fire vagtlæger og seks sygeplejersker.

Grundstrukturen i de to spørgeskemaer byggede på følgende tre emner: 1) baggrundsoplysninger og arbejdsforhold, 2) vagtlægernes og sygeplejerskernes erfaringer med akutaftalen i relation til lægevagten og 3) samarbejdet mellem vagtlægerne og sygeplejerskerne. Derudover havde de to faggrupper mulighed for at komme med andre forslag til forbedringer. Alle vagtlæger og sygeplejersker i Region Midtjylland, der arbejdede i lægevagten pr. januar 2013, blev inkluderet. De to spørgeskemaer blev rundsendt i maj 2013 og en reminder fulgte efter to uger.

**Resultater:** Deltagere: I alt besvarede 318 vagtlæger spørgeskemaet (svarprocent på 57 %). De deltagende adskilte sig ikke statistisk signifikant fra de ikke- deltagende. De fleste respondenter havde specialuddannelse i almen medicin og var samtidig medejere af praksis (73 %). Respondenterne havde i gennemsnit 12 års anciennitet fra almen praksis. I alt besvarede 123 sygeplejersker spørgeskemaet (svarprocent på 63 %). I gennemsnit havde de 20 års anciennitet som sygeplejerske og 10 års erfaring fra arbejde på skadestue. Over halvdelen (68 %) af respondenterne var uddannet som behandlersygeplejerske.

**Generel tilfredshed:** Størstedelen af vagtlægerne (81 %) var tilfredse med akutaftalen. Over halvdelen af vagtlægerne (57 %) var mere tilfredse med de nuværende arbejdsforhold i lægevagten i fht. tidligere. I relation til skadebehandling udtrykte 46 % af vagtlægerne stor interesse og 47 % middel interesse. Derudover vurderede 56 %, at de i høj grad var kvalificeret til behandling af småskader. Generelt var 42 % af sygeplejerskerne tilfredse med den nye akutaftale, mens 16 % var utilfredse, og de resterende svarede ved ikke. Derudover vurderede 63 % af sygeplejerskerne, at de i høj grad var fagligt kompetente til at varetage arbejdet i lægevagten, og omkring en fjerdedel (27 %), at de i nogen grad var fagligt kompetente.

**Arbejdsbelastning:** I forhold til tidligere arbejdsforhold i lægevagten vurderede flere vagtlæger, at arbejdet er blevet mere belastende: 49 % i konsultationsvagterne, 26 % i visitationsvagterne og 12 % i besøgsvagterne. Flest vagtlæger svarede, at arbejdsbelastningen i besøgsvagter (77 %) og visitationsvagter (54 %) var uændret efter implementeringen af akutaftalen. Omtrent en tredjedel (38 %) af sygeplejerskerne vurderede, at arbejdet var belastende eller meget belastende.

**Arbejdstilfredshed:** Tres procent af sygeplejerskerne var alt i alt meget tilfredse eller tilfredse med arbejdet i lægevagten. Sygeplejerskerne var mest utilfredse mht. anvendelsen af deres faglige kompetencer i lægevagten (26 %), ansvarsområderne (24 %) og variationen af deres arbejdsopgaver (19 %).

**Tilfredshed med samarbejdet:** Størstedelen af vagtlægerne (86 %) var meget tilfredse eller tilfredse med det faglige samarbejde med sygeplejerskerne. Mindst tilfredshed vedrørte klarhed om afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver (49 %) og sygeplejerskernes vurdering af patienter, der bliver overflyttet til skadestue/akutafdeling (59 %). Endvidere var de fleste vagtlægerne enige i, at sygeplejerskernes observation af venteområdet er med til at øge patientsikkerheden (69 %), at sygeplejerskerne bidrager med relevant patientvejledning (82 %), og at det er en stor hjælp, at sygeplejerskerne overvåger akut dårlige patienter inden overflytning til sygehusafdeling (82 %).

Alt i alt var 64 % af sygeplejerskerne tilfredse med samarbejdet med vagtlægerne, og 67 % var tilfredse med den faglige dialog med vagtlægerne. En mindre del af sygeplejerskerne var utilfredse med vagtlægerne indsigt i deres arbejde (20 %), uddelegering af arbejdsopgaver (14 %) og brug af deres faglige kvalifikationer (15 %).



**Effekten af akutaftalen:** Vagtlægerne var meget enige eller enige i, at patienternes vej i det akutte system er blevet mere optimal (61 %), at samarbejdet med sygehusafdelinger er blevet bedre (53%), at den lægelige behandling er blevet mere effektiv (59 %), og at det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser (75 %). En del af lægerne var også enige i, at patienternes ventetid er blevet kortere (40 %). Over halvdelen af vagtlægerne var uenige i, at konsultationsvagterne er blevet mindre travle (54 %).

**Diskussion og anbefalinger:** Vagtlægerne og sygeplejerskerne rapporterer en generel tilfredshed med akutaftalen og samarbejdet i lægevagtskonsultationen. Der er stor enighed blandt vagtlægerne og sygeplejerskerne, når de vurderer samarbejdet i lægevagten, og de udtrykker en generel tilfredshed. De to faggrupper er i stor udstrækning enige om, hvilke indsatsområder der kan effektivisere lægevagten.

Af fremtidige arbejdsopgaver for sygeplejersker nævnte vagtlægerne og sygeplejerskerne bl.a., at de i højere grad kunne suturere og behandle små sår/småskader, klargøre patienterne til lægekonsultationen, selvstændigt afslutte patienter med ukompliceret cystitis eller distorsio pedis, udføre halspodninger og selvstændigt afslutte patienter med isolerede halssymptomer, prioritere blandt de ankomne patienter, og selvstændigt vurdere og videresende patienter til røntgenafdelingen.

**Konklusion:** Implementeringen af akutaftalen har medført en enstrenget indgang til akutsystemet i Region Midtjylland, hvor vagtlæger varetager telefonvisitation af alle akutte patienter (bortset fra 112-opkald). Sygeplejersker er desuden blevet integreret i vagtlægekonsultationerne. Denne undersøgelse peger på en generel tilfredshed blandt vagtlægerne og sygeplejerskerne med akutaftalen. Lægerne og sygeplejerskerne er generelt tilfredse med samarbejdet, selvom nogle elementer evalueres mindre positive. I relation til arbejdet i lægevagtskonsultationen gav begge faggrupper input til at optimere. Samarbejdet mellem vagtlægerne og sygeplejerskerne er kommet godt fra start, men der er plads til forbedringer, som kan optimere samarbejdet og sikre en bedre udnyttelse af de forskellige faglige kompetencer.





## Indledning

I september 2012 blev der implementeret en ny akutaftale mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Formålet med akutaftalen var at etablere en enstrengt indgang til sundhedsvæsenet for patienter med akutte problemer bortset fra tilfælde, hvor der er behov for hjælp fra 112. Formålet var endvidere at opnå en mere fleksibel udnyttelse af kapaciteten ved at inddrage almen praksis som en integreret del af det akutte beredskab i dagtiden og ved at etablere et samarbejde mellem lægevagt og skadestuepersonale (akutafdelinger/-klinikker). Herved ønskede man at udnytte kernekompetencerne bedst muligt hos både lægerne i lægevagten og hos personalet på akutafdelingerne/akutklinikkerne, ligesom samarbejdet forventedes at kunne begrænse ventetider i spidsbelastede perioder.

Akutaftalen har medført, at alle akutte henvendelser skal gå via praktiserende læger – i dagtiden til almen praksis og i vagttiden til lægevagten. Den sygeplejerskebemandede skadestue på Aarhus Sygehus blev nedlagt, og de praktiserende læger blev således ansvarlige for telefonvisitationen af alle patienter. Det betyder, at patienter med mindre skader og øvrige henvendelser, der naturligt hører til almen praksis, skal håndteres i almen praksis i dagtiden og i lægevagten i vagttiden frem for at blive henvist til skadestue. Endvidere fik lægerne flere muligheder for at udføre diagnostiske undersøgelser i lægevagten, ligesom sygeplejersker fra skadestuer/akutafdelinger og akutklinikker nu indgår som aktive samarbejdspartnere i lægevagtskonsultationerne. Sygeplejerskerne modtager og overvåger patienterne i venteområdet, assisterer vagtlægen, håndterer selvstændigt behandlinger inden for deres ansvarsområde og er bindeled mellem lægevagten og sygehusene.

PLO Midtjylland og Region Midtjylland har under udviklingen af akutaftalen været enige om vigtigheden af at foretage en evaluering af ændringerne, herunder effektivitet og personalets tilfredshed samt eventuel indflydelse på fordeling af og antallet af kontakter og ydelser i både primær- og sekundærsektoren. Akutaftalens indflydelse på arbejdsrutinerne i vagttiden kan have store konsekvenser for det faglige personale. Implementeringen kan være udfordrende, og det er vigtigt, at personalet inddrages i en evaluering for at optimere funktionen i både lægevagten og på akutafdelingerne/akutklinikkerne.

Formålet med denne delrapport af evalueringen af akutaftalen i Region Midtjylland er at undersøge vagtlægernes og sygeplejerskernes erfaringer med og holdninger til arbejdsmiljøet og det interne samarbejde i lægevagtskonsultationerne efter implementering af akutaftalen. Et andet formål er at bruge lægernes og sygeplejerskernes input til at få inspiration til at kunne optimere samarbejdet.

Vores forskningsspørgsmål var:

- Hvordan evaluerer vagtlægerne og sygeplejerskerne deres samarbejde i lægevagtskonsultationen?
- Hvordan kan samarbejdet ifølge vagtlæger og sygeplejersker optimeres?

## Metode

### Dataindsamling

Undersøgelsen er gennemført ved en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt alle vagtlæger og sygeplejersker, der har arbejdet ved lægevagten i Region Midtjylland.

### Udvikling af spørgeskema til vagtlægerne

Vi indledte udviklingsprocessen med at hente inspiration fra tidligere evalueringsundersøgelser fra Holland (1,2), hvor man har stor erfaring med evaluering af nye organisationsformer inden for lægevagtsområdet. Dernæst blev litteraturen om implementeringsundersøgelser gennemgået (3). Det første udkast af spørgeskemaet blev udarbejdet på baggrund af litteraturen og input fra vores besøg på fire skadestue-/akutafdelinger og hos tre praktiserende læger. Forskerne fra lægevagtsgruppen gennemførte to interne ekspertrunder, hvor de fokuserede på spørgeskemaets indhold, hvorefter yderligere to forskere fra Forskningsenheden for Almen Praksis gennemgik spørgeskemaet med fokus på den metodologiske del.

I første omgang blev spørgeskemaet indholdsvalideret internt i styregruppen for evaluering af akutaftalen og eksternt af to vagtlæger i Region Midtjylland. Denne valideringsgruppe blev bedt om at kommentere på, hvorvidt spørgsmålene og svarkategorierne var meningsfulde, forståelige, eksklusive og ekshaustive. Deres input blev drøftet på et møde i forskningsgruppen og ændringer blev tilføjet i spørgeskemaet, der hermed udgjorde det endelige spørgeskema i papirformat. Herefter blev spørgeskemaet transformeret til en internetbaseret version ved brug af it-programmet SurveyXact fra Rambøll. Spørgeskemaets it-tekniske funktioner blev testet af fire vagtlæger fra Region Midtjylland, der ikke fandt problemer med udfyldelse af skemaerne. Det endelige spørgeskema kan ses i Bilag 1.

### Udvikling af spørgeskema til sygeplejerskerne i lægevagten

Ved udvikling af spørgeskemaet til sygeplejerskerne brugte vi input fra besøg på skadestue-/akutafdelinger og interviews med sygeplejersker. Forskerne fra lægevagtsgruppen havde to interne ekspertrunder, hvor der blev fokuseret på indholdet. Spørgeskemaet blev efterfølgende indholdsvalideret internt af styregruppen for evaluering af akutaftalen og eksternt af to sygeplejersker fra henholdsvis akutafdelingen i Aarhus og Viborg. Valideringsgruppen blev bedt om at kommentere på spørgeskemaets indhold med hensyn til, om spørgsmål og svarkategorier var meningsfulde, forståelige, eksklusive og ekshaustive. Input blev drøftet i forskningsgruppen, hvorefter spørgeskemaet blev revideret samt transformeret til en internetbaseret version (SurveyXact fra Rambøll). Derefter blev en ny testgruppe med seks sygeplejersker bedt om at afprøve spørgeskemaets it-tekniske funktioner. De seks sygeplejersker repræsenterede samtlige lægevagtskonsultationer i Region Midtjylland, idet de respektive afdelingssygeplejersker for regionens skadestuer/akutafdelinger og akutklinikker blev bedt om at udvælge én sygeplejerske med vagter i lægevagten til at udføre testen. Testgruppen fandt ingen problemer ved den internetbaserede version af spørgeskemaet. Det endelige spørgeskema kan ses i Bilag 2.

### **Spørgeskema til vagtlægerne og sygeplejerskerne**

Vagtlægerne blev bedt om at besvare 18 spørgsmål, som var fordelt på tre emner: 1) baggrundsoplysninger og arbejdsforhold, 2) erfaringer med akutaftalen i relation til lægevagten og samarbejdet med sygeplejerskerne og 3) forslag til forbedringer.

Spørgeskemaet til sygeplejerskerne bestod af 19 spørgsmål, som var fordelt på de samme tre emner som til vagtlægerne. De fleste spørgsmål var formuleret som udsagn og havde Likert-skala med fem svarkategorier til at måle tilfredshed og enighed. Endvidere var der åbne kommentarbokse ved de forskellige emner, hvor vagtlægerne og sygeplejerskerne havde mulighed for at komme med kommentarer og forslag til forbedringer.

### **Forsendelse og besvarelse af spørgeskemaer**

#### *Vagtlægerne*

I maj 2013 blev der hos PLO-Midtjylland indhentet oplysninger (navn og e-mailadresse) på samtlige vagtlæger i regionen, som havde arbejdet i lægevagten fra januar 2013. Det drejede sig i alt om 556 læger. Denne inklusionsperiode blev valgt for at sikre, at besvarelserne ikke kun var relateret til selve implementeringen af akutaftalen, der fandt sted i september 2012. Alle vagtlæger blev orienteret om undersøgelsen per e-mail af formanden for PLO-Midtjylland dagen før den elektroniske distribution af spørgeskemaet (ultimo maj 2013). Tidsfristen for at besvare spørgeskemaet var ultimo juni 2013. Herefter modtog de læger, der ikke havde svaret, en påmindelse om undersøgelsen via e-mail. Alle besvarelser blev registreret anonymt i it-programmet SurveyXact.

#### *Sygeplejerskerne*

I ugen op til distribution af sygeplejerskernes spørgeskema blev de respektive afdelingssygeplejersker for skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker bedt om at oplyse, hvilke sygeplejersker (navn og e-mailadresser) der var tilknyttet lægevagten fra januar 2013. Denne periode blev valgt for at sikre, at besvarelserne ikke kun var relateret til selve implementeringen af akutaftalen, der fandt sted i september 2012. Afdelingssygeplejerskerne adviserede sygeplejerskerne om undersøgelsen via e-mail. Derudover modtog alle afdelingssygeplejersker en informationsflyer om undersøgelsen, som de blev opfordret til at placere et synligt sted for sygeplejerskerne i lægevagten. Sygeplejerskerne modtog spørgeskemaet via e-mail ultimo maj 2013. De sygeplejersker, der ikke havde returneret spørgeskemaet inden medio juni 2013, modtog en påmindelse om undersøgelsen via e-mail. Sidste frist for at besvare spørgeskemaet var ultimo juni 2013. Alle sygeplejerskernes besvarelser blev registreret anonymt i it-programmet SurveyXact.

## Analysemetode

Besvarelsene er opgjort for henholdsvis vagtlægerne og sygeplejerskerne. Repræsentativiteten af undersøgelsespopulationen for vagtlæger og sygeplejersker er undersøgt ved at sammenligne deltagere og ikke-deltagere i forhold til alder og køn (t-test).

Respondenterne udtrykte deres tilfredshed eller enighed med et spørgsmål ud fra en Likert-skala med fem punkter, som i resultatafsnittet er grupperet til en trepunktsskala. Endvidere er besvarelsene delt op i to geografiske områder baseret på de tidligere forskelle i organiseringen af skadestue og lægevagt internt i regionen. "Øst" er skadestuerne/akutafdelingerne i Aarhus, Horsens, Randers og Viborg samt akutklinikkerne i Grenaa, Silkeborg, og Skive. "Vest" er skadestuen/akutafdelingerne i Herning samt akutklinikkerne i Ringkøbing og Holstebro.

Frekvensanalyser med resultater for alle vagtlæger og sygeplejersker inden for hvert emne er beregnet (absolutte tal og procentfordeling). Derudover er besvarelsene fra "øst" og "vest" sammenlignet ved brug af chi-2 test. P-værdien markeres kun med en stjerne (\*), hvis der var en statistisk signifikant forskel (signifikansniveauet er 5 %). Svarkategorien "ved ikke/ikke relevant" blev kun medtaget i tabeller, hvis kategorien udgjorde mindst  $\geq 10$  %.

To forskere fra Forskningsenheden for Almen Praksis gennemgik alle besvarelsene i de åbne kommentarbokse. De hyppigste kommentarer er sammenfattet i resultatafsnittet. Analyserne er udarbejdet ved brug af statistikprogrammet STATA version 12.

## Resultater

I det følgende præsenteres vagtlægernes og sygeplejerskernes besvarelser under emnerne: undersøgelsespopulation (opdelt på vagtlægerne og sygeplejerskerne), erfaringer med akutaftalen, samarbejdet mellem vagtlæger og sygeplejersker samt effekten af akutaftalen.

### Vagtlægerne

#### Respondenter

I alt modtog 556 vagtlæger et spørgeskema, hvoraf 60 % (n = 331) besvarede skemaet. Blandt disse blev 4 % (n = 13) ekskluderet, fordi spørgeskemaet kun var delvist udfyldt. Svarprocenten for vagtlægerne var således 57 % (n=318).

Over halvdelen af respondenterne var mænd (55 % mænd og 45 % kvinder), og mænd udgjorde også en større andel af ikke-respondenter (60 % mænd og 40 % kvinder)(Tabel 1). Vagtlægernes samlede gennemsnitsalder var 48 år; mændene havde en højere gennemsnitsalder (51 år) end kvinderne (45 år). Der var ikke statistisk signifikant forskel på køn og alder mellem respondenter og ikke-respondenter.

**Tabel 1.** Vagtlægernes køn og alder for respondenter og ikke-respondenter.

	Respondenter N = 318	Ikke-respondenter N = 238
<b>Køn, n (%)</b>		
Mænd	174 (55)	143 (60)
Kvinder	144 (45)	95 (40)
<b>Alder, antal år i gennemsnit (min.-maks.)</b>		
Total	48 (31 - 76)	49 (33 - 76)
Mænd	51 (31 - 76)	52 (33 - 76)
Kvinder	45 (31 - 62)	45 (33 - 62)

#### Baggrundsoplysninger om de deltagende vagtlæger

De fleste respondenter havde specialuddannelse i almen medicin og var samtidig medejere af praksis (73 %)(Tabel 2). De resterende vagtlæger var speciallæger i almen medicin med vikarfunktion i almen praksis (10 %), speciallæger i almen medicin uden ansættelse i praksis (7 %), uddannelseslæger i almen medicin (9 %) og andet (1 %). Respondenterne havde i gennemsnit 12 års anciennitet fra praksis - mandlige vagtlæger 15 års anciennitet og kvindelige vagtlæger 8 år (data ikke vist). Der var besvarelse fra vagtlægerne med funktion i samtlige lægevagtskonsultationer i Region Midtjylland; dog med betydeligt flere fra øst (81 %) end vest (19 %). Over halvdelen af respondenterne oplyste, at de havde haft fire eller flere vagter i lægevagtsordningen i undersøgelsesperioden.



**Table 2.** Baggrundsoplysninger for vagtlæger, der besvarede spørgeskemaet – opdelt på område.

	Alle N = 318	Øst N = 256	Vest N = 62
<b>Køn, n (%)</b>			
Mænd	174 (55)	141 (55)	33 (53)
Kvinder	144 (45)	115 (45)	29 (47)
<b>Alder, antal år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	48 (31 - 76)	48 (31 - 76)	49 (33 - 72)
<b>Profession, n (%)</b>			
Specialuddannelse i almen medicin, medejer af praksis	231 (73)	181 (71)	50 (81)
Speciallæger i almen medicin, ansat som vikar i praksis	32 (10)	27 (11)	5 (8)
Speciallæger i almen medicin, uden ansættelse i praksis	23 (7)	21 (8)	2 (3)
Uddannelseslæger i almen medicin	28 (9)	24 (9)	4 (6)
Andet	4 (1)	3 (1)	1 (2)
<b>Anciennitet fra praksis, antal år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	12 (0 - 42)	12 (0 - 42)	13 (1 - 38)
<b>Praksistype, n (%)</b>			
Solopraksis	31 (10)	22 (9)	9 (15)
Kompagniskabspraksis	229 (72)	183 (71)	46 (74)
Gruppepraksis	21 (7)	19 (7)	2 (3)
Ikke i praksis, men har vagtydnummer	30 (9)	26 (10)	4 (6)
Andet	7 (2)	6 (2)	1 (2)
<b>Konsultationssted, hvor vagtlægen havde flest vagter, n (%)</b>			
Grenaa		3 (1)	-
Herning		-	30 (48)
Holstebro		-	26 (42)
Horsens		36 (14)	-
Randers		35 (14)	-
Ringkøbing		-	6 (10)
Silkeborg		39 (15)	-
Skive		10 (4)	-
Viborg		27 (11)	-
Aarhus		106 (41)	-
<b>Antal konsultationsvagter i undersøgelsesperioden, n (%)</b>			
<4 vagter	149 (47)	113 (44)	36 (58)
≥4 vagter	169 (53)	143 (56)	26 (42)

Blandt vagtlægerne var der en relativt stor interesse for skadebehandling; 46 % havde en stor eller meget stor interesse, mens 47 % havde middel interesse (Tabel 3). Vagtlægerne fra vest havde oftere en stor eller meget stor interesse for skadebehandling (58 %) end lægerne fra øst (43 %). De fleste vagtlæger vurderede, at de i høj grad (56 %) eller i nogen grad (40 %) var kvalificerede til at behandle skader. Vagtlægerne i vest svarede oftere ”i høj grad kvalificerede” (81 %) end vagtlægerne i øst (50 %).

**Tabel 3.** Vagtlægernes interesse for skadebehandling og vurdering af egne kvalifikationer til at behandle skader.

	Alle N = 318 n (%)	Øst N = 256 n (%)	Vest N = 62 n (%)
<b>Interesse for skadebehandling</b>			
Meget stor - stor	145 (46)	109 (43)	36 (58)
Middel	150 (47)	127 (50)	23 (37)
Lille - meget lille	23 (7)	20 (8)	3 (5)
<b>Kvalificeret til behandling af mindre skader*</b>			
I høj grad	178 (56)	128 (50)	50 (81)
I nogen grad	126 (40)	115 (45)	11 (18)
I begrænset grad	14 (4)	13 (5)	1 (2)
Slet ikke	-	-	-

\* Signifikant forskel mellem øst og vest

## Sygeplejerskerne

### Respondenter

I alt modtog 194 sygeplejersker spørgeskemaet, hvoraf 127 sygeplejersker (65 %) besvarede skemaet. Fire besvarelser blev ekskluderet, fordi spørgeskemaerne kun var delvist udfyldte. Svarprocenten for sygeplejerskerne var således 63 % (n = 123).

Blandt de sygeplejersker, der besvarede skemaet, var de fleste kvinder (98 %), og gennemsnitsalderen var 46 år. Gruppen af sygeplejersker, der ikke besvarede spørgeskemaet, bestod også overvejende af kvinder (94 %)(data ikke vist).

### Baggrundsoplysninger om de deltagende sygeplejersker

Sygeplejerskerne i undersøgelsen havde gennemsnitligt 20 års anciennitet og 10 års erfaring fra skadestuen (Tabel 4). Over halvdelen (68 %) var behandlersygeplejersker, mens de resterende var ansat som basissygeplejersker (24 %), sygeplejerske på akutafdeling (6 %) eller var under uddannelse til behandlersygeplejerske (2 %). Andelen af behandlersygeplejersker i lægevagten var større i vest (89 %) end i øst (60 %). Respondenterne repræsenterede samtlige skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker i Region Midtjylland, hvor de fleste sygeplejersker havde haft mere end fire vagter i undersøgelsesperioden – andelen var større i vest (15 %) end i øst (6 %).

**Table 4.** Baggrundsoplysninger om responderende sygeplejersker.

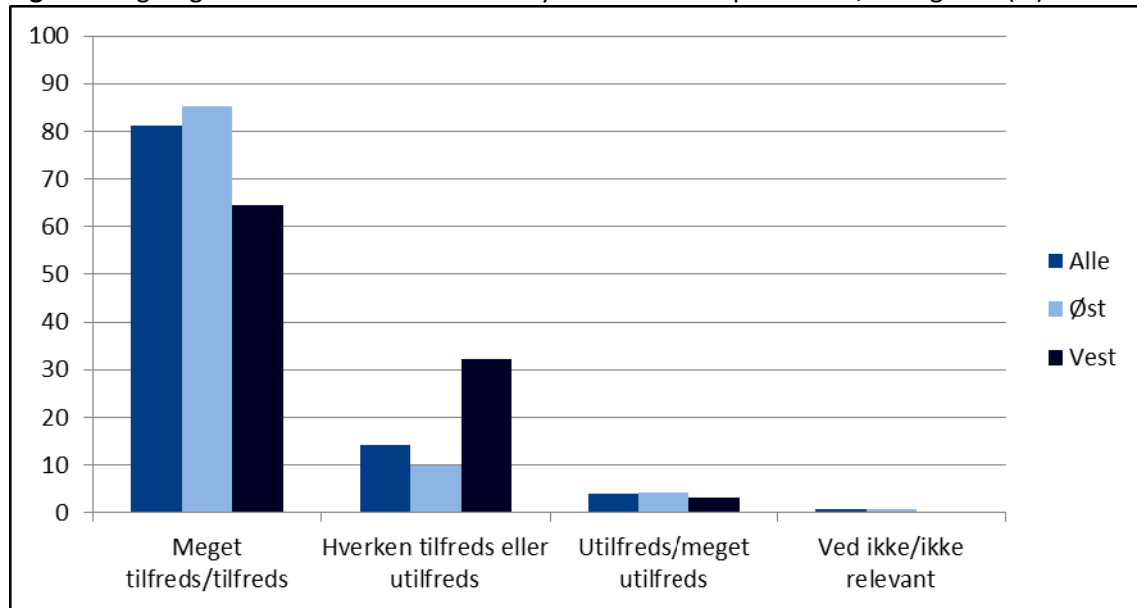
	Alle N = 123	Øst N = 87	Vest N = 36
<b>Køn, n (%)</b>			
Mænd	2 (2)	2 (2)	-
Kvinder	121 (98)	85 (98)	36 (100)
<b>Alder, antal år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	46 (23 - 64)	46 (23 - 64)	48 (30 - 60)
<b>Anciennitet som sygeplejerske, år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	20 (0,5 - 41)	20 (0,5 - 41)	22 (6 - 40)
<b>Anciennitet i skadestuen, år i gennemsnit år (min.-maks.)</b>	10 (0 - 39)	9 (0 - 36)	13 (3 - 39)
<b>Profession, n (%)</b>			
Sygeplejerske på skadestue	29 (24)	26 (30)	3 (8)
Behandlersygeplejerske	84 (68)	52 (60)	32 (89)
Under uddannelse til behandlersygeplejerske	3 (2)	2 (2)	1 (3)
Sygeplejerske på akutafdeling	7 (6)	7 (8)	-
<b>Konsultationssted, hvorfra sygeplejerskerne havde mest erfaring, n (%)</b>			
<i>Skadestuer/akutafdelinger</i>		62 (36)	17 (24)
Herning		-	17 (24)
Horsens		17 (10)	-
Randers		13 (7)	-
Viborg		16 (9)	-
Aarhus		16 (9)	-
<i>Akutklinikker</i>		25 (14)	19 (26)
Grenaa		5 (3)	-
Holstebro		-	15 (21)
Ringkøbing		-	4 (6)
Silkeborg		14 (8)	-
Skive		6 (3)	-
<b>Antal vagter i lægevagtskonsultationer i 2013, n (%)</b>			
1-4 vagter	10 (11)	2 (6)	8 (15)
5-10 vagter	26 (30)	11 (33)	15 (28)
Over 10 vagter	51 (59)	20 (61)	31 (57)
<b>Vagttype oftest, n (%)</b>			
Dagvagt	9 (7)	5 (14)	4 (5)
Aftenvagt	105 (85)	26 (72)	79 (91)
Nattevagt	9 (7)	5 (14)	4 (5)

### Erfaringer med den nye akutaftale i lægevagten

#### Generel tilfredshed – vagtlægerne

Størstedelen af vagtlægerne var tilfredse (81 %) med akutaftalen, hvorimod et fåtal (4 %) var utilfredse (Figur 1). Vagtlægerne fra øst var mere tilfredse med den nye akutaftale (85 %) end vagtlægerne fra vest (65 %). Forskellen skyldes dog ikke utilfredshed blandt lægerne fra vest, men at flere herfra svarede "hverken tilfreds eller utilfreds".

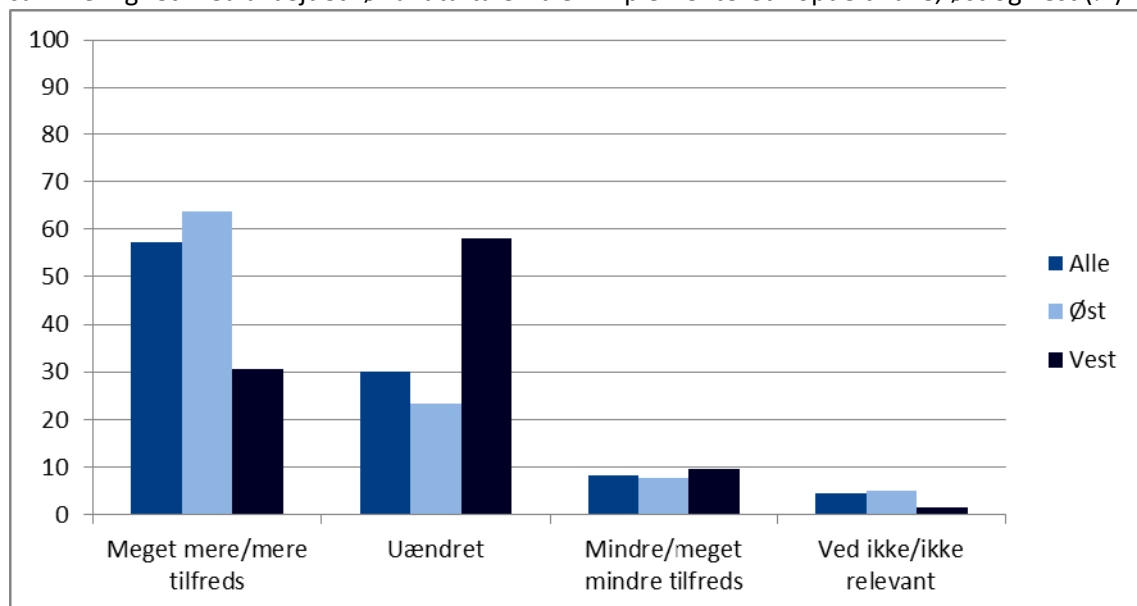
**Figur 1.** Vagtlægenes tilfredshed med den nye akutaftale - opdelt i alle, øst og vest (%).



\*Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest

Sammenlignet med de tidligere arbejdsforhold i lægevagten var 57 % mere tilfredse med det nuværende arbejde (Figur 2). Der blev fundet en relativt stor forskel mellem vagtlægerne fra øst og vest. Lægerne fra øst var statistisk signifikant oftere mere tilfredse (64 %) med de nuværende arbejdsvilkår sammenlignet med før implementeringen af akutaftalen end lægerne fra vest (31 %). Over halvdelen af lægerne i vest svarede, at de hverken var mere eller mindre tilfredse (58 %).

**Figur 2.** Vagtlægenes tilfredshed med det nuværende arbejde i lægevagtskonsultationen sammenlignet med arbejdet før akutaftalen blev implementeret - opdelt i alle, øst og vest (%).

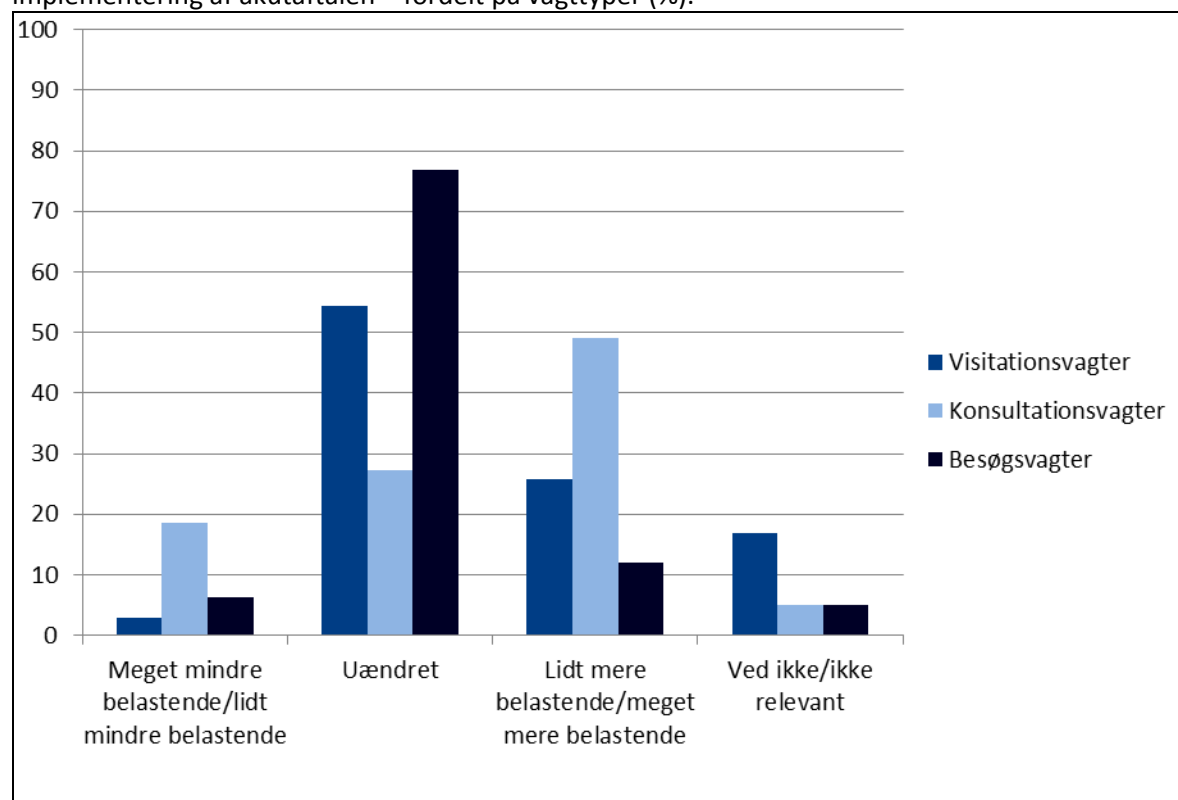


\*Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest

### Arbejdsbelastning – vagtlægerne

Vagtlægernes vurdering af arbejdsbelastningen for de enkelte vagttyper i lægevagten sammenlignet med vilkårene før akutaftalen ses i figur 3. Lægerne vurderede oftest, at belastningen var uændret eller større: 49 % af lægerne vurderede, at konsultationsvagterne var blevet mere belastende end tidligere, 26 % af visitationsvagterne og 12 % af besøgsvagter var mere belastende. De fleste læger svarede, at arbejdsbelastningen i besøgsvagterne (77 %) og visitationsvagterne (54 %) var uændret. En mindre del af lægerne på 18 % vurderede arbejdsbelastningen i konsultationsvagterne som mindre belastende.

**Figur 3.** Vagtlægernes vurdering af nuværende arbejdsbelastning sammenlignet med før implementering af akutaftalen – fordelt på vagttyper (%).



Blandt vagtlægerne fra øst var der en større andel, som vurderede konsultationsarbejdet mere belastende end tidligere (58 % øst, 13 % vest)(Tabel 6). Der var ligeledes statistisk signifikant flere af vagtlægerne i øst, der vurderede visitationsvagterne mere belastende end tidligere (30 % øst og 6 % vest). En større andel af lægerne fra vest vurderede besøgsvagterne som mindre belastende (15 %) end lægerne fra øst (4 %).

**Tabel 6.** Vagtlægenes vurdering af nuværende arbejdsbelastning sammenlignet med før implementering af akutaftalen i de forskellige vagttyper - opdelt i øst og vest (%).

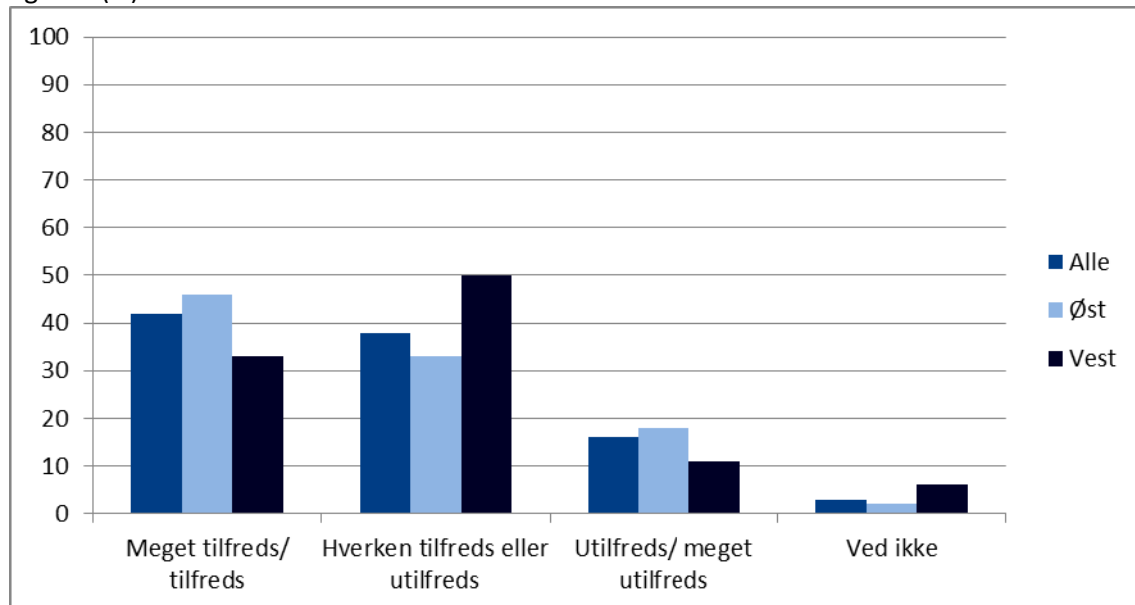
	Øst N = 256				Vest N = 62			
	Meget/ lidt mindre n (%)	Uændret n (%)	Mere/ meget mere n (%)	Ved ikke n (%)	Meget/ lidt mindre n (%)	Uændret n (%)	Mere/ meget mere n (%)	Ved ikke n (%)
Visitationsvagter*	6 (2)	138 (54)	78 (30)	34 (13)	3 (5)	35 (56)	4 (6)	20 (32)
Konsultationsvagter*	47 (18)	45 (18)	148 (58)	16 (6)	12 (19)	42 (68)	8 (13)	0 (0)
Besøgsvagter*	11 (4)	200 (78)	30 (12)	15 (6)	9 (15)	44 (71)	8 (13)	1 (2)

\*Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest

#### Generel tilfredshed – sygeplejerskerne

Samlet var 42 % af sygeplejerskerne tilfredse med den nye akutaftale (øst 47 % og vest 35 %) (Figur 4). Endvidere var 38 % hverken tilfredse eller utilfredse og 16 % var utilfredse. Andelen af sygeplejerskerne, der angav utilfredshed, var størst i øst (18 % øst, 11 % vest).

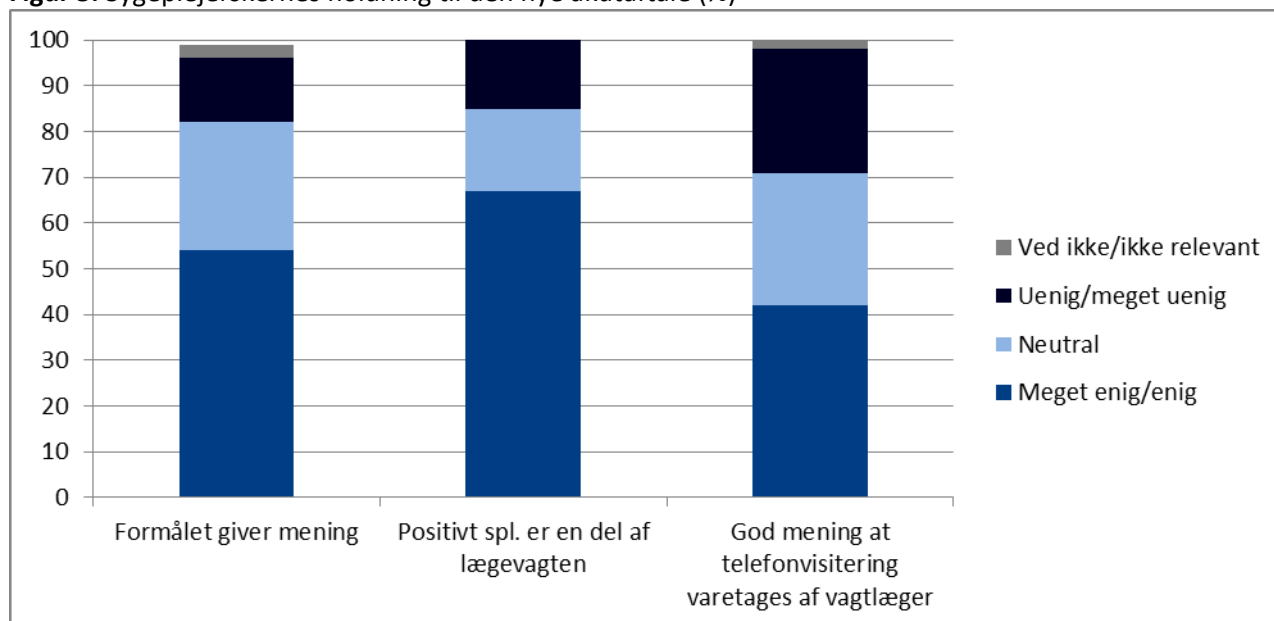
**Figur 4.** Sygeplejerskernes overordnede tilfredshed med hele den nye akutaftale - opdelt i alle, øst og vest (%).



#### Formålet med akutaftalen – sygeplejerskerne

Størstedelen af sygeplejerskerne (54 %) var enige i, at formålet med akutaftalen giver mening (Figur 5). Derudover fandt 67 % af sygeplejerskerne det positivt, at de er blevet aktive samarbejdspartnere i lægevagten. Fire ud af 10 sygeplejersker (42 %) svarede, at det giver mening, at vagtlægerne varetager telefonvisitation af skader, mens 27 % ikke fandt det meningsfyldt, at lægerne varetager denne funktion.

**Figur 5.** Sygeplejerskernes holdning til den nye akutaftale (%)



For hele teksten af udsagnene henvises til Tabel 7

En større andel af sygeplejerskerne i øst (61 %) end i vest (39 %) fandt, at formålet med den nye akutaftale giver mening (Tabel 7). Få sygeplejersker var uenige i udsagnet om, at det er positivt, at sygeplejerskerne nu er en del af lægevagten, men der er en lidt større andel i øst (17 %) end i vest (8 %). Endvidere var 29 % af sygeplejerskerne i øst uenige i, at det giver god mening, at vagtlægerne varetager telefonvisitationen af skader, mens kun 22 % af sygeplejerskerne i vest var af samme holdning.

**Tabel 7.** Sygeplejerskernes holdninger til implementering af den nye akutaftale – opdelt i øst og vest (%).

	Øst N = 87			Vest N = 36		
	Meget enig/enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Uenig/meget uenig n (%)	Meget enig/enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Uenig/meget uenig n (%)
Formålet med den nye akutaftale giver mening*	53 (61)	22 (25)	10 (11)	14 (39)	13 (36)	7 (19)
Det er positivt, at sygeplejersker nu er en del af lægevagten	58 (67)	14 (16)	15 (17)	24 (67)	8 (22)	1 (8)
Det giver god mening, at vagtlægerne varetager telefonvisitationen af skader	36 (41)	25 (29)	25 (29)	16 (44)	11 (31)	8 (22)

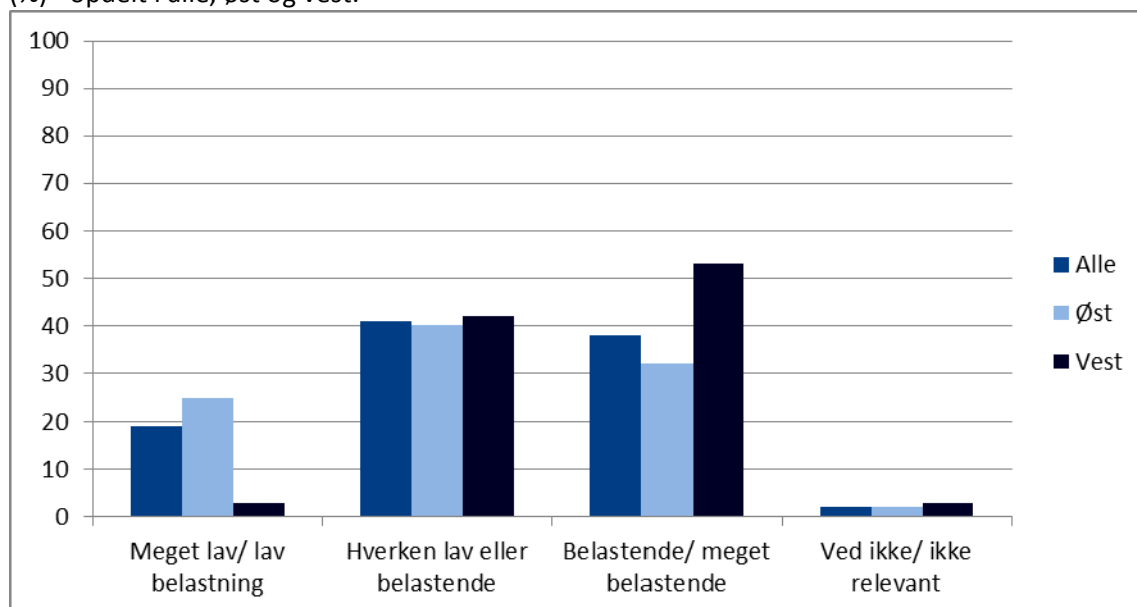
Andelene af svarkategorien "ved ikke/ ikke relevant" varierede mellem 1 % og 6 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen.

\*Signifikant forskel mellem sygeplejerskerne fra øst og vest

### Arbejdsbelastningen – sygeplejersker

Samlet vurderede 19 % af sygeplejerskerne, at arbejdet havde meget lav eller lav belastning (Figur 6). Størstedelen af sygeplejerskerne vurderede, at arbejdsbelastningen hverken var lav eller belastende (41 %) eller belastende og meget belastende (38 %). Der var en statistisk signifikant forskel mellem øst (32 %) og vest (53 %) ( $p = 0,02$ ).

**Figur 6.** Sygeplejerskernes samlede vurdering af arbejdsbelastningen i lægevagtskonsultationen (%) - opdelt i alle, øst og vest.

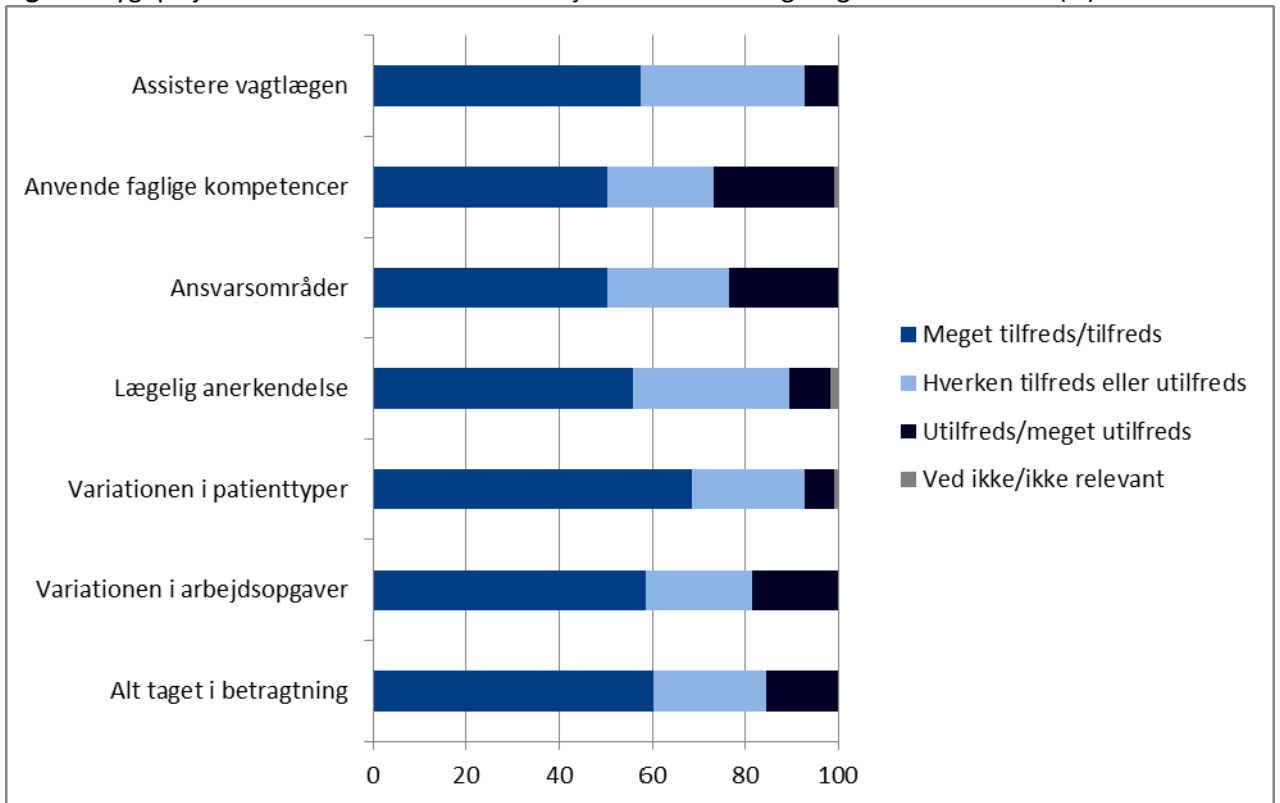


### Tilfredshed – sygeplejerskerne

Sygeplejerskerne blev bedt om at svare på seks spørgsmål om tilfredshed med delelementer af arbejdet i lægevagtskonsultationen og om overordnet tilfredshed (Figur 7). Alt i alt var de fleste sygeplejersker meget tilfredse eller tilfredse (60 %). For hvert af de seks delelementer svarede halvdelen meget tilfreds eller tilfreds. Sygeplejerskerne svarede i større udstrækning utilfreds eller meget utilfreds med tre elementer: 26 % syntes ikke, at de anvendte deres faglige kompetencer i lægevagten, 24 % var utilfredse med ansvarsområderne, og 19 % var utilfredse med variationen i arbejdsopgaverne.



**Figur 7.** Sygeplejerskernes tilfredshed med arbejdslementer i lægevagtskonsultationen (%).



For den fulde ordlyd af udsagn henvises til Tabel 8

Alt taget i betragtning var sygeplejerskerne fra vest (69 %) oftere tilfredse med deres arbejde end sygeplejerskerne fra øst (56 %) (Tabel 8). Sygeplejerskerne fra vest (75 %) var oftere tilfredse med variationen i arbejdsopgaver end sygeplejerskerne fra øst (52 %). I vest var der ingen af sygeplejerskerne, der var utilfredse eller meget utilfredse med variationen i arbejdsopgaverne, mens det gjaldt for 26 % i øst. Sygeplejerskerne i øst (30 %) var også oftere utilfredse med ansvarsområderne i lægevagten end deres kolleger i vest (8 %). Med hensyn til spørgsmålet om udnyttelse af faglige kompetencer i lægevagten var andelen af utilfredse ligeledes større i øst (30 %) end i vest (17 %).

**Table 8.** Sygeplejerskernes tilfredshed med arbejdsopgaver i lægevagtskonsultationen - opdelt i øst og vest (%).

	Øst N = 87			Vest N = 36		
	Meget tilfreds/ tilfreds n (%)	Hverken tilfreds eller utilfreds n (%)	Utilfreds/ meget utilfreds n (%)	Meget tilfreds/ tilfreds n (%)	Hverken tilfreds eller utilfreds n (%)	Utilfreds/ meget utilfreds n (%)
Variationen i arbejdsopgaver	45 (52)	19 (22)	23 (26)	27 (75)	9 (25)	-
Variationen i patienttyper	55 (63)	23 (26)	8 (9)	29 (81)	7 (19)	-
Lægelig anerkendelse for dit arbejde	47 (54)	29 (33)	10 (11)	22 (61)	12 (33)	1 (3)
Dine ansvarsområder*	41 (47)	20 (23)	26 (30)	21 (58)	12 (33)	3 (8)
Muligheder for at udnytte dine faglige kompetencer	44 (51)	16 (18)	26 (30)	18 (50)	12 (33)	6 (17)
At assistere vagtlægen	46 (53)	32 (37)	9 (10)	25 (69)	11 (31)	-
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med dit arbejde i lægevagten?	49 (56)	19 (22)	19 (22)	25 (69)	11 (31)	-

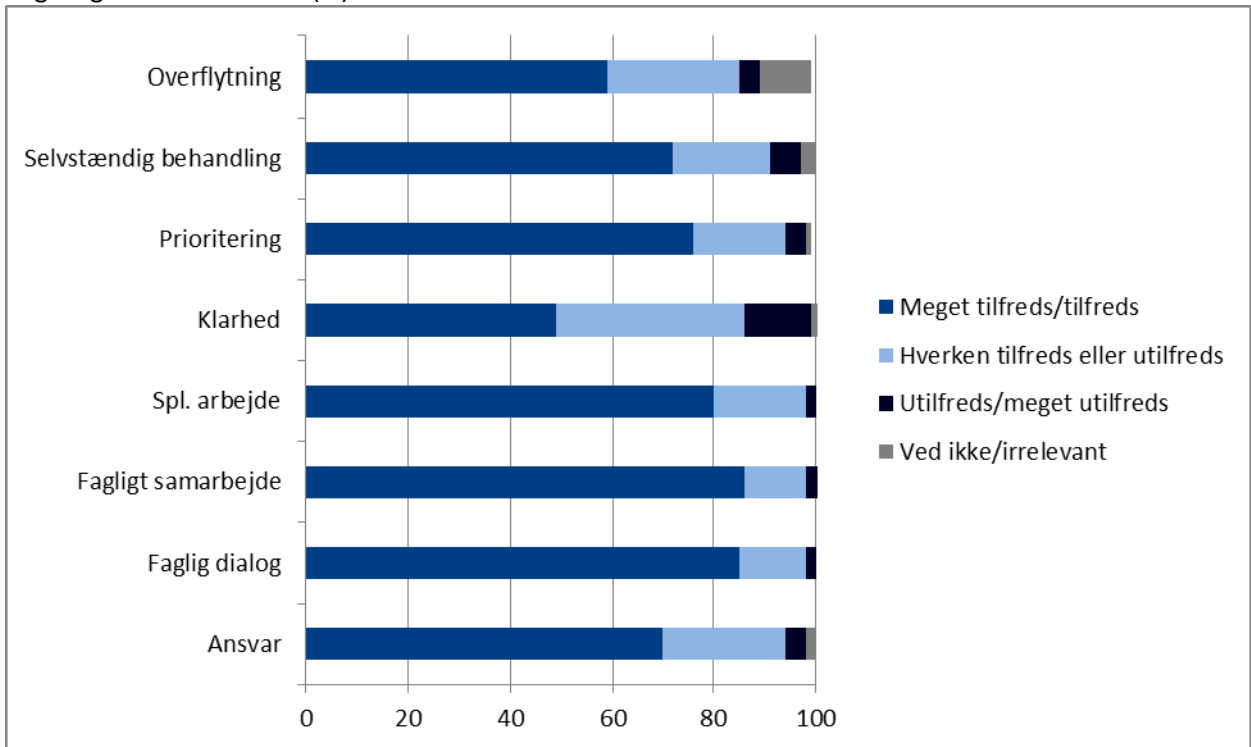
Andelen af svarkategorien "ved ikke/ ikke relevant" varierede mellem 0 % og 3 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen. \*Signifikant forskel mellem sygeplejerskerne fra øst og vest

### Samarbejdet mellem vagtlægerne og sygeplejerskerne

#### Tilfredshed med samarbejdet – vagtlægerne

Overordnet set var vagtlægerne tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet med sygeplejerskerne i lægevagtskonsultationen (Figur 8). Størstedelen af vagtlægerne (86 %) var meget tilfredse eller tilfredse med det faglige samarbejde med sygeplejerskerne. Områder med mindst tilfredshed vedrørte klarhed om afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver (49 %) og sygeplejerskernes vurdering af patienter, der bliver overflyttet til skadestue/akutafdeling (59 %).

**Figur 8.** Vagtlægernes tilfredshed med elementer i samarbejdet med sygeplejerskerne i lægevagtskonsultationen (%).



For den fulde ordlyd af udsagn henvises til Tabel 9

Tabel 9 viser forskelle i besvarelserne mellem vagtlægerne fra øst og vest i forhold til specifikke samarbejdsområder. En stor del af vagtlægerne fra både øst (86 %) og vest (84 %) var "alt taget i betragtning" tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet med sygeplejerskerne i lægevagtskonsultationen, og lægerne adskilte sig heller ikke i forhold til de forskellige delelementer af samarbejdet. Et tilsvarende billede viste sig for vagtlægernes vurdering af klarhed om afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver, hvor 49 % af vagtlægerne i øst og 47 % af vagtlægerne i vest var tilfredse eller meget tilfredse.

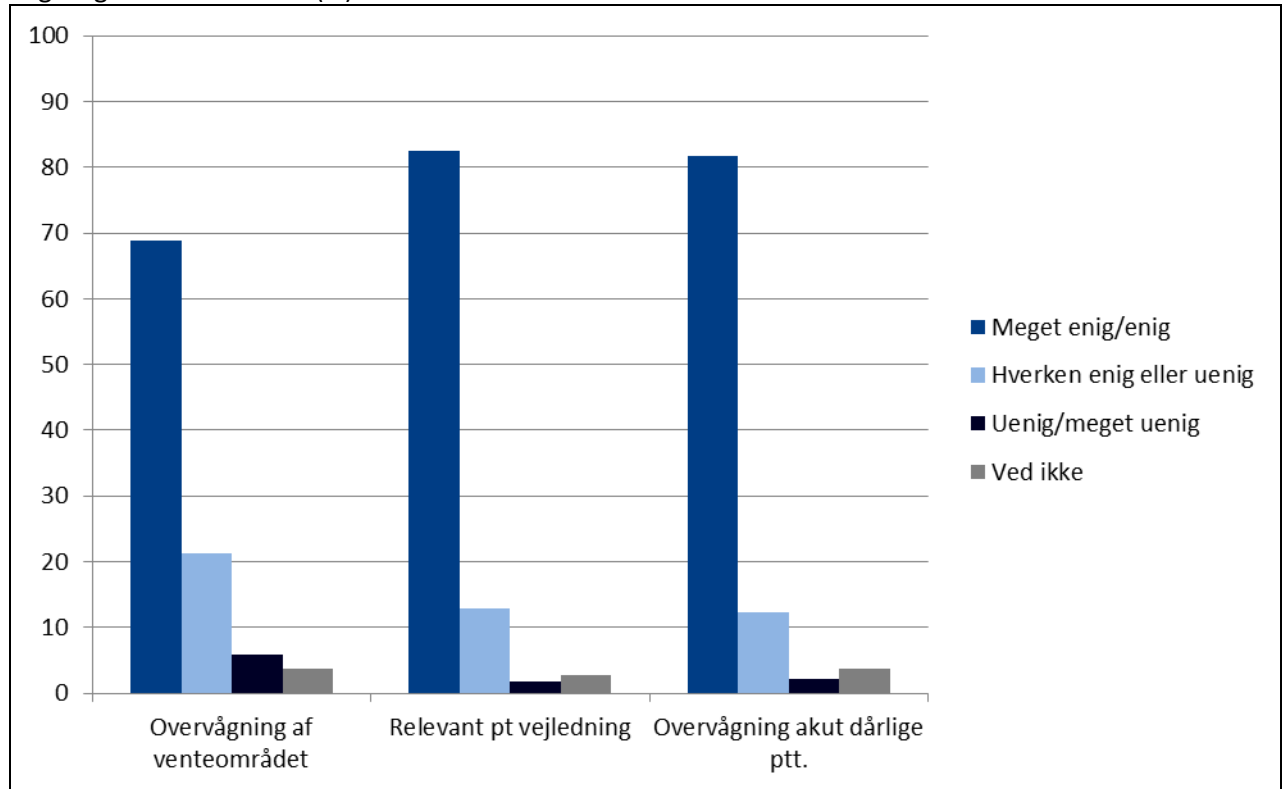
**Table 9.** Vagtlægenes tilfredshed med delelementer i samarbejdet med sygeplejersker i lægevagtskonsultationen - opdelt i øst og vest (%).

	Øst N = 256				Vest N = 62			
	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Ved ikke	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Ved ikke
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
At vagtlægen har ansvaret for sygeplejerskernes arbejde	179 (70)	62 (24)	10 (4)	1 (2)	44 (71)	13 (21)	4 (6)	5 (2)
Den faglige dialog med sygeplejerskerne	214 (84)	34 (13)	7 (3)	-	55 (89)	7 (11)	-	1 (0)
Det faglige samarbejde med sygeplejerskerne	216 (84)	32 (13)	8 (3)	-	57 (92)	5 (8)	-	-
Sygeplejerskernes arbejde	203 (79)	47 (18)	5 (2)	-	50 (81)	10 (16)	2 (3)	1 (0)
Klarhed om afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver	126 (49)	94 (37)	33 (13)	2 (3)	29 (47)	23 (37)	8 (13)	3 (1)
Sygeplejerskernes prioritering af kontakternes alvorlighed	194 (76)	48 (19)	11 (4)	1 (2)	49 (79)	10 (16)	2 (3)	3 (1)
Sygeplejerskernes vurdering af, hvilke patienter de kan håndtere selvstændigt	187 (73)	41 (16)	17 (7)	-	41 (66)	18 (29)	3 (5)	11 (4)
Sygeplejerskernes vurdering af patienter, der bliver overflyttet til skadestue/ akutafdeling	155 (61)	61 (24)	11 (4)	3 (5)	34 (55)	33 (35)	3 (5)	29 (11)
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med samarbejdet med sygeplejerskerne i lægevagtskonsultationen?	221 (86)	30 (12)	5 (2)	-	52 (84)	8 (13)	2 (3)	-

### *Sygeplejerskernes rolle – vagtlægerne*

Over to tredjedele af vagtlægerne (69 %) vurderede, at sygeplejerskernes observation af venteområdet er med til at øge patientsikkerheden (Figur 11). Der var også stor enighed blandt vagtlægerne om, at sygeplejerskerne bidrager med relevant patientvejledning (82 %), og at det er en stor hjælp, at sygeplejerskerne overvåger akut dårlige patienter inden overflytning til sygehusafdeling (82 % enige).

**Figur 9.** Vagtlægenes enighed om udsagn vedrørende sygeplejerskernes rolle i lægevagtskonsultationen (%).



For den fulde ordlyd af udsagn henvises til Tabel 10

I forhold til udsagnet ”Patientsikkerheden er højnet pga. overvågning af patienter i venteområdet” var vagtlægerne fra øst oftere enige (73 %) end lægerne fra vest (53 %), mens 5 % af lægerne fra øst og 11 % fra vest var uenige (Tabel 10).

**Tabel 10.** Vagtlægers enighed i udsagn om sygeplejerskernes rolle i lægevagtskonsultationen – opdelt i øst og vest (%).

	Øst N = 256			Vest N = 62		
	Meget enig/enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Uenig/meget uenig n (%)	Meget enig/enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Uenig/meget uenig n (%)
Patientsikkerheden er højnet pga. overvågning af patienter i venteområdet*	186 (73)	47 (18)	12 (5)	33 (53)	21 (34)	7 (11)
Sygeplejerskerne bidrager med relevant patientvejledning	210 (82)	31 (12)	6 (2)	52 (84)	10 (16)	-
Det er en stor hjælp, at sygeplejerskerne overvåger akut dårlige patienter inden overflytning til en sygehusafdeling	211 (82)	29 (11)	5 (2)	49 (79)	10 (16)	2 (3)

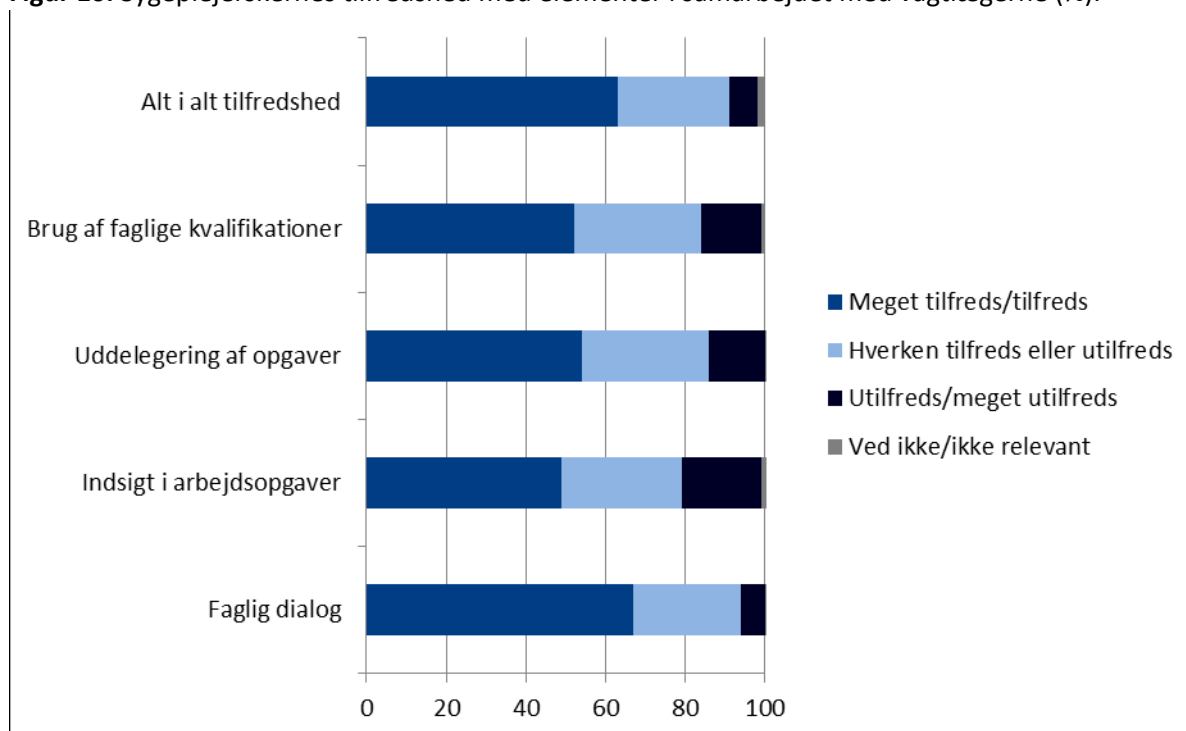
Andel af svarkategorien ”ved ikke/ ikke relevant” varierede mellem 0 % og 4 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen.

\*Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest

### Tilfredshed samarbejdet – sygeplejerskerne

Størstedelen af sygeplejerskerne gav udtryk for at være meget tilfredse/tilfredse eller hverken tilfreds/utilfreds med de enkelte elementer i samarbejdet (Figur 10). Alt i alt var 64 % af sygeplejerskerne tilfredse med samarbejdet, mens 67 % af sygeplejerskerne var tilfredse eller meget tilfredse med den faglige dialog. Tre af spørgsmålene viste en relativt stor andel af utilfredshed: 20 % var utilfredse med vagtlægernes indsigt i deres arbejde, 14 % med vagtlægernes uddelegering af arbejdsopgaver og 15 % med vagtlægernes brug af sygeplejerskernes faglige kvalifikationer.

**Figur 10.** Sygeplejerskernes tilfredshed med elementer i samarbejdet med vagtlægerne (%).



For den fulde ordlyd af udsagn henvises til Tabel 11

Tabel 11 viser, at sygeplejerskerne stort set er meget tilfredse eller tilfredse med elementer i samarbejdet med vagtlægerne. Alt i alt var en større andel af sygeplejerskerne fra vest (69 %) tilfredse end sygeplejerskerne fra øst (61 %). Sygeplejerskerne fra øst (22 %) var oftere utilfredse med vagtlægernes indsigt i sygeplejerskernes arbejdsopgaver end deres kolleger i vest (14 %). Sygeplejerskerne fra øst (15 %) var også oftere utilfredse med vagtlægernes uddelegering af arbejdsopgaver end sygeplejerskerne i vest (11 %) og med vagtlægernes brug af sygeplejerskernes faglige kvalifikationer i lægevagten (øst: 17 %, vest: 11 %).

**Tabel 11.** Sygeplejerskernes tilfredshed med elementer i samarbejdet med vagtlægerne – opdelt i øst og vest (%).

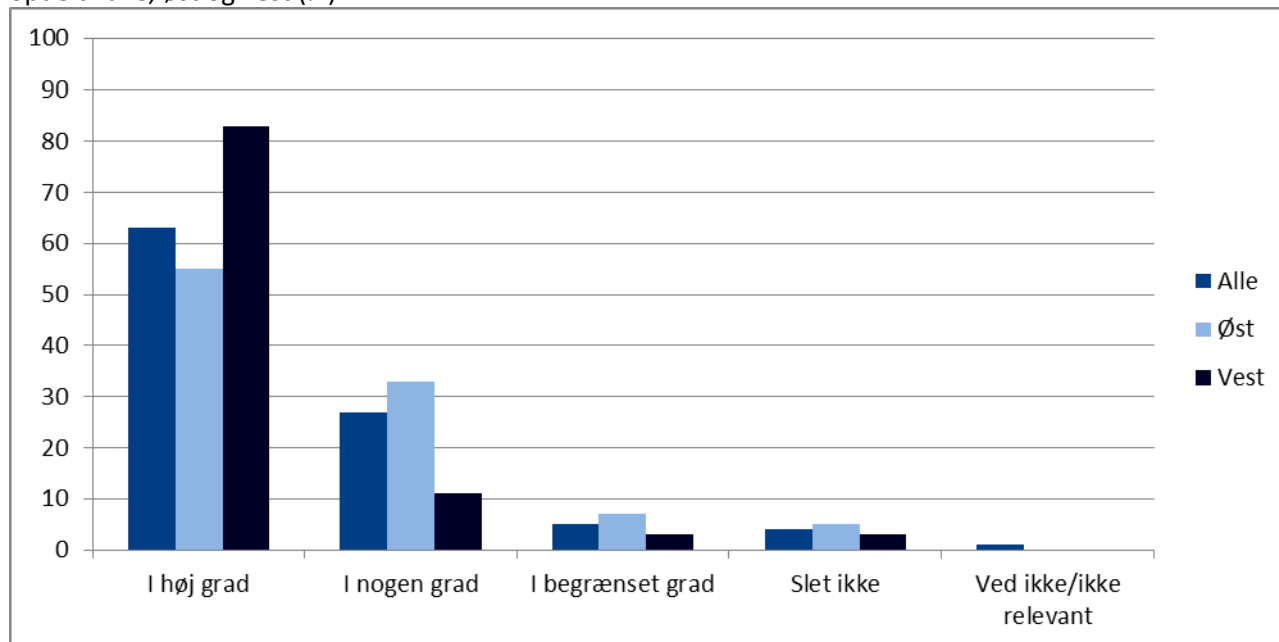
	Øst N = 87		Vest N = 36			
	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Den faglige dialog med vagtlægerne	56 (64)	23 (26)	7 (8)	26 (72)	10 (28)	-
Vagtlægernes indsigt i mine arbejdsopgaver	41 (47)	25 (29)	19 (22)	19 (53)	12 (33)	5 (14)
Vagtlægernes uddelegering af relevante arbejdsopgaver	48 (55)	25 (29)	13 (15)	18 (50)	14 (39)	4 (11)
Vagtlægernes brug af mine faglige kvalifikationer	45 (52)	26 (30)	15 (17)	19 (53)	13 (36)	4 (11)
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med samarbejdet med vagtlægerne	53 (61)	25 (29)	8 (9)	25 (69)	10 (28)	-

Svarkategorien "Ved ikke/ikke relevant" varierende mellem 0 % og 32 % per udsagn og er derfor ikke præsenteret i tabellen

#### Faglige kompetencer – sygeplejerskerne

De fleste sygeplejersker var af den holdning, at de var fagligt kompetente til at varetage arbejdet i lægevagten (i høj grad 63 %, i nogen grad 27 %) (Figur 11). Sygeplejerskerne fra vest syntes oftere (83 %), at deres faglige kompetencer var tilstrækkelige end sygeplejerskerne fra øst (55 %).

**Figur 11.** Sygeplejerskernes vurdering af, hvorvidt deres faglige kompetencer var tilstrækkelige - opdelt i alle, øst og vest (%).



\*Signifikant forskel mellem sygeplejersker fra øst og vest



## **Forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver i lægevagten**

### *Forslag fra vagtlæger*

Det var ikke alle vagtlæger der var positivt indstillet på, at sygeplejerskerne får selvstændige opgaver – en del af vagtlægerne foretrak at være en del af patientbehandlingen eller helt selv at stå for den. Derudover syntes flere vagtlæger, at det ville give et mere effektivt flow i lægevagten, hvis sygeplejerskerne udelukkende assisterede vagtlægen og overvågede venteområdet. Vagtlægerne ville på den måde også opnå større erfaring med skadehåndtering. Det blev nævnt, at der ikke altid er en sygeplejerske tilgængelig i vagten, og at behandlende sygeplejersker ikke alle tager selvstændigt initiativ. Derudover mangler der nogle steder lokaler til sygeplejerskernes behandleropgaver.

Vagtlægerne havde adskillige forslag til selvstændige eller assisterende opgaver for sygeplejerskerne (hvoraf nogle allerede udgør en del af arbejdet).

Opgaver, der blev foreslået af flere læger:

- At suturere mere
- At behandle små sår/småskader (vurdering, vask og behandling)
- At klargøre patienter til lægekonsultationen - eksempelvis:
  - Diverse målinger (blodtryk og puls, temperatur, podning Strep A, CRP, u-stix, EKG)
  - At sørge for afklædning/påklædning af børn til undersøgelse
- Varsler og information
- Selvstændig afslutning af patienter med ukompliceret cystitis
- Udføre halspodninger og selvstændigt afslutte patienter med fx tonsillit/isolerede halssymptomer
- At tilse ankler/distorsio pedis
- At prioritere blandt de ankomne patienter (vurdere alvorlighed af kontakårsag og prioritere rækkefølgen for lægeundersøgelse).

### *Forslag fra sygeplejersker*

Flere sygeplejersker svarede, at vagtlægerne bør bruge behandler sygeplejerskernes kompetencer noget mere, men de finder det også svært at udføre behandleropgaver og sideløbende opretholde et flow i lægevagten. I spidsbelastede perioder i lægevagten finder sygeplejerskerne det mest hensigtsmæssigt blot at assistere vagtlægen og gøre patienter klar til lægekonsultation for at sikre flowet.

Sygeplejerskerne nævnte, at meget af deres tid går med at forberede patienter til lægekonsultation. Flere sygeplejersker mente, at det ikke er nødvendigt at have behandler sygeplejersker i konsultationsarbejdet for at sikre flowet – det kan basissygeplejersker også gøre. Behandler sygeplejerskerne skal bruges til at udføre selvstændige behandleropgaver i lægevagten. Nogle sygeplejersker nævnte, at de hellere vil have det lægelige ansvar overflyttet til

skadestuelægerne.

Sygeplejerskerne svarede, at det er besværligt at dokumentere i lægevagts journaler, idet den omfattende dokumentationskultur fra skadestuerne ikke stemmer overens med vagtlægernes kortfattede dokumentationsform. Dokumentation i lægevagten er for tidskrævende – det er tid, der kunne være brugt på behandlingsopgaver. Det kan derfor være nemmere for vagtlægerne selv at dokumentere og lade sygeplejerskerne udføre de konkrete handlinger.

Sygeplejerskerne havde flere forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver i lægevagten, hvoraf nogle allerede udgør en del af deres opgaver.

Følgende opgaver blev foreslået af flere sygeplejersker:

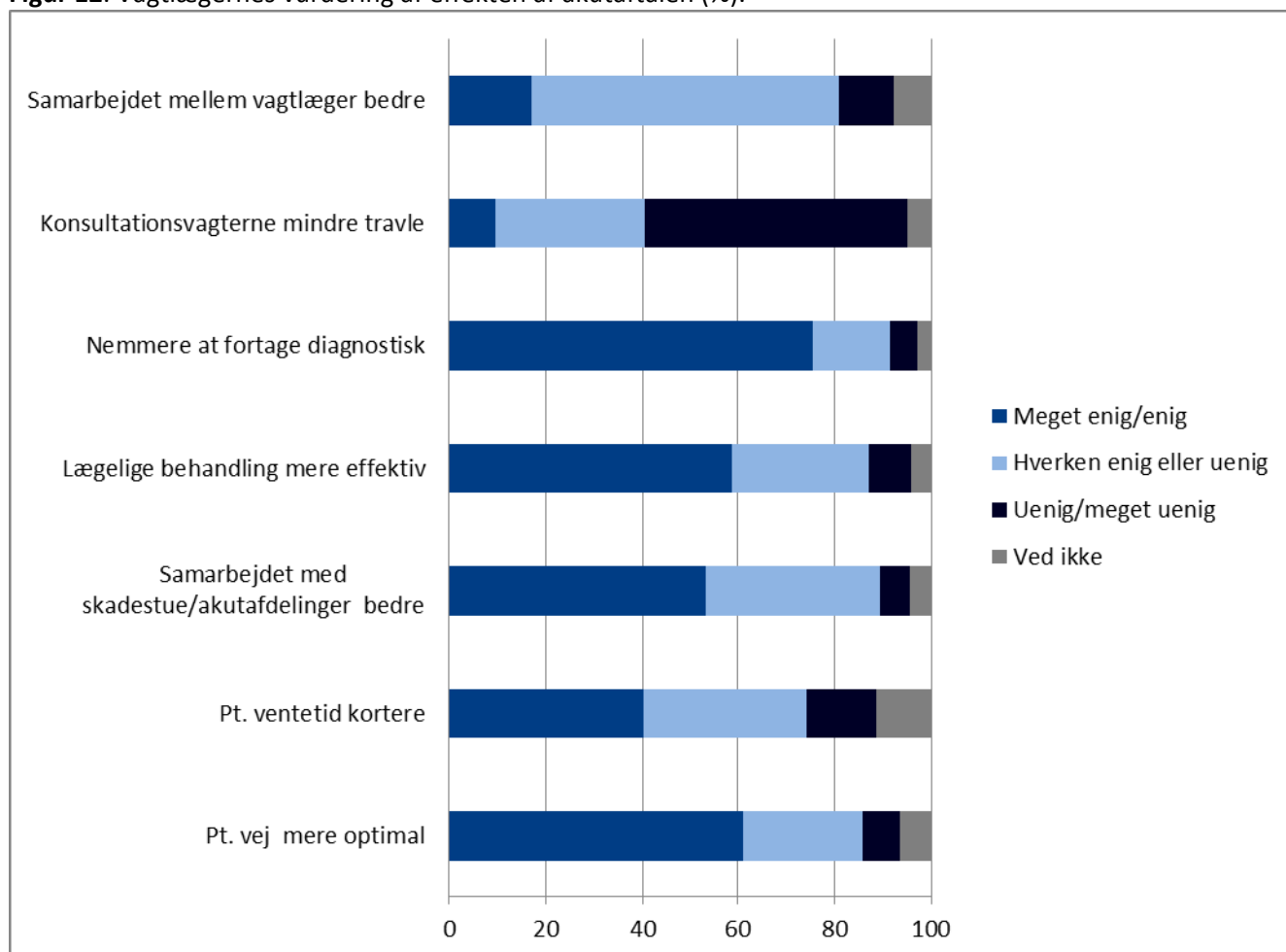
- At vurdere og videresende patienter til røntgenafdelingen selvstændigt – eventuelt en kort oplæring for basissygeplejersker
- At dokumentere og afslutte patientforløb i eget system
- At færdiggøre behandlinger selv (behandlersygeplejerskerne) og dermed udnytte egne kompetencer bedre uden tilsyn fra vagtlægen, men med mulighed for at spørge vagtlægen til råds
- At suturere sår

## Effekten af akutaftalen

### Vagtlægernes vurdering

Figur 12 viser fordelingen af vagtlægernes grad af enighed i de syv udsagn om effekten af akutaftalen. For fire af de syv udsagn svarede over halvdelen af vagtlægerne, at de var meget enige eller enige: patienternes vej i det akutte system er blevet mere optimal (61 % meget enige eller enige), samarbejdet med sygehusafdelinger er blevet bedre (53 %), den lægelige behandling er blevet mere effektiv (59 %), og det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser (75 %). Mere end halvdelen af vagtlægerne var uenige i, at konsultationsvagterne er blevet mindre travle (54 %). Endvidere var en mindre del af vagtlægerne uenige i, at patienternes ventetid er blevet kortere (14 %), og at samarbejdet mellem visitationslæger, konsultationslæger og besøgslæger er blevet bedre (11 %).

**Figur 12.** Vagtlægernes vurdering af effekten af akutaftalen (%).



For den fulde ordlyd af udsagn henvises til Tabel 12

Af Tabel 12 fremgår det, at lægerne fra vest var oftere uenige end lægerne fra øst i, at patienternes ventetid er blevet kortere (vest: 24 %, øst: 12 %), at samarbejdet med

skadestue/akutafdeling/akutklinik er blevet bedre (vest: 18 %, øst: 4 %), og at det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser (vest: 13 %, øst: 4 %). En større andel af vagtlæger fra øst (58 %) vurderede, at konsultationsvagterne ikke er blevet mindre travle efter implementeringen af akutaftalen end lægerne fra vest (39 %).

**Tabel 12.** Vagtlægernes vurdering af effekten af akutaftalen - øst og vest (%).

	Øst N = 256				Vest N = 62			
	Meget enig/enig	Hverken enig eller uenig	Uenig/meget uenig	Ved ikke	Meget enig/enig	Hverken enig eller uenig	Uenig/meget uenig	Ved ikke
Patienternes vej i det akutte system er blevet mere optimal	n (%) 211 (82)	n (%) 29 (11)	n (%) 5 (2)	n (%) 11 (4)	n (%) 49 (79)	n (%) 10 (16)	n (%) 2 (3)	n (%) 1 (2)
Patienternes ventetid er blevet kortere*	110 (43)	81 (32)	31 (12)	34 (13)	18 (29)	27 (44)	15 (24)	2 (3)
Samarbejdet med sygehusafdelinger er blevet bedre*	156 (61)	79 (31)	9 (4)	12 (5)	14 (23)	35 (56)	11 (18)	2 (3)
Den lægelige behandling er blevet mere effektiv*	163 (64)	63 (25)	18 (7)	10 (4)	22 (35)	27 (44)	10 (16)	3 (5)
Det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser*	202 (79)	35 (14)	10 (4)	9 (4)	38 (61)	16 (26)	8 (13)	-
Konsultationsvagterne er blevet mindre travle*	22 (9)	72 (28)	149 (58)	13 (5)	8 (13)	27 (44)	24 (39)	3 (5)
Samarbejdet mellem visitationslæger, konsultationslæger og besøgs-læger er blevet bedre	47 (18)	163 (64)	25 (10)	21 (8)	7 (11)	40 (65)	11 (18)	4 (6)

\* Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest

#### *Øget adgang til diagnostiske tests – vagtlægerne*

Af de vagtlæger, der svarede, at det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser, vurderede de fleste (91 %), at den øgede adgang til diagnostiske undersøgelser har påvirket behandlingen i positiv retning. I alt syntes 92 % af vagtlægerne fra øst og 89 % af lægerne fra vest, at det var blevet bedre.

## Vagtlægenes og sygeplejerskernes kommentarer

De følgende punkter blev nævnt flere gange af lægerne og sygeplejerskerne. For alle kommentarer henviser vi til bilag 3 og 4.

### *Vagtlægenes generelle kommentarer*

- Vagtlægerne var tilfredse med samarbejdet med sygeplejerskerne
- Samarbejdet med sygeplejerskerne er rigtig godt, og lægerne er tilfredse med hjælp fra sygeplejerskerne
- Sygeplejerskerne forlader til tider lægevagten til fordel for skadestuen, især hvis der er spidsbelastning i skadestuen og særligt om natten
- Lægerne ser flere skader i lægevagten, men flere syntes, at det er nemmere at behandle dem effektivt i samarbejde med sygeplejerskerne
- Der er meget skadearbejde i konsultationen. Nogle læger synes, at det er fint, og andre synes ikke
- Der er rigelig travlhed i konsultation, men lægerne får god støtte fra sygeplejerskerne
- Det er forvirrende med de forskellige visitationsregler til akutklinik og akutafdeling – nogle efterspørger lidt mere ensartethed i visitationen gennem hele regionen
- Vagtlægerne ser færre patienter på den samme tid - som "bagvagt" skal man involveres i strengt taget alle sygeplejerskernes patienter
- Akutaftalen præsenterer en vigtig integration mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen
- Samarbejdet med sygeplejerskerne er personafhængigt – der er variation i graden af initiativ, i håndteringen af patienterne og i omfanget af sygeplejehjælp i konsultationsvagter
- Under nattevagt er samarbejdet sværere - lægerne er oftere alene
- En del af lægerne synes, at arbejdet er mere effektivt, mens en anden del synes, at flowet er langsommere (bl.a. røntgenbilleder)

### *Sygeplejerskernes generelle kommentarer*

- Det er en udfordring, at lægen har to funktioner (konsultations- og besøgs-læge) og kan være flere timer undervejs (*særligt for Grenå*)
- Sygeplejerskerne har i flere år arbejdet ud fra principperne i akutaftalen og klarer allerede mange småskader ved lægevagten (*særligt for Herning*)
- Det er uigennemskueligt, at "selvhenvendere" i lægevagten ikke kan sendes ud til vagtlægetelefonen, så de kan sættes på listen af visitatorer (*særligt for Herning*)
- Der bør være ens sygeplejefaglige kvalifikationer i lægevagten - de nuværende arbejdsforhold i lægevagten kræver ikke behandlersygeplejerskers kvalifikationer
- Overvågning af venteområdet er umuligt under travle vagter - om natten er det ikke altid nemt som sygeplejerske i skadestuen at have opsyn med patienterne i lægevagten, hvis der er travlhed i skadestuen
- Det er positivt, at sygeplejerskerne vurderer patienterne ved ankomst til lægevagten og

overvåger venteværelset

- Der er for meget ventetid for patienter, der først tilses i lægevagten og derefter i skadestuen (bl.a. røntgenbilleder)
- Nogle steder har akutaftalen kun medført mindre ændringer, og her er et godt samarbejde med indbyrdes forståelse og gensidig respekt for de enkelte fagpersoner
- Flere sygeplejersker synes, at der er et godt arbejdsmiljø (bl.a. god og inspirerende stemning) i lægevagten og oplever stor faglig anerkendelse fra vagtlægerne
- Det synes ikke rimeligt, at regionalansatte sygeplejersker assisterer provisionslønnede private vagtlæger
- Niveauet for samarbejdet med vagtlægerne er varierende - afhængigt af vagtlægen
- Der visiteres for mange patienter, der kan behandles efterfølgende ved egen læge - der bør strammes op på, hvilke patienter der visiteres til besøg og konsultation
- Lægevagten modtager mange patienter med skader, der burde være visiteret direkte til skadestuen i stedet for - en del fanges ved patientens ankomst af den koordinerende sygeplejerske
- De visiterende læger er ikke tilstrækkeligt informeret om visitationsretningslinjerne i Region Midtjylland – de mangler viden om de enkelte behandlingssteders faglige kompetencer, de undlader at advisere hospitalsvisitationen om visiterede patienter, og anamneserne er korte og mangelfulde
- Det er kun relevant med behandlersygeplejersker i lægevagten
- Arbejdsopgaverne er ofte af assisterende karakter, hvilket ikke er fagligt udfordrende

### **Forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten**

Vagtlægerne og sygeplejerskerne blev bedt om at give forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten. Nedenfor præsenteres forslag, der blev nævnt af flere læger eller sygeplejersker.

#### *Forslag fra vagtlægerne*

Fysiske rammer (nogle gange specifikke i forhold til sted):

- Lokalerne er meget afgørende for, hvor meget man kan få ud af samarbejdet med sygeplejerskerne – lokaler med ens udstyr, evt. ekstra lokaler til sygeplejerske, vagtlægekonsultation dør om dør med sygeplejerskens konsultation
- Konsultationslokalerne burde være større og bedre indrettet
- Man bør samle relevante instrumenter, forbindsstoffer, utensilier m.m. i sygeplejerummet
- Der bør være bedre muligheder for at hvile/sove
- Vagtværelset bør ligge nær konsultationsrummet, hvis natlægen også skal fungere som konsultationslæge
- De fysiske rammer bør ændres omkring skranken, hvor både skadestue- og lægevagtpatienter henvender sig
- Optimering med kvalificeret sygeplejerskehjælp, som er fast i lægevagten
- Lidt større andel af behandlersygeplejersker eller kun bemanding med behandlersygeplejersker, så de kan arbejde mere selvstændigt

- Klare retningslinjer for, hvordan samarbejdet skal fungere og klarhed om sygeplejerskernes kompetencer og arbejdsområde

#### Bemanding:

- Mere bemanding i konsultationen (Randers) – måske kunne det indføres, at det er obligatorisk for kørelægen at komme ind og hjælpe, hvis han ikke har noget at lave
- Mere bemanding i konsultationen om aftenen og i weekender om dagen (Aarhus)
- For stor bemanding i visitationen
- Mere initiativ fra sygeplejerskerne til påbegyndelse af behandling ☑ tjek patientlisten, gå i gang med dem de selv kan håndtere og få sendt den næste patient ind eller forbered patienten
- Røntgenbilleder (nævnt af flere læger med forskellige meninger):
- Vurdering og konference af alle røntgenbilleder med vagthavende mellemvagt i Viborg (patienter ses to gange) er et tilbageskridt, og det må kunne gøres mere hensigtsmæssigt
- Adgang til akutte røntgenbeskrivelser via radiolog og til konferencen med ortopædkirurg eller få besvarelse af billede, så vi skal ikke sende en patient videre i skadestuen, hvis et røntgenbillede er nødvendigt. Så bliver behandlingen bedre og smidigere for mange patienter med afkortning af ventetiden i skadestuerne
- Skive-/Viborg-modellen burde være landsdækkende ☑ lægevagten ser alle mindre skader før og efter røntgenbilleder (må være det mest effektive system med kortest ventetid og færrest henvisninger til sygehuset og af god kvalitet)
- Positiv presse – fx at der er et fint samarbejde mellem sygehus og lægevagt, at det fungerer hurtigt og effektivt
- Et opdateringskursus vedrørende de mest almindelige skadestueopgaver (sammen med behandlersygeplejersker) – også for at sikre samme information til patienter og for at komme i dialog med hinanden
- At kunne lave tympanometri i konsultationen
- Et andet flow/indkaldesystem i Aarhus – pas på afstanden fra venteværelset til konsultationen
- Mere fokus på feedback mht. relevant henvisning til røntgenafdeling/skadestuen og indlæggelse
- U hensigtsmæssigt (i Aarhus) at have en visitationssygeplejerske siddende, som man skal viderestille til, når man visiterer direkte til skadestuen. Hellere lade visitatorer visitere alt direkte til lægevagten og så lade visitationssygeplejersken tage en vurdering af, hvem der skal direkte i skadestuen, når patienten kommer
- Mere kendskab til geografien vestpå, så man ved, hvor man skal sende patienten hen, når man sidder og visiterer i Aarhus. Så ens procedure som muligt, fx viderestille til visitationssygeplejersker i Aarhus og ikke andre steder

#### *Forslag fra sygeplejersker*

- Oplæring i EDB-systemet i lægevagten

#### Visitation:

- Forbedring af visitation: det rigtige sted hen med mere viden om geografien og om, hvordan tingene fungerer de forskellige steder (bl.a. hvilken opgaver stedet kan påtage sig, eller om vagtlægen både er kørende og på sygehuset)



- Bedre visitation: nu kommer traumapatienter/trafikuheld nogle gange til lægevagten, mens andre patienter kommer direkte til skadestuen unødvendigt
- I Grenaa: selv kalde alle patienter ind til konsultationen, da der ofte ikke er en læge i flere timer, og patienten skal først køre til konsultation, efter at vi har lavet en aftale
- Bedre fysiske arbejdsvilkår, fx mere effektive behandlingsrum til sygeplejersker

#### Røntgenbilleder:

- Lægevagten, som sender en patient i røntgenafdelingen, bør selv se patienten igen for at reducere dobbeltarbejdet - røntgenlæge kunne frikende patient og undgå at sende patient i skadestuen, så vagtlægerne kan løse de opgaver, de kan, med hjælp fra behandlersygeplejersker
- Lægevagten bør ikke skulle tage sig af patienter, som har været i røntgenafdelingen
- Konference omkring røntgenbilleder/behandling, så patienterne ikke falder igennem sikkerhedsnettet
- Mere styr på de ortopædiske patienter i forhold til: hvem ser røntgenbillederne? hvad er den rigtige behandlingsplan?
- Uddannelse til sygeplejerskerne, fx behandling i opstart af KOL-regime, astmabehandling, vurdering af sår, bedøvelse, suturering og mere bred viden om patienter hos lægevagten (kroniske lidelser, børn osv.)

#### Behandlersygeplejersker:

- Kun behandlersygeplejersker i lægevagten – uddan nogle flere behandlersygeplejersker
- Flere opgaver, der også er relevante for ikke-behandlersygeplejersker, eller alternativt bør der kun være behandlersygeplejersker i lægevagten
- Uanset om man er behandlersygeplejerske eller ej, må man få lov at afslutte patienter, fx ved limning af sår, stivkrampeindsprøjtning eller fjernelse af tæge
- Én fast sygeplejerske
- Bedre og mere ens retningslinjer om procedurer for patientbehandlingerne og om, hvordan patienterne afsluttes, så lægerne arbejder mere ens
- Lægevagtpatienterne modtages kun af sygeplejersker til indchecking mht. patientsikkerheden
- Ændring af nummersystemet eller computerstyring af patient flow

## Diskussion

### Hovedresultater

#### Generel tilfredshed

Alt i alt var størstedelen af vagtlægerne og sygeplejerskerne tilfredse med akutaftalen. Over halvdelen af vagtlægerne var mere tilfredse med det nuværende arbejde i vagtordningen end med arbejdet før implementeringen af akutaftalen. Lægerne fra vest var oftere neutrale, og denne holdning kan formentligt forklares med, at lægevagtsordningen i vest gennem en årrække har været meget tæt på den nuværende struktur efter akutaftalen, og at der i vest tidligere har været flere års erfaringer med sygeplejerskerne i lægevagten.

Sygeplejerskerne i den østlige del af regionen var i mindre udstrækning tilfredse end sygeplejerskerne i den vestlige del. En forklaring herpå kan være, at sygeplejerskerne i øst er mere uerfarne med lægevagtsarbejdet, fordi samarbejdet med vagtlægerne er nyt. Endvidere var en mindre andel af sygeplejerskerne i øst behandlersygeplejerske sammenlignet med vest.

#### Telefonvisitation

Vagtlægenes og sygeplejerskernes vurdering af telefonvisitationen peger i samme retning, idet begge grupper nævnte problemer vedrørende forskelle i visitation og regionale forskelle i konsultationsstedernes muligheder for behandling. Størstedelen af sygeplejerskerne var tilfredse eller havde en neutral holdning til den lægefaglige telefonvisitation. Især en del af sygeplejerskerne fra øst fandt det meningsløst, at det udelukkende er vagtlæger, der varetager telefonvisitationen som en funktion, som de østlige skadestuesygeplejersker tidligere har håndteret. Data i denne undersøgelse er indsamlet relativt kort tid efter implementeringen af akutaftalen, hvorfor det er uvist, om sygeplejerskernes holdning til ændringerne i telefonvisitation kan opfattes som en forventelig barriere ved implementering af strukturændringer (3).

#### Faglige kompetencer

Vagtlægerne havde en relativt stor interesse for skadebehandling, og de fleste vurderede, at de var kvalificerede til at behandle mindre skader. Et fåtal af vagtlægerne svarede, at de i begrænset grad var kvalificerede; heraf var størstedelen fra øst. Sidstnævnte kan være et udtryk for, at skadebehandling før akutaftalen i langt mindre grad har været praktiseret i lægevagten i øst. Flere vagtlæger i undersøgelsen efterspørger kurser i skadebehandling.

De fleste sygeplejersker vurderede, at de var fagligt kompetente til at varetage arbejdet i lægevagten. Andelen var størst blandt sygeplejerskerne i vest, hvilket kan skyldes, at vest var bemanded med flere behandlersygeplejersker end øst, og at de har en længere tradition for samarbejde med vagtlægerne. En del af sygeplejerskerne (flest fra øst) syntes, at de ikke anvender deres faglige kompetencer i lægevagten. Derudover var en større andel utilfredse med ansvarsområderne og variationen i arbejdsopgaverne.

Både vagtlægerne og sygeplejerskerne kommenterede på sygeplejerskernes kompetencer. Flere sygeplejersker mente, at behandlersygeplejerskernes kompetencer er unødvendige, fordi der ikke er tid til selvstændige behandlingsopgaver. Disse opgaver nedprioriteres til fordel for et godt samarbejde og et optimalt arbejdsflow. Vores resultater viser dog divergerende holdninger blandt sygeplejerskerne til, om lægevagten udelukkende bør bemannes med behandlersygeplejersker eller sygeplejersker uden behandleruddannelse. Flere vagtlæger skrev, at et øget antal behandlersygeplejersker kan medføre, at flere selvstændige skadebehandlinger udføres af sygeplejersker. Samtidig er de også tilfredse med at arbejde sammen med basissygeplejersker.

### Arbejdsbelastning

Samle vurderede størstedelen af vagtlægerne, at arbejdsbelastningen i visitationsvagterne er uændret efter implementeringen af akutaftalen, men dog en større del af vagtlægerne fra øst, at visitationen er blevet mere belastende. Mange vagtlæger oplever også konsultationsarbejdet som mere belastende efter indførelsen af akutaftalen (særligt i øst), hvilket understøttes af lægernes kommentarer. Den øgede arbejdsbelastning i konsultationsvagterne i øst kan formentlig forklares med vilkårene i akutaftalen, hvor flere småskader skal behandles i lægevagten end hidtil (har betydet den største ændring i øst).

I modsætning til vagtlægerne vurderede en tredjedel af sygeplejerskerne i vest, at arbejdet i lægevagtskonsultationen er meget belastende. Det er uvist hvorfor så mange sygeplejersker i vest oplever en større arbejdsbelastning. Det kan dog ikke afvises, at ændringer i visitationen, arbejdsopgaverne eller arbejdsstedets status (som akutklinik eller akutafdeling) har indflydelse på arbejdsbelastningen. Resultater fra Region Midtjyllands evalueringsrapport "Første evaluering og monitorering af akutaftalen – Aktivitet" viser, at andelen af henvendelser til lægevagten i Region Midtjylland er steget, mens andelen af henvendelser til akutklinikker/-afdelinger er faldet (med undtagelse af Herning).

### Samarbejde

Vagtlægerne og sygeplejerskerne er generelt tilfredse med det indbyrdes samarbejde i lægevagtskonsultationerne, hvilket understøttes af deres kommentarer. Dog var kun halvdelen af vagtlægerne enige i udsagnet om, at der var klarhed over afgrænsningen af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i konsultationen, hvilket indikerer et væsentligt problem. Vagtlægernes manglende kendskab til sygeplejerskernes arbejdsfunktioner stemmer overens med sygeplejerskernes opfattelse af samarbejdet, hvor flere var utilfredse med vagtlægernes indsigt i deres arbejdsområder, uddelegering af arbejdsopgaver og brug af sygeplejefaglige kvalifikationer.

Lægerne og sygeplejerskerne var ofte enige om sygeplejerskernes positive bidrag i lægevagten: sygeplejerskernes observation af venteområdet er med til at højne patientsikkerheden, de bidrager med relevant patientvejledning, og overvågning af akut dårlige patienter inden overflytning til sygehusafdeling er en stor hjælp.

Det nye samarbejde mellem vagtlæger og sygeplejersker kan ses som et møde mellem to forskellige arbejdskulturer med hver deres arbejdsrutiner, hvilket også kan udledes af kommentarerne i denne undersøgelse (bl.a. flere selvstændige kompetenceområder på skadestuerne, sygehusets kliniske retningslinjer og anbefalinger). Vagtlægernes arbejdsrutiner er præget af et hurtigt arbejdstempo med mange patienter på kort tid – en arbejdsmåde, der kan være svær at følge for sygehusets personale.

### Effekten af akutaftalen

Største delen af vagtlæger fandt resultaterne af akutaftalen positive: patienternes vej i akutsystemet er blevet mere optimal, samarbejdet mellem lægevagten og sygehuset er blevet bedre, den lægelige patientbehandling i lægevagten er blevet mere effektiv, og det er blevet nemmere at foretage diagnostik. I lighed med vagtlægerne vurderede størstedelen af sygeplejerskerne, at akutaftalen har haft en positiv/uændret virkning på patienternes vej i akutsystemet, og at vagtlægernes samarbejde med sygehuset er blevet bedre.

Flere vagtlæger mener, at akutaftalen har haft indflydelse på travlheden i konsultationsvagterne, der vurderes som travle og mere arbejdsbelastede end før implementeringen af akutaftalen. Derudover vurderer både vagtlægerne og sygeplejerskerne, at patienternes ventetid i lægevagten ikke er blevet kortere. Den nuværende procedure for røntgenundersøgelse kan for eksempel forlænge patienternes ventetid.

### Undersøgelsens styrker og svagheder

Undersøgelsens relativt store svarprocenter for både vagtlæger og sygeplejersker betyder, at der ud fra vores resultater kan udledes et realistisk bud på deres oplevelser og vurderinger af akutaftalens indflydelse på arbejdet i lægevagten i Region Midtjylland. Vagtlægerne og sygeplejerskerne repræsenterede alle lægevagtskonsultationerne i regionen. En svaghed ved undersøgelsen er, at vi ikke har haft mulighed for at lokalisere de læger, der ikke deltog i undersøgelsen. Dermed ved vi heller ikke, om repræsentativiteten af konsultationssteder er dækkende i undersøgelsen. For ikke-deltagende sygeplejersker er den østlige del af regionen overrepræsenteret i undersøgelsen.

Der var en vis forskel mellem lægerne og sygeplejerskerne fra øst og vest, bl.a. med hensyn til interesse for skadebehandling, vurdering af kvalifikationer til at behandle skader, faglig kompetence til at varetage arbejdet i lægevagten, andel af uddannede behandlersygeplejersker og antal af vagter. Denne forskel kunne have indflydelse på evalueringen af forskellige dele af akutaftalen.

### **Forslag til fremtidige opgaver fremkommet i kommentarerne**

Vagtlægerne nævnte i kommentarerne, at flowet i vagtarbejdet ville være bedre, hvis sygeplejerskerne i højere grad varetog følgende opgaver: suturering, behandling af mindre sår/småskader, klargøring af patienter til lægekonsultationen (bl.a. måling af vitale værdier, anamneseoptagelse, afklædning/påklædning af børn), selvstændig afslutning af patienter (eksempelvis patienter med cystitis, tonsillit/isolerede halssymptomer og distorsio pedis) samt klinisk vurdering af ankomne patienter og evt. omvisitering.

Sygeplejerskernes forslag i kommentarerne var: selvstændig vurdering og henvisning af patienter til røntgenafdelingen, dokumentering af udførte behandlinger i sygehusets it-system, afslutning af selvstændige patientforløb, behandling uden tilsyn fra vagtlægen og mulighed for suturering af sår.

### **Konklusion**

Implementeringen af akutaftalen har medført en enstrengt indgang til akutsystemet i Region Midtjylland, hvor vagtlæger varetager telefonvisitation af alle akutte patienter (bortset fra 112-opkald). Sygeplejersker er desuden blevet integreret i vagtlægekonsultationerne, hvor de varetager selvstændige og assisterende opgaver. Denne undersøgelse peger på en generel tilfredshed blandt vagtlægerne og sygeplejerskerne med akutaftalen. Lægerne og sygeplejerskerne er generelt tilfredse med samarbejdet, selvom nogle elementer evalueres mindre positive. I relation til arbejdet i lægevagtskonsultationen gav begge faggrupper input til at optimere samarbejdet i forhold til faglige kompetencer, telefonvisitation og arbejdsbelastning. Samarbejdet mellem vagtlægerne og sygeplejerskerne er kommet godt fra start, men der er plads til forbedringer, som kan optimere samarbejdet og sikre en bedre udnyttelse af de forskellige faglige kompetencer.

## Litteraturliste

1. Huibers L, Giesen P, Padros Goossens M. Integratie HAP en SEH Harderwijk: oordeel professionals voormeting. [Integration GP cooperative and emergency department Harderwijk: experiences of professionals baseline] Nijmegen april 2007.
2. Huibers L, Sloot S, Giesen P, Van Veen M, Van Ierland Y, Moll H. Wetenschappelijk onderzoek Nederlands Triage Systeem. IQ healthcare UMC St Radboud Nijmegen en Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam 2009.
3. Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2006.

## Bilag 1. Spørgeskema til lægerne

### INDLEDNING

I september 2012 blev der implementeret en ny aftale på akutområdet (akutaftale) i Region Midtjylland. Aftalen medførte visse ændringer i lægevagten heriblandt visitation af alle skadekontakter (fraset 112-opkald), samarbejde med sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne og adgang til diagnostiske undersøgelser.

Formålet med denne undersøgelse er at evaluere den nye akutaftale i Region Midtjylland. I undersøgelsen bliver du spurgt om dine holdninger til og erfaringer med den nye akutaftale og samarbejdet med sygeplejersker i **lægevagtskonsultationen**. Undersøgelsen indgår i en evalueringsrapport om den nye akutaftale, der bliver brugt til videreudvikling af akutområdet i Region Midtjylland. Alle besvarelser behandles og afrapporteres anonymt.

Undersøgelsen bliver gennemført af Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

### GENERELT

De følgende generelle spørgsmål omhandler baggrundsoplysninger og arbejdsforhold.

#### 1. Hvad er dit køn?

- Mand
- Kvinde

#### 2. Hvad er din alder?

År: \_\_

#### 3. Hvad er din profession?

*(sæt venligst ét kryds)*

- Speciallæge i almen medicin, medejer af praksis
- Speciallæge i almen medicin, ansat som vikar i praksis
- Speciallæge i almen medicin, arbejder på nuværende tidspunkt ikke i praksis
- Uddannelseslæge i almen medicin
- Andet: \_\_\_\_\_

#### 4. Hvor mange års anciennitet har du fra arbejdet i almen praksis?

År: \_\_

**5. Hvilken praksistype arbejder du i?**

*(sæt venligst ét kryds)*

- Solopraksis
- Kompagniskabspraksis
- Gruppepraksis
- Er ikke i praksis, men har vagtydernummer
- Andet: \_\_\_\_\_

**6. Hvor har du haft lægevagtskonsultationer? (i nogle områder er det en kombination af besøgs- og konsultationsvagt)**

*(flere svar er muligt)*

- Grenaa
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Randers
- Ringkøbing
- Silkeborg
- Skive
- Viborg
- Aarhus

**7. Hvor har du haft flest vagter i lægevagtskonsultationen? (i nogle områder er det en kombination af besøgs- og konsultationsvagt)**

*(sæt kun ét kryds)*

- Grenaa
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Randers
- Ringkøbing
- Silkeborg
- Skive
- Viborg
- Aarhus

**8. Hvor mange lægevagtskonsultationer har du haft i (svar på spørgsmål 7) i 2013?**

- Ingen
- 1-4 vagter
- Mere end 4 vagter



**9. Hvordan er din interesse for skadebehandling?**

- Meget stor
- Stor
- Middel
- Lille
- Meget lille
- Ved ikke/ikke relevant

**10. Føler du dig kvalificeret til behandling af mindre skader?**

- I høj grad
- I nogen grad
- I begrænset grad
- Slet ikke
- Ved ikke/ikke relevant

De følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra det sted, hvor du har haft flest lægevagtskonsultationer, hvilket du har registreret som (svar på spørgsmål 7).

**ERFARINGER MED DEN NYE AKUTAFTALE I LÆGEVAGTEN**

Dette spørgsmål drejer sig om arbejdsbelastning. Med arbejdsbelastning mener vi din samlede oplevelse af, hvor krævende dit arbejde er i lægevagten - uanset om det skyldes f.eks. travlhed, lægefaglig sværhedsgrad, patientkrav eller andet.

**11. Hvordan oplever du den nuværende arbejdsbelastning i lægevagten sammenlignet med før implementering af den nye akutaftale i de forskellige typer af vagter?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget mindre belastende	Lidt mindre belastende	Uændret	Lidt mere belastende	Meget mere belastende	Ved ikke/ikke relevant
Visitationsvagter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultationsvagter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøgsvagter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Hvor tilfreds er du med det nuværende arbejde i lægevagtskonsultationen sammenlignet med arbejdet før akutaftalen blev implementeret?**

- Meget mere tilfreds
- Mere tilfreds

- Uændret
- Mindre tilfreds
- Meget mindre tilfreds
- Ved ikke/ikke relevant

**13. Hvor tilfreds er du med de følgende elementer i samarbejdet med sygeplejersker i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant
At vagtlægen har ansvaret for sygeplejerskernes arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den faglige dialog med sygeplejerskerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det faglige samarbejde med sygeplejerskerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskernes arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarhed om afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskernes prioritering af kontakternes alvorlighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskernes vurdering af hvilke patienter, de kan håndtere selvstændigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskernes vurdering af patienter, der bliver overflyttet til skadestue/akutafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med samarbejdet med sygeplejerskerne i lægevagtskonsultationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Har du forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver, der kan varetages af sygeplejersker i lægevagtskonsultationen?**

---

**15. Hvor enig er du i følgende udsagn om sygeplejerskernes rolle i lægevagtskonsultationen efter implementering af den nye akutaftale?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Patientsikkerheden er højnet pga. overvågning af patienter i venteområdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygeplejerskerne bidrager med relevant patientvejledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en stor hjælp, at sygeplejerskerne overvåger akut dårlige patienter inden overflytning til en sygehusafdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Hvor enig er du i følgende udsagn om effekten af akutaftalen i lægevagtskonsultationen sammenlignet med før implementering af akutaftalen?**

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Patienternes vej i det akutte system er blevet mere optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienternes ventetid er blevet kortere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbejdet med skadestue/akutafdeling er blevet bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den lægelige behandling er blevet mere effektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er blevet nemmere at foretage diagnostiske undersøgelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultationsvagterne er blevet mindre travle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Samarbejdet mellem visitationslæger, konsultationslæger og besøgslæger er blevet bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Kommentarer:**

---

**18. Hvordan har den øgede adgang til diagnostiske undersøgelser i lægevagten påvirket behandlingskvaliteten?**

- Gjort den meget bedre
- Gjort den bedre
- Ingen forskel
- Gjort den dårligere
- Gjort den meget dårligere
- Ved ikke/ikke relevant

**19. Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med den nye akutaftale?**

- Meget tilfreds
- Tilfreds
- Hverken tilfreds eller utilfreds
- Utilfreds
- Meget utilfreds
- Ved ikke/ikke relevant

**20. Kommentarer:**

---

**FORSLAG TIL FORBEDRINGER**

Afslutningsvis er vi interesseret i at vide, om du har forslag til videreudvikling af akutaftalen i forhold til lægevagten. Du er velkommen til at tage udgangspunkt i spørgsmålene i spørgeskemaet (arbejdsbelastning, arbejdstilfredshed, samarbejdet med sygeplejersker, organisering af lægevagten) eller supplere med nye relevante områder.

**21. Har du forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten?**

---

**TAK FOR DIN HJÆLP**

## Bilag 2. Spørgeskema til sygeplejersker

### INDLEDNING

I september 2012 blev der implementeret en ny aftale på akutområdet (akutaftale) i Region Midtjylland. Aftalen medførte visse ændringer i lægevagten heriblandt visitation af alle skadekontakter (fraset 112-opkald), samarbejde med sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne og adgang til diagnostiske undersøgelser.

Formålet med denne undersøgelse er at evaluere den nye akutaftale i Region Midtjylland. I undersøgelsen bliver du spurgt om dine holdninger til og erfaringer med den nye akutaftale og samarbejdet med vagtlægerne i **lægevagtskonsultationen**. Undersøgelsen indgår i en evalueringsrapport om den nye akutaftale, der vil blive brugt til videreudvikling af akutområdet i Region Midtjylland. Alle besvarelser behandles og afrapporteres anonymt.

Undersøgelsen bliver gennemført af Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.

### GENERELT

De følgende generelle spørgsmål omhandler baggrundsoplysninger og arbejdsforhold.

#### 1. Hvad er dit køn?

- (1)  Mand  
(2)  Kvinde

#### 2. Hvad er din alder?

År: \_\_

#### 3. Hvad er din profession?

*(Flere svar er muligt)*

- Sygeplejerske på skadestuen  
 Behandlersygeplejerske  
 Under uddannelse til behandlersygeplejerske  
 Afdelingssygeplejerske  
 Andet: \_\_\_\_\_

#### 4. Hvor mange års anciennitet har du som sygeplejerske?

År: \_\_

**5. Hvor mange års anciennitet har du som sygeplejerske i skadestuen?**

År: \_\_

**6. Hvor arbejder du? (i lægevagtskonsultationen)**

*(flere svar er muligt)*

- Grenaa
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Randers
- Ringkøbing
- Silkeborg
- Skive
- Viborg
- Aarhus
- Jeg arbejder ikke i lægevagtskonsultationen

**7. Hvor har du haft flest vagter? (i lægevagtskonsultationen)**

*(sæt kun ét kryds)*

- Grenaa
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Randers
- Ringkøbing
- Silkeborg
- Skive
- Viborg
- Aarhus

**8. Hvor mange vagter har du haft i (svar spørgsmål 7) i lægevagtskonsultationen i 2013?**

- Ingen
- 1-4 vagter
- 5-10 vagter
- Mere end 10 vagter

**9. Hvilke vagttyper har du oftest haft i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds)*

- Dagvagt
- Aftenvagt
- Nattevagt
- Ved ikke

De følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra det sted, hvor du har haft flest lægevagtskonsultationer, hvilket du har registreret som (svar spørgsmål 7).

### ERFARINGER MED DEN NYE AKUTAFTALE I LÆGEVAGTEN

I de følgende spørgsmål bliver du spurgt om din erfaring med at arbejde i lægevagtskonsultationen.

#### 10. I forbindelse med implementering af akutaftalen, hvor enig er du i følgende udsagn?

(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Formålet med den nye akutaftale giver mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er positivt, at sygeplejersker nu er en del af lægevagten jf. den nye akutaftale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det giver god mening, at vagtlægerne varetager telefonvisitationen af skader jf. den nye akutaftale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 11. Kommentarer:

---

Dette spørgsmål drejer sig om arbejdsbelastning. Med arbejdsbelastning mener vi din samlede oplevelse af, hvor krævende dit arbejde er i lægevagten – uanset om det skyldes f.eks. travlhed, patientkrav eller andet.

#### 12. Hvordan oplever du den samlede arbejdsbelastning i dine vagter i lægevagtskonsultationen?

(sæt venligst ét kryds)

- Meget lav belastning
- Lav belastning
- Hverken lav eller belastende
- Belastende
- Meget belastende
- Ved ikke/ikke relevant



**13. Hvor tilfreds er du med de følgende elementer i dit arbejde i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant
Variationen i arbejdsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variationen i patienttyper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lægelig anerkendelse for dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dine ansvarsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muligheden for at udnytte dine faglige kompetencer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At assistere vagtlægen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med dit arbejde i lægevagten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Hvor tilfreds er du med de følgende elementer i samarbejdet med vagtlægerne i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant
Den faglige dialog med vagtlægerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagtlægernes indsigt i mine arbejdsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagtlægernes uddelegering af relevante arbejdsopgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagtlægernes brug af mine faglige kvalifikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med samarbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke relevant
med vagtlægerne?						

**15. Synes du, dine faglige kompetencer er tilstrækkelige i dit arbejde i lægevagten?**

*(sæt kun ét kryds)*

- I høj grad
- I nogen grad
- I begrænset grad
- Slet ikke
- Ved ikke/ikke relevant

**16. Har du forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver, der kan varetages af sygeplejersker i lægevagten?**

---

**17. Hvor enig er du i følgende udsagn om effekten af akutaftalen i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Patienternes vej i det akutte system er blevet mere optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patienternes ventetid er blevet kortere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbejdet med skadestue/akutafdeling er blevet bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Hvor enig er du i følgende udsagn om forholdene i lægevagtskonsultationen?**

*(sæt venligst ét kryds ud for hvert udsagn)*

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Overvågning af patienterne i venteområdet er med til at højne patientsikkerheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meget enig	Enig	Hverken enig eller uenig	Uenig	Meget uenig	Ved ikke/ikke relevant
Sygeplejerskerne bidrager med relevant patientvejledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Alt taget i betragtning, hvor tilfreds er du med hele den nye akutaftale? (ikke kun lægevagtskonsultationen)**

- Meget tilfreds
- Tilfreds
- Hverken tilfreds eller utilfreds
- Utilfreds
- Meget utilfreds
- Ved ikke/ Ikke relevant

**20. Kommentarer:**

---

**FORSLAG TIL FORBEDRINGER**

Afslutningsvis er vi interesseret i at vide, om du har forslag til videreudvikling af akutaftalen i forhold til lægevagten. Du er velkommen til at tage udgangspunkt i spørgsmålene i spørgeskemaet (arbejdsbelastning, arbejdstilfredshed, samarbejdet med vagtlægerne og organisering af lægevagten) eller supplere med nye relevante områder.

**21. Har du forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten?**

---

**TAK FOR DIN HJÆLP**

### Bilag 3. Kommentarer fra lægerne

<b>Tabel 1. Læger: Forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver, der kan varetages af sygeplejersker i lægevagtskonsultationen</b>
<b>Herning</b>
<p>Isolerede halssymptomer, urinevejsinfektioner, små sår, ankler.</p> <p>Meget varierende hjælp. Af og til forsvinder sygeplejersken i skadestuen og er ikke til hjælp andre gange stor hjælp mht. at forberede sår og rensning.</p> <p>Sygeplejefunktionen i Holstebro er klart bedre end Herning, men det bliver bedre og bedre fra gang til gang - også i Herning.</p> <p>Sygeplejerskerne i Herning prioriterer, eller ønsker, at arbejde i skadestuen, er der bare det mindste travl der, går de derover.</p> <p>Jeg oplever ikke at de selvstændigt behandler nogen patienter færdige, jeg er altid ind over, er det meningen? Næste spørgsmål er underlig, overvåger de patienter? Holder de mere øje med venteværelset end mig? Det har jeg da aldrig oplevet.</p> <p>Nej. Arbejdet skrider hurtigst og mest effektivt, hvis vi hjælpes ad. Hver gang hun tager en selvstændig opgave, mangler jeg hende til hjælp og overvågning i venteværelse.</p> <p>Nej, jeg vil selv være med i behandlingen hvis jeg skal have ansvaret. Jeg mener ikke en regionsansat sygeplejerske skal arbejde selvstændigt side om side med mit arbejdsfelt. Det forvirrer patientmassen og udhuler vores honorar i specielt mindre belastede perioder.</p> <p>Nej.</p>
<b>Holstebro</b>
<p>Det er udmærket med hjælp fra sygeplejersker i Holstebro, specielt i travle perioder, og det giver klart en bedre service. I Ringkøbing ville jeg sådan set helst selv lave arbejdet. Selvom det er en hjælp, får man mindre erfaring med håndtering af skader.</p> <p>Det, der er vigtigt og som sygeplejerskerne i Holstebro er gode til, er - ud over god faglig kunnen, er at prioritere blandt de ankomne patienter (have et vågent øje for evt. dårlige patienter), og få et flow. Dvs. få næste patient ind i den konsultation, der ikke bruges, og gøre de ting hun kan. Dvs. blodtryk og puls, temperatur, evt. podning og CRP. Disse ting er de allerfleste rigtig gode til. Dermed kommer de rigtige patienter hurtigt til og ingen venter unødigt længe. Klar gevinst.</p> <p>Jeg vurderer at pga. manglende kendskab til arbejdsrutinerne i konsultation, kan nogle sygeplejersker ikke bruges optimalt. Det kræver stor rutine at arbejde i konsultation når der er travlt.</p> <p>Nej men vigtigt at det stadig er få faste sygeplejersker i lægevagten.</p> <p>Nej synes der er fin balance.</p> <p>Nej, de bruger for lang tid. Fx en lille sy-opgave og man er alene i 3/4 time. De skal i 16-24 vagten hjælpe lægen og det bedst med at gøre patienter klar med temperatur, blodtryk, puls, CRP og Strep A. Så kører det.</p>

ALT fra 1/9 hvor lægerne er blevet fyret af regionerne.

### **Horsens**

Vil være rart hvis alle sygeplejersker kan suturer. Det er en stor hjælp i en travl vagt.

Starte samtaler med patient der henvises på psykisk indikation. Når der er tid, tage patienter og påbegynde konsultation af alle slags- med opfølgning på konsultation sammen med lægen og pat- giver øget uddannelse- og udvider sygeplejerskers kompetencer og kan aflaste lægen.

Der er behov for flere behandlersygeplejersker..

Der er meget forskel på sygeplejerskerne. Det er træls at mød, når beskeden er at der er sygdom, så lægevagten er ned prioriteret.

Jeg synes det ofte bærer præg af at vi er lavere prioriteret i forhold til sygehusets andre opgaver selvom vi er en væsentlig aflastning for deres system. Akut afdelingens triage system er meget kritisabelt og giver meget hyppigt utilfredshed pga. Ekstreme ventetider når de er "grønne" i triage systemet. Så....mere fokus på kerneydelsen !!patientbehandlingen!!

### **Randers**

Mere suturering.

Sårsuturering.

Sårbehandling, anamnese hos nogen, afklædning/klargøring af børn til undersøgelse, relevante undersøgelser som CRP, ustix, etc, taste beskrivelser af det udførte ind i notatet.

Små sår kan sygeplejerskerne sagtens håndtere.

I Randers er sygeplejerskernes niveau meget forskelligt, med sygeplejersker fra Grenå går alt glat, nogle få af de lokale også OK, men flere gange haft sygeplejersker der ikke har anet hvad de skulle stille op og uden evne til selvstændigt arbejde. Sjældent at sygeplejersker har prioriteret opgaver, det har jeg gjort.

For mange ikke behandlersygeplejersker. For få opgaver de egentlig kan lave. Mangler lokaler, det aflaster ikke når man alligevel skal lave CRP etc. selv grundet pladsmangel. Sygeplejersker mangler diskretion: lader døre stå åbne under konsultationer, også mine. Grundlæggende er det svært at bruge sygeplejersker rigtigt. Det er ikke fordi de er dårlige. Med flere rum hvor "maskineriet" kan stå vil det blive lettere. Med udelukkende behandlersygeplejersker kan de lave flere småskader.

Der mangler et konsultationsrum til sygeplejersker når der er 2 læger til stede i Randers.

Vigtigt for arbejdsflowet at der er et ekstra konsultationsrum. Når vi er 2 læger i Randers, så vanskeligt fuldt ud at udnytte de muligheder sygeplejerskerne giver.

Bedre lokaliteter, dvs. selvstændig sygeplejerske arbejdsplads.

Mangler flere konsultationslokaler.

Desværre nej. Desværre fordi vi læger har mere end travlt i konsultationen og det kunne være dejligt hvis sygeplejerskerne kunne løse flere opgaver for os men jeg har svært ved at se hvad det skulle være.

Desværre kræver de fleste kontakter lægevurdering!

Har haft for få vagter til at kunne udtale mig.

Egentlig ikke.

Nej.

### **Silkeborg**

At sygeplejersker udfører "pakke" forundersøgelse af ex patient med hoste+ feber her tage CRP før de kommer hos vagtlæge, ondt i halsen/med tonsil påvirkning tage en Strep A, obs. urinevejsinfektion få lavet stix. Få en fasekontrast mikroskop i konsultationen. Lettere adgang til blodprøvetagning til lab, podninger etc.

Forberede patienterne til konsultationen (anamneseoptagelse, afklædning, måle temperatur, påklædning, varsler og information).

Halspodninger og selvstændig afslutning af patient med tonsillit og ukompliceret cystit.

Jeg syntes dette er at liste skadestuerne, der rummer flest ortopædkirurgiske problemstillinger ind i almen praksis. Jeg syntes kvaliteten er stærkt forringet når det gælder behandling af disse skader. Man

kan vælge at uddanne de alment praktiserende læger i ortopædkirurgi, det kunne let gøres på lokale kurser.

### **Skive**

I Skive er der mange års erfaring og sygeplejersker har allerede mange selvstændige konsultationer og er dygtige til at supplere lægen. Kan måske i højere grad hvis der er flere ledige konsultationslokaler starte op på konsultationerne før lægen kommer.

En lægevagtsvisiteret patient skal vurderes af en læge som så kan vurdere hvorvidt sygeplejersken kan færdigbehandle eller sende videre til akutafdeling.

### **Viborg**

Suturering.

De må gerne tage flere selvstændige initiativer og behandlinger på sig, der er for stor forskel på hvad de tager sig af

Der er meget stor forskel på om man er i vægt med en behandler sygeplejersker eller ej. Det har også afgørende betydning for hvilke opgaver man kan lade sygeplejersken håndtere.

Jeg oplever, der er meget stor forskel på sygeplejerskernes kompetencer og selvstændighedsgrad. Det tager tid at pejle sig ind på niveauet fra vagt til vagt. Jeg kan mærke, at sygeplejerskerne er "opdraget" i skadestuer- og ikke almen praksis.

Sygeplejersker er for ofte fraværende- optaget af andre ting. Jeg holder ikke pauser så længe, der er patienter, der venter!

### **Aarhus**

At de starter med vask og vurdering af sår, næseblødning inden vi ser patienter.

At der er lavet urinstiks, ekg før patient kommer ind, små sår burde kunne varetages af sygeplejerske alene - men jer tror der ofte er for meget at se til i Århus pga. at der er 2 læger i konsultation.

Det er en kæmpehjælp når sygeplejersken er på forkant med patienten, fx taget urinstix, CRP, sårvaks og DiTBooster etc. inden konsultationen - nogle er fantastisk gode til det!

Det kunne være rart, hvis sygeplejerskerne også i Aarhus rensede sår inden de skulle limes eller syes.

Instruktion i og udlevering af spacere til børn.

Sutur af sår, distorsio pedis, menneske/dyrebid.

Suturering, hvilket de allerede gør i Grenå.

Klargøring til f.eks. suturering, finde udstyr mm frem til samme.

Sy de mindre sår selv. Selv vurdere om de selv kan sende nogle i røntgen før de er set af os. Selv vurdere om en CRP kan tages før lægen har set patient. Ligesom sygeplejerskerne kan i Grenå.

Jeg har savnet mere sårbehandling fra sygeplejerskernes side, som de er bedre til en mig.

Jeg tror egentligt mest der er brug for fuld opbakning til hjælp fra sygeplejersker side med CRP uriner Strep A og at sygeplejersker selv kan skønne hvem hun bør forberede med dette. Stor diskrepans i sygeplejersker evne til dette. Nogle klarer det til og inklusiv hjælp til at prioritere rækkefølge af patienter efter hvor dårlige de er, andre virker dybt uengagerede i hele samarbejdet.

Meget mere assistance ved parløb med en sygeplejerske per læge i Aarhus konsultation, sådan som jeg kender det fra ex. Herning. Sygeplejersker har for lidt at lave og vil kunne få fingre i meget mere ved at tage næste pt. ind og klarlægge diverse vitalparametre.

De samme som nu hvis bare de ville tage sig af de opgaver de får pålagt i stedet for at "forsvinde" til andre steder i skadestuen. Det er meget afhængigt af hvilken sygeplejerske der har vagt. Nogen af sygeplejerskerne er meget dygtige og forstår deres arbejdsopgaver.

Har ikke haft så mange vagter sammen med sygeplejersker. De opgaver de har håndteret, føler jeg de har klarer fint. Har ikke haft indtryk af at de har håndteret mange opgaver selvstændigt, men det kan også være jeg bare ikke har været bevidst om omfanget.

I Aarhus har jeg indtryk det selvstændige arbejde for sygeplejersker er begrænset.

Det burde være lignende sygeplejeopgaver i Århus som i Grenå. Der findes stort set ingen i Grenå er sygeplejerskerne mere engagerede og tager initiativ - i Århus er de meget passive og gør oftest kun hvad

de får besked på behandlersygeplejersker til vor rådighed i Århus.

I Grenå laver de meget selvstændigt arbejde og de virker faglig kompetente. I Århus har jeg ikke oplevet, at sygeplejersken har lavet selvstændigt arbejde og afsluttet patienter. Men de er søde til at lave urin + ekg på forhånd og andet på forespørgsel.

Det afhænger i høj grad af hvilken af de relativt mange sygeplejerser med ret forskellig baggrund der er tale om.

Samarbejdet med sygeplejersker varierer noget - de "gode" tager initiativ og tænker selvstændigt, bedre visitering

Det går klart hurtigere når jeg selv tager CRP og strep A og afslutter en patient.

Har manglet assistance af sygeplejersker de 2 natte konsultation. Jeg har haft til de større skader hvor jeg selv har måtte stå med suturering.

Sygeplejerske skal være fast tilknyttet lægevagten hvis de skal gavne for alvor. Den nuværende ordning lider under man ikke ved hvor og hvornår man har deres hjælp.

Sygeplejerske bruger rigtig meget af sin tid på at hente patienter fra det ene venteområde til det andet. Det er for dyrt.

Sygeplejersker har ikke så meget forståelse epidemiologien i almen praksis, tænker fortsat for meget i traumatologi, triage, blødtryk, puls og temperatur, som jo ikke er så relevant i almenpraksis/lægevagten.

Da der altid er travlt og der i perioder ikke er megen kommunikation, er det egentligt utilfredsstillende at vi er "ansvarlige" for sygeplejerskernes arbejde. Var det i min egen klinik ville jeg ikke acceptere det, men her er vi jo brikker i en politisk beslutning.

**Tabel 2. Læger: Kommentarer (effekten af den nye akutaftalen)**

**Herning**

Vi har hele tiden haft et ok samarbejde/hjælp fra sygeplejersker i konsultation, det har ikke ændret sig efter implementering af akutaftalen.

I Herning har jeg ikke følt nogen ændring idet det ligger tæt op af tidl. praksis i Vestklyngen.

Den store ændring er der ikke sket, nattevagterne er et problem.

Der var sygeplejersker det meste af tiden i Herning også før aftalen blev gældende. Rart de er der hele tiden nu, før kunne de blive kaldt til skadestuen ved travlhed. De aflaster vagtbelastningen meget.

Herning havde også tidligere sygeplejersker, så ændringen minimal.

Vi har længe haft sygeplejerske til hjælp i Herning. Derfor meget begrænset forskel. Samarbejdet mellem læger altid været godt så ingen ændring der.

Sygeplejerskerne er der kun halvdelen af tiden, så bliver de hentet over til skadestuen, som " har mere travlt" har også oplevet, at hvis jeg vil have en patient indlagt, skal jeg afgive min sygeplejerske, for ellers har de ikke tid til at modtage patienten.

Jeg synes det er MEGET VIGTIGT at fremhæve, at jeg mener at den model der bruges i Skive og Viborg, hvor lægevagten ser alle mindre skader både før og EFTER røntgenundersøgelse, er det mest effektive, smidigste, giver HELT SIKKERT KORTTEST VENTETID for patienterne og leverer absolut høj kvalitet i behandlingen på niveau med en Skadestue bemandet med en ortopædkirurgisk forvagt i front. Derudover kan røntgenbilleder i tvivlstilfælde konfereres med ortopædkirurgisk bagvagt. Denne model sikrer at ABSOLUT FÆRREST patienter videresender til sygehuset og må absolut være det BILLIGSTE SYSTEM som giver KORTTEST VENTETID for patienterne. Jeg mener SKIVE/VIBORG modellen burde bruges i lægevagten ensartet i alle 5 regioner.

Jeg har haft en konsultationsvagt, og det var 24/12, så det er meget lidt og næppe repræsentativt, hvad jeg har oplevet.

**Holsebro**

Før implementeringen af akutaftalen, havde vi faktisk samme gode hjælp. Der er nu flere (sygeplejersker), der deler opgaven, men de fleste går efterhånden til opgaven med en positiv indsats.

Det har ikke det store i Holstebro, da ordningen ligner den gamle. Det er dejligt at have sygeplejersker lørdag og søndag aften, da de i perioder kan være travle.

Patienter har svært ved at acceptere at de af og til skal videre til Herning mhp ortopæd kir efter kl. 22 hvis de har været i Holstebro i god tid forinden men måske har været omkring røntgen.

Det er noget rod at besøglægen ikke på sin computer kan se patienter i konsultationen umiddelbart, Kørelægen kan ikke skrive supplerende journalnotat på patienter der er registreret i konsultationscomputeren.

### **Horsens**

Markant bedring med det nye system. Der er dog mulighed for forbedringer, især omkring logistikken i patient flowet. Samt trænger vagtlægeprogrammet til bedre understøtte arbejdet.

Patienterne bliver set hurtigere og visiteret til relevant behandling.... men de som ryger videre i systemet skal desværre se frem til urimelige langsom og tung videre behandling medmindre de er døden nær. Ikke fordi læger og sygeplejersker ikke er villige og kompetente men fordi de er fanget i et registreringstyranni uden øje for den reelle kerneydelse - effektiv patientbehandling.

Det er klart en fordel at have sygeplejerske i konsultationen. Jeg har ikke oplevet at have en behandler sygeplejerske i konsultation hvilket blev omtalt på mødet forud for indførelse af akut aftalen, dvs. der har ikke været en sygeplejerske der kunne tage selvstændige konsultationer. Det er frustrerende at have mega travlt med feber børn + skader mm i konsultation samtidig med at de intet har at lave i skadestuen.

Der er øget antal i konsultation - spændende og god indtjening- men min ventetid er blevet længere, så dejligt hvis sygeplejersker kunne tage sig af mere- det kommer efterhånden som de får selvtilid og erfaring, tror jeg. Jeg har haft for få konsultationsvagter. Det er et problem når det også er forskellige sygeplejersker 7 sygehjælpere. Hvem gør hvad og hvordan fylder for meget.

Jeg har kun haft én konsultationsvagt og det var efter indførelsen af den nye akutaftale, jeg havde i den vagt et rigtig godt samarbejde med en dygtig sygeplejerske. Jeg har altså ikke noget sammenligningsgrundlag og har derfor svaret "ved ikke" til de spørgsmål, hvor man skulle sammenligne med før indførelsen af akutaftalen.

Beskeden erfaring pga. få vagter, men der bliver mange CRP'er og forus, det kunne godt optimeres/minimeres.

### **Randers**

Der er uændret et godt fagligt samarbejde.

Vi ser flere skader, men det er blevet nemmere at behandle dem effektivt da der er god hjælp og samarbejde med den vagthavende sygeplejerske.

Nogle af skaderne forsinkes undersøgelse af mere banale ting og dermed i perioder lang noget længere ventetid. Altid haft godt samarbejde m skadestue i Randers.

Den største fordel i forhold til kortere ventetid er opnået for skadepatienterne og for skadestuerne. Lægevagten er presset af lidt for mange kontakter i perioder, hvor sygeplejersken oftest kun kan bidrage med skaderelaterede patienter. Der er ofte problemer med at det diagnostiske udstyr ikke fungerer.

Det er rart med en person der kan tage sig af de mere oplysende, praktiske informationer, smat at man ikke er helt alene.

1. Sygeplejersken i Randers bliver af og til trukket tilbage til skadestuen pga. underbemanding/akutte situationer/sygemeldinger. 2. Århus konsultation: dårligt flow med at patienter skal hentes i et stort venteværelse og bringes ind i et mindre venteværelse og flow til/fra sygeplejersker.

Det afhænger i den grad af hvilken sygeplejerske der er på vagt om det er en hjælp eller ikke. Nogle gange glider det fint andre gange er det en hindring for afvikling af vagten.

Der visiteres alt for løst. Mangler at indsamle anamneser. Skelne kroniske-langvarige etc. mhp egen læge. At visitatorer skal sige mere nej til nervemedicin recepter, ikke sig kom i konsultation til vurdering og lade aben gå videre. (selvom det tager mere tid).

Alt for travlt i Randers konsultation.

Det er blevet mere alsidigt arbejde i konsultationen.



Tilføjelse til ovenstående. Har ikke haft lægevagtskonsultationer før den nye akutaftale.

### **Ringkøbing**

En Ringkøbing vagt er ofte tyndt besat - mest patienter. til klinikken - ikke så mange besøg. Der er fra visitorers side tvivl om patienterne skal henvende sig uden videre. Nogen gange venter folk rigtig lang tid fordi de bliver sendt til klinikken med det samme, andre gange sidder vi i klinikken og venter og venter på dem.

En vagt i Holstebro konsultation som opleves stort set uændret, da der tidligere har været sygeplejerske. Ændret struktur i Ringkøbing distrikt har givet væsentlig travlere vagter.

### **Silkeborg**

Jeg ser færre patienter på den samme tid, fordi jeg skal involveres i strengt taget alle sygeplejersker patienter. Ikke sjældent skal jeg minde dem om, hvilke patienter de selv kan gå i gang med for at skabe flow. Det er ikke altid at den sygeplejerske der hører til i lægevagten er tilgængelig (= hjælper sin kollega på akutklinikken).

Årsagen til at jeg har udfyldt skemaet som anført er at man som vagtlæge oplever mange flere afbrydelser i sit flow - hvor vi som "bagvagter" til sygeplejersker lige bliver bedt om at se med - på ting som retteligt faktisk hører ind under sygeplejerskens selvstændige fagområde, og hvor jeg som vagtlæge kan få den tanke, at ansvaret blot ønskes delt.

Forvirrende med de forskellige visitationsretningslinjer (for de forskellige vagter) der har været over tid.

Jeg har haft en del vagter især i højtiderne hvor ventetiderne har været længere, end de var før. Det er som om, at der visiteres lidt løsere end før; måske fordi man som visitor ubevist tænker, at der er en sygeplejerske, som kan tage fra - men de har også travlt med de egentlige skader, som vi ikke ser, så meget til - blot til kort afklaring.

Bedre samarbejde mellem konsultation og besøgs-læge, godt med backup når der er travlt.

Konsultationsvagter ikke mindre travle nu, men det er ok at der er travlt, når man er på vagt, blot samarbejdet fungerer god.

### **Skive**

I ovenstående svar skal det forstås at situationen i Skive føles fuldstændig uændret både i lægevagten og i det normale dagarbejde som praktiserende læge. Vi har altid fungeret som om den nye akutaftale eksisterede - også før. Altså ingen ændring. Jeg er absolut positiv overfor sygeplejersker i lægevagten. Det er en stor hjælp. Er ny i lægevagtsregi. Har ikke kørt selvstændige vagter under den tidligere aftale.

### **Viborg**

Konsultationer er ikke blevet mindre travle, kun i de tilfælde hvor man er vægt med en behandler sygeplejersker som i højere grad kan arbejde selvstændigt, men man er nødt til zombier den ansvarlige at forholde sig til alle konsultationer og det tager tid.

Der er nu flere patienter efter at skadestuen er visiteret.

Der har altid været fint samarbejde mellem konsultation og besøgs læge Fint med sygeplejersker hjælp, men nogle forsvinder bare til kaffe el. lignende el. kommer senere pga. de evt. hjælper andet sted. Det er selvfølgelig fordi der ikke er travlt, men når der så pludselig er travlt kan de jo ikke se det fra deres kaffestue.

Der er rart der nu kan laves EKG straks og mulighed for hæmoglobin ellers er der ikke nye diagnostiske tiltag ud over røntgen. Mht. røntgen er vores erfaring jo ringe. Med vagter svarende til 1 sæt vil man aldrig opnå ordentlig erfaring og har jo ikke mulighed for at vide om en anlagt gips er korrekt lavet el lignende.

Enkelte sygeplejersker er meget dygtige og effektive samtidig, hvilket helt klart får tingene til at glide nemmere, dvs. at få patienterne hurtigere og effektivt igennem systemet, men andre er dygtige men ikke særligt Røntgen henvisning, vurdering og afrapportering til røntgen konference er blevet betydelig tidskrævende. Mulighed for supplerende undersøgelse selv om det udføres af sygeplejersker forlænger samlede tid i konsultation, mere tidsforbrug pr. pt. i konsultationsvagteffektive, og så er det indimellem nemmere selv at gøre tingene.

Jeg har ikke haft vagter i det gamle system.

Jeg har patient ikke haft visitationsvagter, og ingen besøgs vagter før implementeringen.

Jeg har kun haft eget vagtydnummer fra maj 2012, så det er begrænset hvor mange vagter jeg havde i Viborg før implementeringen. Så min besvarelse er hovedsagelig udefra hvordan jeg syntes det er aktuelt.

## Aarhus

I perioder hvor der er travlt på Skadestuen og hos vagtkonsultation er der for lav sygeplejebemanding, og det er ikke "min" sygeplejerske.

Har manglet assistance af sygeplejersker de 2 natte konsultation jeg har haft til de større skader hvor jeg selv har måtte stå med suturering.

Det kan jævnligt være ret svært at få hjælp/assistance til noget om natten, hvor faktoren travlhed ikke synes at være årsagen.

Samarbejdet med akutafdelingen og os er blevet bedrer, og godt samarbejde med sygeplejerskernes tilknyttet konsultationslægen, men har oplevet afvisende adfærd fra personalet under nattevagt, og kan godt være nervøs over nattevagt af den grund.

Jeg synes det er rart at de ligger tættere på skadestue/akutmodtagelsen.

Alt i alt synes jeg arbejdet er blevet mere tilfredsstillende, fordi man har kontakt til et mere bredt udsnit af syge. Dejligt med hjælp af sygeplejersker, som er hjælpsomme og kompetente. Man føler ikke konkurrence mellem skadestue og lægevagt, men samarbejde. En bedre ordning, som jeg har været tilhænger af i over 20 år!!!

Det er livreddende at der er en sygeplejerske tilstede i konsultationen. Har haft hjertestop på et lille barn. Medvirkende til det barn overlevede var at floater i skranken (en sygeplejerske) var obs. på barnet og sygeplejersken i konsultation var hurtig til at alarmere. Hvis vi havde været i den gamle konsultation tør jeg ikke at tænke på konsekvensen. Senere har jeg oplevet et lignende dårligt barn hvor vi atter fik hurtig hjælp via sygeplejerske og anæstesi. Det er en vigtig integration mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen. Jeg synes det fungerer godt.

Stadig plads til forbedring - specielt i Århus konsultation.

Jeg håber at aktuelle formel på lægevagten fortsætter. Der er fortsat rum for forbedringer ad samarbejdet men vi er godt på vej. Det er meget bedre arbejdsvilkår i de nye lokaler, med sygeplejersker assistance og logisk at vi kan bruge hinanden hvor der før var lukkede døre mellem to enheder der bør hjælpe og supplere hinanden til patienternes bedste.

Ventetid Århus mindre, idet vi trækker en vis-læge ind. I Grenå er man ofte presset af konsultation versus besøg.

Det stiller større krav til koordinatorene at fordele ressourcerne hensigtsmæssigt - når det fungerer godt er det fantastisk - andre gange halter det - og så staser det op fx i konsultationerne i Randers og Horsens.

Der er som hos vagtlægerne også hos sygeplejerskerne variation i håndteringen af patienterne.

Meget stor forskel på sygeplejerskerne. I nogle vagter skal man selv klare al sårbehandling fra vask, finde bedøvelse og alle remedier frem selv, sy m.m. De burde alle være behandlersygeplejersker, og der burde være sygeplejersker hele tiden også fra 22-08, hvor der ofte spec. fredag og lørdag nat er meget travlt. Jeg oplever at flere og flere småskader bliver omvisiteret til skadestuen ved skranken, og vi ser ret få nu sammenlignet med i starten uanset om vi har travlt eller ej.

Synes der er stor forskel i graden af sygeplejehjælp i konsultationsvagter, tilgængelighed og faglighed. Irritationsmoment når sygeplejersker holder pause på ½ time uden afløsning.

Arbejdsbelastningen i konsultationen er uændret - mere hjælp (sygeplejersker) men også flere skadepatienter - men det er ok.

Konsultationerne er blevet mere travle, men alligevel bedre da de er mere relevante og med god støtte fra sygeplejerskerne.

I Århus styres ventetiden og travlheden i konsultationen af koordinator, der sender flere læger til konsultationen ved ventetider > 1 time.

At vi skal visitere patienter til en sygeplejerske som skal visitere til bedre udnyttelse af behandlingstiden er ugunstigt. Visiterende sygeplejerske kunne frigøres og hjælpe med direkte sygeplejersker -arbejde, det vil bedre udnyttelsen af behandlingstiden.

Synes ikke sygeplejerskerne ind imellem er hurtige nok og dedikerede nok til at servicere lægevagten, man mærker de er vant til at servicere skadestuelæger. Lægevagten arbejder i et højere tempo.

Alt for mange skader sendes unødigt igennem lægevagten hvor de skulle have været direkte på skadestuen. Det er spild af patientens og lægens tid.

Stadig en del patienter der ses dobbelt. Dvs. visiteres til Lægevagten, sendes i røntgen og ses i skadestuen. Men nok svært at undgå, så længe vi ikke kan afslutte patient selv med blank røntgen. Ved ikke om det rent faktisk er et problem i form af dobbelt arbejde, forlænget ventetid for patient?

Samarbejdet med de øvrige læger var også godt tidligere, det er ikke ændret.

Til sidste spørgsmål: samarbejdet mellem visitationslæger, konsultationslæge og besøgs læger er uændret.

Grenåvagten med kombination af konsultation og kørevagt er meget travl.

Venteværelset i Silkeborg er placeret således, at det er svært for sygeplejerskerne at holde øje med, hvem der sidder der, og det er derfor ikke altid, de har fuldt overblik.

Jeg har ikke arbejdet under den tidligere vagtordning, derfor flere spørgsmål, som jeg ikke kan forholde mig til.

Jeg har ikke arbejdet under den tidligere aftale, således kun haft vagter med nuværende ordning, og kan derfor ikke udtale mig om forskellen. Men jeg oplever klart at ordningen er god, højner kvalitet og fungerer godt.

Har KUN haft vagter efter implementeringen af akutaftalen. Kan derfor ikke sammenligne med tidligere.

### **Tabel 3. Læger: kommentarer (den nye akutaftale)**

#### **Herning**

Det er forvirrende med de forskellige visitationsregler til akutklinik og -afdeling. Forskellige åbningstider og særregler forvirrer visitatorer og patienter.

Der er fortsat store problemer med visitationen i nattevagten, der visiteres til akutklinikken men vi kan ikke se dem, og der er ingen der tager sig af dem, der skal indskærpes at det kun er skader, som skal sendes ind og at akutafdelingen skal tage sig af dem primært, alle andre skal visiteres til besøg med besked om at de kan ringes til konsultation. Det er stadig uklart efter min mening.

Jeg har indtryk af at arbejdets tilrettelæggelse og smidigheden hvormed en vagt forløber er meget afhængigt af at der er en rutineret og kompetent visitatorlæge/koordinator. Jeg synes derfor godt man kunne tillade nogle erfarne læger at have denne funktion alene (en seniorordning?) mod at de blev genstand for evaluering fra besøgs vagtlægerne, så de gode kunne prioriteres. Jeg skal understrege at jeg ikke selv er i målgruppen :), har aldrig visiteret i lægevagt. Det minder mig om at det ikke er rart at have rådighedsvagt, hvor man kan risikere pludseligt at skulle koordinere/visitere uden at have prøvet det før.

Oplever ofte at sygeplejersken er væk fra konsultationen, holder f.eks. ofte frokostpause i 50 min.

Før var jeg i Holstebro, der var et bedre samarbejde med sygeplejersken. I Herning er sygeplejersken ikke til stede. I Ringkøbing har sygeplejersken nogle gange faglige mangler.

Problemet i Herning er at akutafdeling betjenes af meget uerfarne læger som gør det godt. Deres erfaring taget i betragtning. Ventetid for patienter bliver lang da de ofte skal afvente en ældre læges vurdering.

Af diagnostiske hjælpemidler har vi som det eneste fået CRP og hæmoglobin apparat. Meget usmart har man købt et meget langsomt CRP apparat. Hvorfor har man gjort det?

#### **Holstebro**

Det er vigtigt for mig at de sygeplejersker jeg skal arbejde sammen med kender rutinerne, har kendskab til indhold i skabe og skuffer samt vejen videre i systemet. Derfor skal 'fast' personale vægtes højt.

- men det var jeg også før. Hvis spørgsmålene skulle hjælpe mig til at memorere hvor forfærdeligt det var så husker jeg kun tiden før vi havde sygeplejersker. Dét var rædsomt.

Har også haft en del konsultationsvagter i Ringkøbing og finder sygeplejersken her i store perioder er total overflødig. På sin plads i travle perioder i weekender og helligdage men derudover spild af skattepenge.

1/9 bliver det jo regionernes problem, det slipper heldigvis af med lægerne som de har fyret.

**Horsens**

Jeg synes det er rigtig godt med samarbejdet med sygeplejerskerne.

Det er jo blot endnu et krumspring for at spare penge ved at bruge en effektiv enhed som primær skanse i stedet for et langsomt og tungt system. Mit personlige udbytte af aftalen er minimalt - og patientbehandlingen af de patienter som bliver visiteret videre til en hospitalsenhed er fortsat kritisabel trods det faktum at vores deltagelse har reduceret sygehusets belastning med ca. 20 %!

Jeg synes ikke den nye akutaftale harmonerer med vores mærkelige overenskomst med akkordarbejde. Det giver en forkert fokusering og skævhed i forhold til det øvrige behandlingssystem. Fast løb vil give en bedre atmosfære og relation til sygeplejerskerne m.v.

"Søjlerne"- bliver mindre skarpt afgrænset. Som afdelingslæge og lægevagt synes jeg det er glædelig og på høje tid.

Utilfreds da der er for travlt men meget tilfreds med hjælp fra sygeplejeske.

Rigelig travlhed i konsultation.

**Randers**

Det er dejlig at opleve et frugtbart samarbejde med skadestue. samtidig med at vi har fået en mere blandet og udfordrende patientmasse som jeg også har oplevelse af høre til hos os, og mange også udtrykker tilfredshed med. Et godt samarbejde med sygeplejersker.

Klart billigere at lade os behandle patienterne. Også i almen praksis. God samfundsøkonomi. Men arbejdspresset er meget stort i Randers konsultation.

Der er bedre samarbejde med akutafdelingen. Det er meget positivt. Til gengæld er travlheden noget overvældende.

Akutaftalen er rigtig men konsultationslægen i Randers er overbelastet. Læs mine kommentarer nedenfor.

Ang. adgang til diagnostik f.eks. røntgen, så gives svaret i Randers af skadestuelægen, så det er ikke lægevagten, der selv afslutter patienterne.

Der vil helt klart ende med at skulle sidde 2 læger i Randers meget hyppigt. Der er flere visitatorer, altså flere vagter. Vi flytter os selv over til at arbejde på sygehuset, ikke i vores primære klinik.

**Silkeborg**

Samarbejdet med personalet er meget personafhængigt svingende fra super til efter deres behag.

Sygeplejerskernes hjælpen/selvstændigheden i arbejdet/initiativ til selv at gå i gang er meget vekslende. Jeg havde opfattelsen af, at jeg blot skulle være bagvagt for dem i (enkelte) tvivlsspørgsmål. I stedet er jeg blevet skadestueforvagt, der bliver involveret i 9/10 kontakter. Hvis det skulle være en hjælp skulle de helt selv tage sig af de fleste. I indledningen svarer jeg at jeg ikke er klædt på til skadearbejde. Jeg kan vurdere om patienter skal undersøges yderligere for en skade. Og i dagtiden sender jeg dem til akutklinikken til behandling... men efter kl. 17.00 er det mig selv, der skal varetage det. Og det er ikke det jeg er der for. Og jeg har ikke et personligt ønske om at blive forvagt igen og lære om behandling af diverse frakturer eller skadebehandling. Jeg synes at det er mere stressende at have konsultation vagt, fordi jeg bliver hevet i fra flere sider og ikke sjældent skal diskutere hvem der skal gøre hvad og hvornår. Og det gider jeg ikke efter 8 timer dagarbejde. Er det fordi jeg er kvinde at jeg oplever mere modstand?

Jeg kan være bekymret for at vi mere eller mindre bevidst er blevet gjort til akutlæger på akutklinikkerne - jeg har flere gange stået med både (fejl-)visiterede og selvhenvendende, som er akut dårlige, og hvor det tidligere var medicinsk vagthavende som blev tilkaldt til medicinsk skadestue, så er det nu vagtlægen/undertegnede, som står "alene" med akut dårlige patienter på et sygehus, hvor det forventes at specialviden er tilgængelig, og det er det ikke længere idet rutinen er borte. Jeg synes at man skal passe på med den slags udvanding af kompetencerne.

Synes den nye akutaftale i dagtiden giver mange opkald/telefonsamtaler der kommer på tværs i dagligdagen synes vagttiden er blevet væsentlig mere belastet og står man med et problem/ noget det ikke er fagligt forsvarligt man tager stilling til er det svært at få hjælp fra sygehuslægerne at man så tjener flere penge på den enkelte vagt gør ikke forholdene optimale.

Arbejdsglæden er bedre for mit vedkommende. Før sad man alene i vagten - i et lummert lokale, hvor det var svært at komme ud til pause. Man var også alene, hvis der var nogle lidt "suspekter" patienter. Nu er der mere run på - men det er langt bedre med sparing - mulighed for en lille pause med personale og drøftelse hen ad vejen. Dog mere travlt - ofte flere ting i gang ad gangen - men det gør det mere spændende og man føler, der er et godt flow. Ofte har kørevagten også travlt på de samme vagter, så jeg tror faktisk ikke at ventetiden er blevet kortere! - tværtimod! (?) Mange vagter er jeg blevet ½-1 time efter lukketid, men det gør ikke så meget, når der er større arbejdsglæde :-).

Der hvor jeg mærker belastningen er på dagtid, i et i forvejen fyldt program, når der kommer uventede skader... det fylder da... og man kommer senere hjem - men det er OK.

#### **Skive**

Føler mig tryk som uddannelseslæge/ny vagtlæge.

Er i et område (udkant Region Midt) hvor der hele tiden har været vis til skadestuen dvs. lukket skadestuen.

Derfor vant til at håndtere mange skader mm i DLG arbejde.

Se ovenstående kommentar.

#### **Viborg**

Samarbejdet med sygeplejerskerne er rigtig godt. De hjælper med at få det hele til at glide.

Øget belastning af skadestuearbejde gør arbejdet mere belastende ligesom service om natten er blevet dårligere idet patienter nu skal vente op til flere timer før den kørende lægevagt har mulighed for at komme til konsultationsstedet.

Til tider simpelthen for travle vagter!!!!

Når der er travlt hjælper det lidt med en sygeplejerske forudsat, at hun har lov til at behandle og at hun er til stede hele tiden.

Er ikke glad for skadestuearbejde.

Udfordringen er samarbejdet, idet vi som PLO'ere også er meget forskellige. Der kan opstå lidt forvirring om, hvem der er "in charge", idet sygeplejerskerne er på hjemmebane- og vi kommer som "eksterne konsulenter". Måske kunne samarbejds møder faciliteter forløbene.

Det er min opfattelse, at der er for lidt plads til innovation og forskellighed. Behovet for ensartethed i Regionen blokerer for gode tiltag visse steder. Men det er jo en politisk sag, som der næppe kan gøres meget ved. Så alt i alt er det da en meget fin vagt vi har.

#### **Aarhus**

Jeg synes visitationen fungerer fint - kunne stadigvæk ønske lidt mere ensartethed gennem hele regionen - det er nogen gange svært at huske hvor man nu kan gøre hvad - men godt med råd der popper op når man visiterer. Det kan nogle gange være svært at bruge sygeplejersken da hun ofte er optaget af noget andet - eller i gang med at hjælpe kollega. Jeg synes faktisk ikke der er ændret så meget i forhold til tidligere - men godt at patienterne har en at henvende sig til hvis de er i tvivl om noget. Når der er travlt er det godt at man ikke har alle patienterne siddende lige uden for døren.

Ikke den store ændring, men jeg kan forestille mig, at Skadestuelægerne har lidt mindre at lave. Det er jo ikke så godt mhp at uddanne de nye reservelæger. I så fald skulle de jo være med hos os i begyndelsen.

Bedre, men behov for at trække på positive erfaringer rundt i de forskellige konsultationer i region Midt. Aarhus kan gøres bedre og mere effektiv hvis man kigger mod vest.

Jeg har gentagne gange oplevet øget patienttilfredshed, dels med de bedre fysiske rammer, dels pga. kortere ventetid, det er nemt og hurtigt at få en visitationslæge i konsultationen til at hjælpe med "pukler" i spidsbelastninger.

Meget tilfreds med samarbejdet med sygeplejersker. Ok med skadearbejde men det giver en del mere arbejde i konsultationen.

Det er rart at vi er tættere på dem der visiterer og på skadestuen. Det der halter, er samarbejdet med den givne sygeplejerske der er på vagt.

Samarbejdet mangler prioritering. Ordningen er ny og skal slibes til. Der er lidt kulturforskel på en praktiserende læge og de offentlige sygeplejersker. Det går lidt langsomt og de går bare når det passer dem og

så står vi lidt hjælpeløse tilbage.

At inddrage sygeplejersker i forskellige procedurer tager længere tid end jeg havde forventet. Det nytter ikke noget at man gang på gang skal ud og lede efter dem og så til sidst ringe efter dem.

Jeg laver de diagnostiske tests selv ellers tager det for lang tid først at finde sygeplejersker og at tage PT ind 2 gange.

De diagnostiske undersøgelser er ikke udbygget væsentligt - det nye er primært CRP, i ny og næ røntgen-us af thorax på medicinske patienter.

Burde være behandlersygeplejersker i Århus.

Synes der er for meget skadearbejde i konsultationen. Utryk ved at være der om natten hvor man får dårlig service fra sygeplejersker. Meget forskelligt hvor gode sygeplejerskerne er fagligt, og hvor meget de aflaster.

Bedre samarbejde med akutafdelingen når der ikke er en sygeplejerske tilstede, altså om natten. Villighed til at hjælpe f.eks. med EKG og CRP. De er meget svære at trække over til konsultation, selvom det ser ud til at de ikke har travlt.

Bør arbejdes på at få et bedre samarbejde med sygeplejersker. Det opleves som at nogle sygeplejersker har stor modstand mod os i skadestuen, lægevagten. Også selvom vi forsøger at undgå en modstand.

Det er svært at vænne sig til det nye arbejde når man er alene om natten.

Jeg syntes nok ikke at sygeplejerskerne er synlige nok i nattevagten. Jeg har lige haft en nattevagt med 33 patienter, hvor sygeplejersker kun hjalp mig med en pt. Bl.a. havde Falck bare placeret en pt. i en seng på gangen, uden at han var logget ind ved skranken. Jeg har også oplevet at en pt. med voldsom næseblødning blot var sat til at vente i venteværelset, det taler for at vurderingen i skranken skal være bedre.

Et sted, man mærker det på, er bl.a. at natte-konsultationsvagter ikke mere kan afsættes/byttes, og dag konsultationsvagter heller ikke så nemt som tidligere.

Sygeplejerskerne i skranken/konsultationen kan have svært ved at forstå, at man som koordinator skal prioritere telefon køen meget højt rent bemandingsmæssigt. Belysning ved skriveborde

Det er blevet nemmere med GU efterhånden, med lysforhold og bøjler, er ikke sikker på at det er muligt i alle lokaler.

I Århus er de nye lokaler bedre, og det er en fornøjelse og en faglig tilfredsstillelse at samarbejde med sygeplejerskerne og skadestuen.

Den største gevinst ligger i indretningen: det er godt at have afstand til ventende patienter. Det gamle system var stressende.

Der er betydelig flere opgaver indenfor samme økonomiske ramme, hvilket ikke er ok.

En god aftale som er lavet som et godt samarbejde mellem Region Midt og PLO.

Jeg håber denne gode løsning vil brede sig til resten af Danmark, da den virker til at være den mest optimale brug af samfundets ressourcer.

Jeg har kun haft en natkonsultation i de første 4 måneder, og da brugte jeg ikke sygeplejerske ret meget og hun var i skadestuen, hvor der var travlt.

#### **Tabel 4. Læger: forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten**

##### **Herning**

Kan optimeres med kvalificeret sygeplejerskehjælp som er FAST i lægevagten dom ikke blot forsvinder til skadestuen for at hjælpe eller have socialt samvær.

Sygeplejerskerne i Herning, skal primær være i lægevagten, I Holstebro var de i lægevagten, og gik ikke i skadestuen ved travlhed der.

Er skrevet ovenfor. Mht. sygeplejerskernes funktion synes jeg da at det er skønt at der er en sygeplejerske der hjælper.

Bedre uddannelse af sygeplejerskerne. Vi har ikke fået ændret det store. Vi har i den tid jeg har været vagtlæge altid taget os af skaderne.

Hvis sygeplejerskerne fremover skal udhule vores arbejdsområde og honorering med den nye akutaftale vil jeg

undgå /frasi mig konsultationsvagter. Det har ikke været meldt entydigt ud hvordan de skal arbejde med os. Oplagte gynækologiske problemstillinger bør kunne visiteres direkte til gynækologisk afdeling udenom lægevagtskonsultationen.

Implementering af en tradition for hjælp fra kørelægen i Herning og Tarm om assistance i konsultation, når de er i venteposition - formidlet via koordinator.

Skive/Viborg modellen, hvor lægevagten ser alle mindre skader før og EFTER røntgen mener jeg klart må være det mest effektive system, som helt sikker giver KORTEST VENTETID for patienterne og giver FÆRREST henvisninger til Sygehuset og således det BILLIGSTE SYSTEM, hvor KVALITETEN samtidig er i TOP. Denne model burde være landsdækkende.

Cpr maskinen er alt for langsom. Et andet system.

### **Holstebro**

Generelt godt tilfreds som det er.

Det fungerer udmærket. Til tider synes jeg der er for mange "bekvemmelighedspatienter".

For stor bemanding i visitationen.

Afklaring af røntgenbeskrivelse og videre behandling i vagttid Holstebro.

Lad alle registreringer af konsultationer som besøgsvagten skal deltage i, ske på kørecomputeren. Så har vi det bedste overblik.

Region Midt skal lytte til lægernes og sygeplejerskernes behov i større grad. Tillid til at vi kan og vil yde en høj kvalitet i lægevagtskonsultation sammen med en forståelse for at det ikke sker når vi bydes forhold med IT der ikke fungerer, klima anlæg der kun tilbyde patienter i venteværelset men ikke i konsultationerne.

Det har fungeret super godt i Holstebro gennem flere år så der har det egentlig kørt videre som altid. Men det ødelægges nu 1/9 hvor regionerne skal sørge for lægevagten efter at have fyret lægerne.

Jeg vil helst ikke deltage i vagten, må gerne "udliciteres" efter min mening.

### **Horsens**

1. Vagtlæge konsultation bør ligge dør om dør med sygeplejerskens konsultation. 2, vagtlægeprogrammet trænger til at blive mere brugervenligt så det bedre understøtter samarbejdet mellem lægen og sygeplejersken.

Klare retningslinjer i konsultationen mht. hvordan samarbejdet skal fungere. Ro mht. omlægning og ændringer. Med kun få vagter er det slet ikke til at klare alle de mange ændringer. Vi når knap at finde ud af hvor skalpellen ligger før den er flyttet igen eller lægevagten er flyttet til nyt lokale. Konsultationslokalerne i Horsens er i øvrigt ALT for dårlige!!!!

Jeg synes at sygeplejerskernes kompetencer og arbejdsområde skulle gøre mere klart. (med det forbehold at jeg har få vagter, så mit erfaringsgrundlag er ringe).

At sygeplejersker kan tage mere selvstændigt. Og da jeg er afdelingslæge på afdeling kan jeg logge ind i lbka, tidligere sygehusnotater og især i Impax- det bruger jeg en del (tager en computer i akutafdeling), sådan at jeg kan tage udgangspunkt i flere patientoplysninger. Det er en stor svaghed i lægevagten, især på besøg, at man må gætte- patientoplysninger er usikre. Epikriser og laboratorium prøver er stor hjælp ligesom med. skema (kan bruge FMK i vagten, det er en meget stor forbedring-- men områderne er stadig alt for adskilte).

At lidt større andel af sygeplejerskerne er "behandlingssygeplejersker".

Jeg synes, at samarbejdet med sygeplejerskerne i konsultation. Horsens er langt bedre end med sygeplejerskerne i Århus. Der er en bedre samarbejdsstemning og sygeplejerskerne i Horsens tager også i langt højere grad selv initiativ til påbegyndelse af behandling - sygeplejerskerne i Århus bærer lidt præg af en mere arrogant holdning til lægerne og så synes jeg, at de er langt mere dovne end i Horsens - det gælder absolut ikke alle i Århus, men jeg kan bestemt bedre lide samarbejdet i Horsens. Som læge skal man f.eks. selv tage Strep A på pt. - hvilket jo ikke var meningen.

Konsultationen i Horsens burde være større og bedre indrettet.

Man bør samle relevante instrumenter, forbindsstoffer, utensilier m.m. i sygeplejerummet. Vagtværelset bør være beliggende nær konsultationsrummet, hvis natlægen også skal fungere som konsultationslæge.

Vagtværelset befinder sig nu ca. en halv kilometer fra konsultationsrummet.

Større fokus på patientbehandling og reel kvalitet i behandlingen fra sygehusets side. Mindre fokus på registreringstyranni og pseudoparametre. Det vil kunne frigive ressourcer til vores og patienternes glæde. Indtil det sker, vil det som hidtil være 2 meget forskellige systemer som mødes - og hvor man aktuelt af helt uforståelige årsager hælder til at den tunge, langsomme og patientfjendtlige model åbenbart er at foretrække. I så fald er jeg ikke at finde i vagtarbejdet.

Nedlæg Region Midt.

## **Randers**

Overlap med vagtlæger fx sygeplejersker er af MEGET svingende kvalitet, og de færreste er gode til at gå i gang med en behandling. De forsvinder også ofte over i skadestuen..... Kæmpe hjælp at have de dygtige og flittige. Konsultationsvagterne er oftest meget belastede i Randers, så selvom man arbejder uden pauser får man sjældent fri før kl. 24, på trods af konsultation egentlig lukker kl. 23. Det kunne evt. indføres at det er obligatorisk for kørelægen af komme ind og hjælpe hvis han ikke har noget at lave. Ofte er der usikkerhed om konsultationslæge ønsker hjælp eller om besøgs-læge vil hjælpe. Det kunne løses ved at det blev en regel at kørelæge SKULLE hjælpe i konsultation. Og så mangler der et rum til sygeplejeske undersøgelse. Det er ikke optimalt med kun to konsultationsrum, hvoraf det ene står alt undersøgelses udstyret. Kunne være rart at sende patienten videre til et sygeplejeske rum, hvor man så kunne tage den næste patient ind men man ventede på CRP, EKG eller lign.

Der kan umuligt presses flere patienter igennem og flere af konsultationerne, Randers og Horsens, har ofte en lang ventetid og kan ikke lukke i tide, hvilket er en stor belastning for den læge, der skal tidligt op næste morgen for igen at passe patienter. Telefonvisitationen er blevet lang bedre/skarpere over de senere år, men der er fts kolleger der henviser videre uden relevant udspørge og spilder alles tid.

... har jeg været forbeholden overfor den nye akutaftale, og det har jeg fordi vi i Randers før aftalen har haft rigeligt at lave. Den nye akutaftale har betydet 5-10 konsultationer med skader per vagt, så det har været nødvendig at sætte flere læger på vagt i de travle weekender og helligdage. En beslutning som ikke vækker jubel blandt stedse aldrende praktiserende læger hvoraf mange ikke ønsker at deltage i lægevagtarbejdet, men som nu er tvunget til at deltage ifølge landsoverenskomsten. Mht. sygeplejerske assistance så er det en god hjælp, men desværre skal de fleste patienter vurderes af en læge, så det er meget begrænset hvad sygeplejerskerne kan tage fra og dermed lette vores arbejdsgang. Selv må jeg erkende at jeg efterhånden finder konsultationen for belastende arbejdsmæssig trods god sygeplejeassistance og derfor begyndt at vælge dem fra – men jeg nærmer mig også pensionsalderen!

Mere bemanning i konsultationen Randers.

I Randers er konsultationerne steget med ca. 20 %, sv.t faldet i skadestuen, hvilket vil øge kravet til bemanningen i weekender og på helligdage.

At opdrage borgerne til at komme mere rettidigt! Konsultationerne har tendens til at være halvtomme/ fyldte afhængig af godt vejr, tv transmissioner ex fodbold, melodi grand prix hvor lægevagten kan gå helt i stå. Det virker påfaldende at man beder om at blive set på akut kl. 0800 Om morgenen og så først finder det opportunt at komme dryssende efter kl. 18.

Lokale fordeling - patient voldsomt megen uro fra en altid overbelagt akut modtage afdeling.

De fysiske rammer er meget afgørende for hvor meget man kan få ud af samarbejdet med sygeplejersker. I Århus i konsultationen får man slet ikke det samme ud af samarbejdet som i Randers.

At begge lokaler er ens i udstyr og evt. ekstra lokaler, idet der ikke sjældent trækkes en konsultationsvagt nummer 2 ind i lægevagten. Således kan man som 1 vagthavende ikke gå fra det ene til det andet lokale. Dermed er man mindre effektiv og man kan ikke udnytte sygeplejerskens ressource så hensigtsmæssigt.

I Randers mangler vi et rum, så lægen har 2 rum, og kan gå fra rum til rum, mens pt. ex. vis klæder sig på/af, eller der bliver taget EKG, strep A el.a. og sygeplejersken har et rum, hvor hun kan være logget på computeren. Jeg kunne godt ønske bedre pladsforhold.

Lokaleforholdene er ikke optimale i Randers, når der er 2 læger i konsultationen, idet der så ikke er lokale til sygeplejerske og det medfører ventetid ved supplerende undersøgelser.



Når der er 2 konsultationslæger på arbejde i dagtid i weekends og helligdage mangles der indimellem et konsultationsrum.

1. Bedre normering i skadestuen i Randers, så sygeplejersken ikke bliver stresset. 2. Et andet flow/kalde ind system i Århus lægevagt.

En bedre pressedækning af hvordan det foregår i virkeligheden.

#### **Ringkøbing**

Der er fortsat meget lidt arbejdsbelastning på en hverdagsvagt i Ringkøbing.

Tidstro/akutte røntgen beskrivelser via radiolog - med besked tilbage til vagtlæge.

#### **Silkeborg**

Jeg synes at det er rimeligt at sygeplejersker selv går listen over patienter igennem og går i gang med dem de selv kan. Det behøver jeg ikke. Også selvom jeg har en pause i de medicinske patienter, kan de godt være dem, der går i gang med dem patienter der hører til akutklinikken. Være lidt mere på mærkerne med at få sendt den næste patient ind til mig. Hvis der er tid, kan de godt forberede eks feberbørn - bede forældrene tage tøjet af dem (i det mindste få overtøjet af dem) Drypper øjnene inden jeg ser ptt med fremmedlegemer i øjet. Visitationen er ret svær og det synes jeg også selv - hvem skal hvorhen og hvornår. Hvad er besøgsvagtens rolle om natten? Her har jeg i særdeleshed et ønske om selvstændighed fra sygeplejersker side.

Jeg er meget glad for konsultationsvagterne i Silkeborg. Jeg har haft nogle enkelte konsultationsvagter i Århus, hvor jeg havde meget sværere ved at gennemskue hvem, der gjorde hvad. Det hænger selvfølgelig sammen med at der er flere læger på vagt samtidig og at patientflowet er meget større. Jeg synes det var mere bøvlet at få taget CRP, urinstix, EKG, vidste ikke helt hvor jeg skulle sende patient hen eller hvem jeg skulle tage fat i, og gjorde det derfor ofte selv med længere ventetid for de øvrige patienter. I Silkeborg er sygeplejerskerne mere på forkant med tingene og har ofte gjort urin, CRP osv. klar før patient kaldes ind til lægen. Indretningsmæssigt er det også meget lettere at tage prøverne selv, da man ikke skal gå så langt og ikke skal balancere uriner (f.eks.) igennem venteværelset til skue for andre patienter.

Se ovenfor. Jeg tænker at en selvhenvender til akutklinikken / skadestuen af en akut svært syg patient straks bør tilses af medicinsk vagthavende samt narkosen.

Jeg synes ikke om at vi skal væge bagstoppere i akutklinikken om natten som kørende besøgs-læge. Jeg synes, at man skal lukke akutklinikken i Silkeborg om natten.

Jeg synes det er et alvorligt tilbageskridt at alle røntgenbilleder skal vurderes og konf. med vagthavende mellemvagt i Viborg. Det må kunne gøres mere hensigtsmæssig.

Forholdene og fremtidsudsigterne kunne forbedres betydeligt, hvis vi kunne komme i reel forhandling med Regionerne igen!!! Alt, der er opbygget kan falde til jorden d. 1.sept.13, hvis ikke det sker!

Aflønning af nattevagter bør øges.

#### **Skive**

Hidtil har jeg været tilfreds med lægevagtsarbejdet men i den aktuelle situation med politisk hetz kombineret med journalistisk kritik af almen praksis i dagtid såvel som vagttid oplever jeg demotivation trods tilfredse patienter. Jeg har intet input til en arbejdsopgave som jeg muligvis ikke kan/skal/vil varetage fremadrettet.

#### **Viborg**

Kun bemanding med behandler sygeplejersker.

I konsultationen i Viborg ser vi alle patienter, der får taget røntgen billeder to gange først ved undersøgelsen, og vi vurderer efterfølgende alle røntgen billeder, i de konsultationer hvor der ortopædisk vagt, sendes patienterne videre til akutafdelingen til vurdering af billederne og til eventuel behandling, det er nok en bedre arbejdsgang.

Hvad med at lukke sygehusene komplet og overlade det hele til lægevagten? Har man overvejet det?

Bekendtgør i pressen, at der er et fint samarbejde mellem sygehus og lægevagt i stedet for det vrøvl man altid hører. Det fungerer hurtigt og effektivt. Ventetiden i skadestuen er formentlig blevet kortere.

Min vurdering er at det ikke er de øgede udgifter værd at have akut sygeplejerske.

#### **Århus**

Det er ærgerligt at nogle sygeplejersker i akutmodtagelsen i Aarhus behandler vagtlægerne som en "modstander" i stedet for en samarbejdspartner. Jeg har indtryk af, at det skyldes at de mener at det er urimeligt at vagtlægerne honoreres for deres arbejde fordi vi har ansvaret, men på samme måde honoreres afdelingens overlæger vel i en forstand på samme måde for deres ansvar overfor samme sygeplejersker når de har funktion på afdelingen. Sygeplejerskerne er super dygtige og kvalificerede. Jeg håber at samarbejdet kan blive bedre. Det er jo lettere for alle og til patientens bedste.

Meget bedre sygeplejehjælp om natten i Århus - patienterne og problemstillingerne er de samme. Der skal være en sygeplejerske til rådighed om natten også.

Ansvaret skal være mere præcist placeret. Så længe der ikke sker noget utilsigtet, er alt jo godt, men endnu har jeg ikke fungeret som "ansvarlig" leder af min egen lægevagt, hvilket jeg var tidligere.

Det skal præciseres meget nøje hvad sygeplejersken skal/kan hjælpe med. Der er stor forskel på hvad de tager sig af. Nogen kan få det hele til at glide med hurtigt flow igen af patienter. Nogen skal have det hele at vide. Også at de skal hente patienterne ned til konsultation området.

Det er rart at sygeplejersken tager selvstændige initiativer fx EKG urin us, crp og halspodning, evt efter konf med os først.

Vi skal have vores egne sygeplejersker eller også skal vi måske slet ikke være i denne funktion længere. Sælgen gerne for min skyld.

Jeg synes, det er lidt underligt at være ansvarlig for de behandlinger, som sygeplejerskerne laver helt selv. De følger instrukser, som jeg ikke har været med til at lave, og jeg har reelt ingen indflydelse på, hvad der foregår, hvis de ikke spørger mig. Man kunne godt udtænke en model, hvor vi kun fik honorar, og dermed ansvar, for de patienter, hvor vi reelt bliver inddraget.

Tilbage melding vedr. patienter henvist til røntgen / skadestuen: var der brud, var det relevant?

Mere fokus på feedback. Det er meget meget få epikriser man får tilbage fra indlæggelser, røntgen osv. Feedback er det eneste der kan gøre os bedre.

Sygeplejerskerne kunne komme med på et vagt m deres kolleger på børnemodtagelsen. De fysiske rammer omkring skranken, hvor både skadestue og lægevagtpatienter henvender sig, er elendige for både patienter og personale. Århus Sygehus NBG bruger fortsat papir røntgenhenvisninger!!! skammeligt.

Lægevagten er 99% børn med snot, en enkel akut problemstilling, som nu kan løse lidt hurtigere. Problemet er forskellen i epidemiologi (incidens, prævalens) mellem primærsektoren og sygehusvæsenet, når de to blændes i lægevagten er der stor risiko for overbehandling og overdiagnostik fordi der slippes forskellige arbejdsprocesser løs på uskyldige patienter.

Sygeplejerskerne i Århus skal harmoniseres mere, der er stor kvalitetsforskel i deres indstilling til samarbejdet. Det virker helt uhensigtsmæssigt at have en visitationssygeplejerske siddende som man skal viderestille til når man visiterer direkte til skadestuen. Hellere lad visitatorerne visitere alt direkte til lægevagten, og så lade visitationssygeplejersken tage den vurdering af hvad der skal direkte i skadestuen når patienten kommer - hun vil så også kunne assistere der og bruge sin kompetence på den måde.

Det virker lidt dobbeltarbejdet når pt. ringer i visitationen og at vi så skal omstille samtalen til koordinerende sygeplejersker, hvor pt. så kan starte forfra. Men det er måske nødvendigt. Det er ok for den visiterende læge. Jeg ved ikke helt hvordan det kan gøres anderledes, men jeg synes det kan være problematisk at finde ud af, hvor man skal sende patient hen "ude vestpå", når man sidder og visiterer i Aarhus. Dette ikke ment nedværdigende på nogen måde, men kendskabet til geografien derovre er sådan, at det kan være svært at vide, hvorhen patient skaltage, især om natten.

Det er svært, når tingene er forskellige fra sted til sted. Underligt at man skal viderestille til visitationssygeplejersker i Århus og ikke andre steder - bare svært at huske når det er forskellige procedurer. Så ens procedurer som muligt.

Kunne godt bruge visitationsvejledning på, hvilke evt. frakturer, der opstår om natten, der godt kan vente med at blive tilset/vurderet til dagen efter eller omvendt, hvilke obs. frakturer der altid bør ses også om natten og resten kan måske vente.

Ønske om opdateringskursus for lægerne i skadebehandling gerne sammen med behandlersygeplejersker, så vi der kom i en dialog.

Luk visiterende sygeplejersker call-center og lad dem bestille noget ordentligt.

Mulighed for at som visitator at se, om ventetiden i lægevagten eller skadestuen er størst - for de tilfælde der potentielt kunne behandles begge steder.

Omlægge flere besøg til transport af patienter ind til konsultationen.

Der skal en læge mere i konsultation aften og i weekender om dagen i Århus.

Evt. vagter, som deles mellem visitation og konsultation (ved godt, at det kun kan lade sig gøre i Århus, men også der, der er mest travlt).

Nemmere adgang til røntgen i Aarhus Nemmere omstilling af telefon til skadevisitator.

Det er spild af patientens tid at vi skal sende en patient videre i skadestuen hvis vedkommende skal have taget røntgenbillede. Vi burde få en besvarelse og hvis der f.eks. ikke er brud synes jeg vi har fuld ekspertise til at afslutte patient - med råd, vejledning støttebind etc. Hvis sygeplejeske kapaciteten var i orden burde vi også kunne klare minder ukomplicerede brud f.eks. greenstik frakturer, obs. scaphoideum etc. - mit indtryk er at en sådan ordning fungerer til alles tilfredsstillelse i Skive lægevagt. Også set fra en oplevelse som "patient"/mor til min dreng som blev set i lægevagten i Horsens. I løbet af 3/4 time var vi gennem lægevagt, røntgen og ventede så i skadestuen i stive 4 timer for at få besked på at der ikke var noget brækket - det kan gøres smidigere. Så lad os få adgang til akutte røntgen beskrivelser - og aftale om konf. med ortopædkirurg - så vil vi kunne gøre behandlingen bedre og smidigere for mange patienter - og medvirke til at afkorte ventetiden i skadestuerne rundt i regionen.

Synes skader, der er ud over det banale hører hjemme å skadestuen, når der i forvejen er travlt i lægevagten

En direkte linje akut kald til skadestuen /sygeplejersker når en patient er dårlig. Det nytter ikke at vi skal ringe et mobilnummer op. Det skal være lettere tilgængeligt. Bedre indretning af stuerne med gyn lejer i mere end 2 lokaler, ilt tilgang (briksen stod modsat af aggregatet) når man har dårlige patienter. Er nævnt til audit på det omtalte hjertestop.

Århus: Sygeplejerske i nærheden af konsultationen omkring vagtskifte til midnat, hvor der har været et "boom" at pt. de gange, jeg har haft konsultationsvagt (kort tids erfaring). Jeg synes, det er lidt forvirrende med pt. delvis foran konsultationsdøren og dels i skadestueventeværelset. Ikke altid fortløbende "numre" sidder tæt ved konsultationen. Sygeplejersken kan være optaget. Et nummersystem ligesom i f.ex. banker, apotek opsættes i venteværelset, over døren nærmest konsultation. Kunne man rumopdele / lave 2 zoner i venteværelset og i lægevagtszonene instruere pt. at gå ned til konsultation, når deres nummer vises?

Den største tidsrøver i Århus er afstanden fra venteværelset til konsultationen. Det vil være forfærdeligt hvis man indfører at patienterne bliver kaldt ind elektronisk når man afslutter notat på sidste patient som jeg har arbejdet med det i Fx. Horsens da transporttiden fra venteværelset til konsultationen er på flere minutter (og det er jo en ganske betydelig andel af den tid man faktisk har til patienten).

Fysisk burde vores lokaler ligge tættere på skadestuen. Sygeplejersken burde i en vat udelukkende være tilknyttet vagtlægen.

Nattekonsultationer i Århus: Bedre mulighed for at hvile / sove ml konsultationer tæt ved konsultationen.

Gerne et hvilerum for natkonsultationslæge tæt på konsultationer, f eks i visitationsområdet.

Adgang til en dyne og sengelinned så man kan få et hvil evt. i et af konsultation lokalerne samt fx. en klokke patient kan ringe på ved ankomst om natten. Bedre opfyldning i skabe. Man skal ofte bruge tid på at lede efter forbindingsstoffer, brækposer/kapsler og lign.

Jeg synes det vil være meget relevant at kunne lave tympanometri i konsultation. Det øger den diagnostiske sikkerhed mht. otit og vil helt sikkert kunne spare antibiotika, hvis brugen bliver mere udbredt. Jeg kunne godt tænke mig, hvis man kunne udbyde et minikursus fx 3-4 timers varighed omkring de mest almindelige skadestue opgaver, fx med undervisning af læger fra skadestuen, også mhp at sikre samme information til patient.

Tympanometri var en overvejelse værd.

Det kan virke problematisk, at have pt. i konsultation på NBG, og så opleve, at en indlæggelse skal ske på et andet sygehus. Jeg har oplevet, at en hjertepatient skulle flyttes til Vejle pga. pladsproblem. i Horsens. Jeg havde meget svært ved at forklare rimeligheden heri overfor patienten!! At være på et hospital, og så skulle fragtes med ambulance næste 100 sydpå (patient boede i Hørning).

Vi behøver en længere periode, før evt. nye ændringer.

Man kunne udvide lægevagtsområderne - gøre besøgsvagterne mere flexible - to områder - et ØST og et VESTT område.

## Bilag 4. Kommentarer fra sygeplejersker

<p><b>Tabel 1. Sygeplejersker: generelle kommentarer</b></p> <p><b>Grenaa</b></p> <p>Jeg synes det er en meget god ordning med en visitation uanset om det drejer sig om skader eller alment sygdom. Jeg mener klart, at der visiteres for mange som kan vente og gå til egen læge dagen efter. Generelt er visitationen både til besøg og i konsultationen, for bred en dør der bør strammes op og gøre smallere.</p> <p>Svært at vurdere om lægerne anbefaler RICE og se an. Men der kommer rigtig mange som jeg syntes godt kunne vente og se tiden an</p> <p>Synes måske at alt for mange pt kommer i lægevagten uden grund.</p>
<p><b>Herning</b></p> <p>Det har i Herning fungeret med samarbejde mellem vagtlæge og skadestue sygeplejerske siden 1998. I Herning har vi altid haft et godt samarbejde med lægevagten, hvor der har været en sygeplejerske fast tilknyttet i konsultationen. Derfor er vi vant til dette samarbejde. Føler nærmest at de nye regler til tider kan være til gene, især i nattetimerne.</p> <p>Sygeplejersker har 20 år været del af lægevagten i Herning, derfor er der intet ændret i den retning for os.</p> <p>Vi har i Herning arbejdet sammen vagtlægerne i ca. 10 år, hver eneste aften og i konsultationens åbningstid i weekender.</p> <p>Synes ikke at de visiterende læger i Århus er godt nok informeret om visitationsretningslinjerne i Region Midt. De melder kirurgiske - og commotio pt til Hølsebro, og næseblødninger til Herning - hvilket af og til giver unødigt diskussion. Korte og ikke fyldestgørende anamnese. Sygeplejersker og vagtlæge har et fint samarbejde - indbyrdes forståelse og gensidig respekt.</p> <p>Visitor er dog ikke altid klar over hvor meget vagtlægerne i Herning kan lave og visiterer direkte til skadestuen - og "glemmer" så at give hospitalsvisitationen besked -&gt; ingen ved hvor pt. skal ses når han kommer da han ikke står registreret nogen steder. Det er også svært at forstå at selvhenvendere ikke må henvises til at ringe til vagtlægen - det ville lette arbejdet for os - og alle der henvender sig bliver jo skyndsomt vurderet, og de der har akut behov for hjælp, tager vi jo ind med det samme.</p>
<p><b>Hølsebro</b></p> <p>I Hølsebro har sygeplejersker gennem lang tid været en del af lægevagten.</p> <p>I Hølsebro har det fungeret fint med samarbejdet i lægevagten. Behandlingssygeplejersker tager de opgaver hun kan - f.eks. sår, tage urinprøver, kalder patient ind i konsultationsrum og tager relevante værdier m.v. Dette i samarbejde med lægen. Lægen skriver på patienter, og det er lægen som skriver røntgenhenvisninger. Hvis behandlingssygeplejersker tager hele opgaver, bliver der flere ting som vagtlægen selv må gøre, da der går mere tid med at dokumentere for sygeplejersker.</p> <p>Vi kan ikke mærke nogen ændring her i Hølsebro. Kan ikke mærke at der er lavet en ny aftale.</p> <p>Vagtlægerne i lægevagtskonsultationerne i Hølsebro er vant til at vi hjælper med at tilse patienterne i venteværelse, kalder patienter ind, stikser urin, bestiller blodprøver, tager blodprøver f.eks. CRP. Vi suturerer sår og ud over det vil det være svært at følge den nye aftale. Altså der er ikke tid til disse opgaver, hvis vi skal udføre de andre opgaver også. Oplever at vagtlægen i den tid de fysisk er tilstedet i klinikken gerne selv vil se alle patienter. Om natten er det anderledes, da vil de gerne vi tager alle pt og de så kan nøjes med at køre på sygebesøg og have telefonisk kontakt med os behandler sygeplejersker om de patienter der kommer i klinikken.</p> <p>Det er bare svært når der skal være flydende overgang mellem skadestue og vagtlægen - hvornår patienterne hører til i skadestuen kontra lægevagten. Og hvem der skal registre, og i hvilket system. For at der ikke skal gå noget galt, falder vi ofte tilbage i de gamle roller! Her fungerede tingene godt.</p>

Ligeledes kan mange vagtlæger ikke se på røntgenbilleder.

#### **Horsens**

Det er kun relevant med behandlingssygeplejersker i lægevagten for dermed at aflaste skadestuen. Alle os uden skadestue erfaring spilder vores og andres tid, når vi er i lægevagten.

Problem at der ikke altid kan bemandes med en behandlersygeplejerske ve lægevagten.

Det er usmart, at sygeplejerskerne, der varetager funktionerne i lægevagten har uens kvalifikationer.

Mener at aftalen giver god mening for lægerne, da patienterne kommer hurtigere igennem, da sygeplejersken har lavet nogle undersøgelser. Kan ikke rigtig se fordelene for skadestuen da det varierer meget, afhængig af hvem der er vagtlæge, hvor mange skader der bliver sendt ned i skadestuen. For patienterne synes jeg det giver yderligere ventetid, først hos vagtlæge efterfølgende i skadestuen.

Der kommer mange skader i lægevagten, der reelt burde være visiteret direkte til skadestuen. Flere går fra lægevagten og bliver traumer på skadestuen.

Visiteringen via vagtlægerne er ud fra mit synspunkt alt for dyr idet mange patienter både bliver set i lægevagten (som får betaling for dette) og derefter sendt i skadestuen fordi de ikke kan færdigbehandle patient. EKS på dette er 1) patienter. obs. frakturer som lægevagten sender i røntgen og sender i skadestuen til svar, 2) sår der skal sys som bliver visiteret til lægevagten selvom de fleste vagtlæger ikke vil sy, 3) gamle skader der burde gå til egen læge og få et ambulans forløb bliver visiteret til skadestuen, 4) patienter der har været impliceret i trafikuheld bliver skrevet op i lægevagtregi selvom de har nakkesmerter og burde have halskrave på eller patienter der pga. højenergitraume og eks. rygsmerter score til traumekald skrives op til konsultation i lægevagten.

#### **Randers**

Der er i høj grad meget ventetid for patienter der først er i lægevagten og derefter skal i skadestuen. Det er ikke længere muligt at se ventetider for skadestuen ved henvendelse. Jeg synes der er mange unødige besøg i lægevagten for at sende patienter videre til skadestuen. Desuden er det meget personafhængigt hvilke opgaver vagtlægen kan/vil påtage sig (ex suturering). Mange gange oplever jeg ikke at jeg kan hjælpe da der jo af naturlige årsager kommer mange med sygdomme og ikke egentlige skader.

Det virker forkert på mig at patienter med tydelige ortopædkirurgiske skader skal ses først af en vagtlæge før de kan gå i skadestuen - der jo er beliggende lige ved siden af. De giver 2 gange ventetid til patienterne.

Forholdene rent fysisk ikke ordentlig klar, ikke gode nok aftaler med de enkelte læger. Det er meget forskelligt hvordan hver enkelt læge ønsker at udnytte sygeplejersker.

Synes det er u hensigtsmæssigt at blande de 2 systemer - kan af og til være frustrerende som sygeplejersker at stå "imellem" de 2 systemer (spec dokumentation, visitering mm).

Vi har i skadestuen afgivet en sygeplejerske til lægevagten så vi kun er 3 i en vagt og det er os der har de tunge og mest tilskadekomne patienter. Det er de lette patienter lægevagten tager sig af. Hvis det skal være en behandlingssygeplejersker så synes jeg også vi skal bruge vores uddannelse, men mange læger vil selv se alle patienter da vi bruger for lang tid. Så min holdning er at det ikke er nødvendigt med behandlingssygeplejersker i lægevagten som det fungerer nu.

#### **Silkeborg**

Mener godt behandlersygeplejersker kan deltage i telefonvisitationen.

Visitation af større skader, som burde være sendt direkte til en skadestue, telefon/fejlvisiteres til Akutklinikkerne, og det udgør en risiko for patienterne. Alt for mange patienter benytter vagtlægen i weekenden som "egen læge". Det undrer, at de ikke bliver henvist til dette via telefonvisitationen.

#### **Skive**

Der bliver ofte visiteret skader til Skive som ikke kan klares i lægevagtregi. Ønskeligt at disse patienter visiteres til Viborg, hvor der er skadestue og ortopædiske læger.

#### **Viborg**

Der er mange funktioner, som sygeplejerske i lægevagten, der giver god mening. Men ofte er der så

travlt at der ikke er tid til de "skadestue-opgaver" der måtte være. Jeg synes ofte at mine vagter går med at gøre patienter "klar" (Strep-a, CRP, monitorering, EKG) til at vagtlægen kan se dem.

Der er stor forskel på hvilken læge, der dækker lægevagten ift. om de afslutter patienterne- fx er det langt fra alle læger der selv vil vurdere røntgenbilleder.

Jeg mener telefonvisitationen ikke er grundig nok til tider. Har haft flere tilfælde hvor patient måtte direkte på traumestuen.

Som basissygeplejersker er det begrænset hvor mange opgaver jeg kan varetager selvstændig, derfor kan vagterne i lægevagten være ensformige og uden faglige udfordringer.

#### **Aarhus**

At sygeplejersker er en del af lægevagten giver mening på den måde, at vi checker dem ind og derfor vurderer om de kan vente i venteværelset eller skal rykkes frem i køen. Det giver ikke mening for mig, at man bruger os til at råbe numre op i venteværelset, stikse en urin, tage en blodprøve i fingeren. Det behøver man ikke være sygeplejerske for at gøre og synes det er spild af vores evner. Det er for mig ikke særlig interessant arbejdsmæssigt at have en vagt i lægevagten. Mht. telefonvisitationen giver det mening, hvis lægevagten visiterer de syge til sig selv og dem der er kommet til skade til skadestuen. På den måde bruger vi sundhedstilbuddet på bedste måde, idet vi så håndterer det vi hver især er bedst til.

Det giver ok mening at en sygeplejerske skal holde øje med venteværelset og prioritere blandt patienterne. Det giver INGEN mening at vi skal gå som nummerpige/mand og hente patienter fordi det elektroniske nummersystem stadig ikke er sat op. Det giver heller ingen mening at vi skal gå og stixe urin og tage CRP.

Ideen med én kontaktperson til sundhedsvæsenet er god.

Jeg ser nogle problematikker omkring visitering af ptt, idet en del patienter, som er visiteret til lægevagten, ofte ender i skadestuen. Hvilket der i hvert fald ikke er nogen besparelser ved, tværtimod. En del fanges ved ankomsten af den koordinerende sygeplejerske, som så omvisiterer.

Jeg synes skadestuesygeplejerskernes telefonvisitation var bedre. Vi har meget mere erfaring med vurdering og behandling af skader på et højt fagligt niveau. Desuden gav vi som sidegevinst en god borgerservice. De fleste praktiserende læger har ikke været på en skadestue i mange år eller slet ikke.

Lægevagten håndtere ikke patientforløbende fornuftigt så der sker en opfølgning eller en forebyggelse af lægebesøg. Tværtimod. Der bliver kun lavet hurtige symptombehandling så næste patient kan komme ind. Dette gør bl.a. at jeg har set unge arbejdsduelige patienter med 220-800 kontakter stadig få deres morfinitinjektion. Ligeledes ved lægevagten ikke meget om akutte medicinske tilstande eller kirurgiske småskader, hvilket giver dårligere behandlingsforløb og vage henvisninger. Det er problematisk at en lægevagt kan modtage ca. 8-25.000 kr for en vagt, pga. provisionsafklønning, som jeg oplever forstærker hurtige patientforløb og ikke gode patientforløb. Det giver ikke mening at lægevagten visiterer alt, da de kun er gode til dette på nogle visitationspunkter, herunder børn og plederende patienter, men ikke til skadestuepatienter, akut medicinske eller hæmatemese og melæna patienter. Som alt andet i sundhedsvæsenet vil en samling af specialister på hver sit område give mening i en samlet telefonvisitation. Det giver ikke mening at være sygeplejerske i lægevagten, da det 90 % af tiden handler om logistik fordi lægevagten eget indkaldelsessystem ikke fungerer og de ikke lever op til regionens "Go to Gate" tanke som alle andre skal leve op til. Den restende tid bliver brugt på mere eller mindre relevante blodprøvetagning/urin stix eller EKG'er (også på teenagere uden kendt hjertesygdomme). Det hvor det giver mest mening at have en skadestuesygeplejerske i lægevagten er ved akutte medicinske tilstande hvor jeg tit oplever at det er mig og ikke lægevagten som er handlende, da de ikke kender forretningsgange eller behandlingsprocedure.

Vagtlægen burde viderestille skadestuepatienten til den koordinerende sygeplejerske for optimal behandling og information herunder også information om ventetid.

**Tabel 2. Sygeplejersker: forslag til fremtidige selvstændige eller assisterende arbejdsopgaver, der kan varetages af sygeplejersker i lægevagten**

**Grenaa**

Jeg ser mig ikke i stand til at nå mere.

Jeg syntes, det er svært i Grenå fordi vagtlægen er så meget væk fra konsultationen.

Det er optimalt at vi ringer ALLE ptt ind -således at vi har telefonisk kontakt med ALLE patienter før de kommer i lægevagten. Her sikrer vi at der IKKE er dårlige patienter hjemme - og som vi så kalder ind i konsultation. Det er så VIGTIGT at visitator sætter telefonnummer på alle patienter - ellers kan vi ikke handle.

**Herning**

Der er en del behandleropgaver der godt kan varetages alene af en behandlersygeplejerske, men det kræver at man kan få ro til at udføre dem. Dokumentationen i Sygehusets system EPJ og diktering tager noget længere tid end det vagtlægerne skal dokumentere.

Røntgenhenvisninger, distorsioner behandler selvstændigt.

Man kunne bruge behandlersygeplejerskerne mere, men det er svært når sygeplejersken samtidig skal assistere lægen og gøre patient klar - hvilket sikrer bedst flow, når der er mange patienter... men også noget lægen forventer vi gør.

Der kunne foretages flere behandleropgaver, hvis ikke registreringssystemet var så tungt. I øvrigt er det svært at have behandleropgaver samtidig med at holde flowet i gang og assistere lægen! Så alt i alt synes jeg ikke man behøver at have behandlersygeplejersker hos lægevagten. Der er udemærket med en erfaren sygeplejerske fra afdelingen.

Jeg synes det skal være som i gamle dage (i Herning). Sygeplejersker assisterer vagtlægen. Det kommer der det største patient flow igennem ved. Det med at begynde at lave behandler opgaver, som skal dikteres osv. det er der for meget arbejde ved. Ikke at sige man ikke kan lave behandler opgaver, men det skal bare forblive under lægens ansvar. Altså, de noterer i systemet.

**Holstebro**

Vi kan jo lave alle de behandleropgaver som ligger indenfor vores kompetencer - samt selv dokumentere - men der er ofte så travlt med forundersøgelser, urinstix, CPR-måling osv., at lægerne ofte selv vælger at gøre det! Ligeledes er vi oplært i en lang mere dybdegående dokumentation end vagtlægerne skal gøre, derfor tager det lang tid med vores dokumentation end deres. Derfor vælger de selv at gøre det, og lader os gøre de mere konkrete ting som suturering, sårbehandling, diverse forundersøgelser og assisterende opgaver - plus at nogen skal jo holde øje med venteværelset! Ofte finder vi dårlige patienter der. Hvis vi var flere, kunne vi lave langt flere selvstændige opgaver så som: skrive henvisninger til røntgen og klinisk undersøgelse, lave mange flere dokumentationsopgaver (især hvis vi kunne diktere og en sekretær kunne skrive det), ellers alt som ligger inden for vores kompetenceområder som behandlingssygeplejerske. Men igen, det kræver mere personale, ellers kan vi ikke holde øje med venteværelset og ej heller assisterer vagtlægen.

Jeg synes som tidligere nævnt, at opgaverne er godt fordelt som de er nu. På denne måde glider arbejdet bedst, når der sidder mange patienter i venteværelset.

At færdiggøre patienter som hører under behandlersygeplejersker. At sende folk i røntgen hvis der er behov for det. At kunne afslutte og dokumentere i eget system.

At behandlersygeplejersken selvstændig laver behandleropgaver i henhold til hendes kompetencer og ikke kun laver uddelegerede opgaver.

At videre sende patient til røntgen.

**Horsens**

Kortere kurser, hvor man fx. lærer bedøvelse og suturering, uden at man skal være behandlingssygeplejerske.



Ikke alle er oplært i at tage selvstændigt EKG. Det har jeg haft glæde af. Der vil helt sikkert være flere ting men kan ikke lige på stående fod komme på flere.

Jeg mener, at det skal være sygeplejersker, der skal varetage rollen (ikke so suass.). Til gengæld skal sygeplejerskernes kompetencer udnyttes bedre. Man har dog allerede nu mulighed for selv at tage en del patienter ind, men det afhænger fuldstændig af en selv. En begrænsning som at man kun kan bestille røntgen af evt. brud, hvis man er behandler sygeplejerske burde ophæves, og erstattes af en kort uddannelse i hvad man skal være obs. på, inden man sender patienter i røntgen. Herved vil der komme et langt større flow i lægevagten.

Mere erfaring i skadestuen vil gøre at man har flere selvstændige kompetencer.

#### **Randers**

At en sygeplejerske er første person der møder patienter og kan uden problemer eller "brok" fra læge omvisiterer patienter til skadestuen eller lægevagt, alt efter problemstikken. Lige nu går alt via lægen, ex giver det meget ventetid til røntgen skader, da de efter røntgengår til skadestuen. Vores job består meget i at "gøre pt klar til lægen" og at gætte os frem til om lægen vil have en CRP eller stix e.lign. Hvis der så er to vagtlæger står vi ofte på gangen uden mulighed for at tage patienter.

Hvis der kan blive plads så kan der køre en linje for behandlingssygeplejersker så det køre uden om lægen og så kan jeg spørge til råds. Da jeg i øjeblikket kun servicerer lægen og de sår jeg evt. behandler at dokumentere lægen for.

Bedre mulighed for at udnytte behandler kompetencer, uden at lægen skal se alle patienter.

Vi tænker meget triage og synes måske at der bruges mange ressourcer på grønne og blå patienter i lægevagten. Vi mangler ofte ressourcer til de røde og orange i skadestuen. Vi har afgivet timer til lægevagten af en i forvejen luset normering.

#### **Silkeborg**

I forvejen synes jeg vi kæmper en del med at vagtlægerne ikke må tage for givet at vi varetager ALLE de behandler opgaver der kommer. Det er et fælles ansvar og ikke meningen at vagtlæge skal læse avis imens vi behandler DERES patienter!!

Samarbejdet og vagtlægens brug af mine kompetencer afhænger af vores kendskab til hinanden.

#### **Skive**

Anlæggelse af KAD.

#### **Aarhus**

Jeg føler mig ikke som kollega med vagtlægerne. De fleste gange får man ikke engang hilst på hinanden. Der er ikke mulighed for at være en del af konsultationen, da man bruger sin tid på at hente patienter, stikse urin, tage blodprøve og måle EKG. I skadestuen arbejder man i et team med en læge, hvor det også er muligt for os som sygeplejersker at være med til at vejlede patienterne inden de forlader skadestuen. Det lader sig ikke gøre i lægevagten pga. den korte tid patienterne er inde hos lægen. Mens jeg er ude at hente patienter eller stikse urin etc., så har vagtlægerne jo allerede kaldt den næste eller næste ind, så man når sjældent at fange en patient og sikre sig at de er sendt godt afsted. Og jeg kan ikke umiddelbart se, at der er flere arbejdsopgaver, vi kan varetage, med mindre det besluttes, at det skal være behandler sygeplejersker, der skal være i lægevagten, så de kan overtage nogle af lægevagtens funktioner. Men de patienter, som en behandler sygeplejerske kan behandle, synes jeg jo burde være visiteret til skadestuen.

Selve visitationen af patienter, hvis vagtlægen ønsker at indlægge, bør konfereres med en hospitalsvisitation, som kender forretningsgange og indlæggelsesindikationer. Det skal derfor også være i enighed at man indlægger og derfor skal lægevagt ikke have eneret på visitation. Det virker ikke til at det store antal af lægevagter kender symptomer eller indlæggelse indikationer på flere patienttyper. Dette kunne spare en del unødige indlæggelser. At der i lægevagten kommer endnu flere måleapparater som kan give et endnu mere nuanceret billede af patient og der kan konfereres med relevante vagthavende om undersøgelser. Samt at

lægevagten slev følger op på disse undersøgelser inden indlæggelse. Der kunne opsættes en patientovervågning af hvor patienter venter på svar i stedet for at blot indlægge patienter på forskellige afsnit på vage indikationer. Dette kunne "spare" dyre tilsyn, som alligevel ender med at patienten er færdigbehandlet i akutmodtagelsen. Sygeplejerskerne kunne her stå for observation, prøvetagning og flow af denne type patienter. Ligeledes kunne der i samarbejde med hospitalsvisitation skabes et bedre opfølgingsforløb for særligt de patienter med mange kontakter i ambulatorier og ved egen læge eller lignende vha. koordinerende sygeplejersker. Opsummeret kunne lægevagten bliver meget mere udredende i sit arbejde vha. sygeplejersker. Men på den måde som lægevagten er organiseret på og hvordan der arbejdet forgår, ser jeg ikke den store sygepleje faglige opgave der kan løses, da lægevagten har sendt patient videre på til tider forskelligartede kliniske skøn.

Selvstændige sygeplejeopgaver kan varetages af behandlersygeplejerske i skadestuen.

Samme kompetencer som behandlersygeplejersker i skadestuen.

Suturering af sår (forekommer nu , men er måske ikke helt legalt). At sende patient i røntgen (gøre det legalt at arbejde som behandler sygeplejersker).

Hoveddelen af mine opgaver i lægevagten er at hente patienter fra venteværelset og en anden stor del at tage blodprøver, og hente ting og materialer til lægerne, jeg er ikke del af et team, med fælles ansvar for patienten, lægen alene bestemmer og vurderer og jeg bliver ikke medinddraget og har ingen udfordringer rent fagligt. Men det er meget hyggeligt at gå og være værtinde for patienterne og lægerne virker tilfredse med det jeg gør, så der er en god stemning, og jeg får mange gode tilbagemeldinger fra både patienter og lægerne, og det er en god ting at lægerne er så hurtige til at tage beslutninger og desuden fleksible til at kalde ekstra hjælp hvis venteværelset er overfyldt, men jeg kan jo meget mere end at være "nummerpige og værtinde". Jeg kan tage behandleropgaver, men vil ikke gøre det, når vagtlægerne ikke tager ansvar for mine opgaver, men at det lægelige ansvar skal overgå til skadestuelægerne, og desuden kan jeg ikke nå det - er travlt optaget med at kalde patienter ind i det lille venteværelse fra det store.

Det mangler retningslinjer for arbejdet. Det burde være skriftligt materiale til patienter og pårørende.

Jeg synes at vagtlægen er meget usikker på hvad vi som sygeplejersker kan bruges til, vi bliver tilkaldt til blodprøver, men hvis der er en dårlig patient, ringer de hellere efter Falck til at transportere patient til evt. kardiologisk afdeling i stedet for at få hjælp fra sygeplejersken til observation og overflytning som vi er meget gode til, da vi arbejder i akut regi. Vi er også i stand til at anlægge venflon, som forberedelse til overflytning.

Af politiske grunde synes jeg ikke sygeplejersken skal have selvstændige opgaver, mens lægerne får betalingen. Denne holdning parkerer jeg på parkeringspladsen, inden jeg møder.

<b>Tabel 3. Sygeplejersker: generelle kommentarer</b>
-------------------------------------------------------

<b>Grenaa</b>
---------------

Jeg oplever det kan være meget problematisk, at djurslandslægen har 2 funktioner og køre over så stort et område. Jeg synes også generelt at "lægerne" tænker for meget på at tjene penge i vagten (vil gerne køre ude).
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

For akutklinikken i Grenå er der sket et tilbageskridt. Før var der en ortopædisk kirurg lægefast på stedet, nu er der en vagtlæge en gang imellem. Positivt at vagtlæge pt. ikke skal køre til Randers.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Jeg mener helt klart at aftalen fungerer bedst i Grenå. Klinikken er dårlig indrettet i Randers, så det er meget svært at udføre behandleropgaver. Håber virkelig at indretningen bliver bedre. Det er en gang stor rod. Kunne ønske et arbejdsbord samt hylder til de forskellige ting. Ligeledes ville det være smart, hvis ilt og sug var over pt briksen i stedet for over lægens skrivebord.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Jeg er ikke tilfreds med at vi i en vagt kan være uden læge i flere timer.
----------------------------------------------------------------------------

<b>Herning</b>
----------------

Der er ikke noget nyt under solen i Herning, da vi har arbejdet på denne måde i mange år. Men jeg er sikker på, at vi har klaret mange flere små skader ved vagtlægen, end på andre sygehuse, og det skønnes relevant at kun store skader går på skadestuen. Som behandler er der ganske simpelt for travlt til, at jeg kan køre
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

mine egne patienter, der er kutume for og travlhed svarende til, at jeg gør patienterne undersøgelses klare og giver plaster på, eller kan det flow som det er nødvendigt, at bibeholde i venteværelset, ikke opretholdes. Så min kompetence som akutsygeplejerske og behandler er ikke relevant i vagtlægeregiet. Der er det flow og et godt samarbejde omkring dette som er vigtigt.

Generelt har vi i Herning altid haft et godt samarbejde mellem lægevagt og sygeplejerskerne i akutafdelingen. Det skan som tidligere nævnt være svært at få rollen som behandlersygeplejerske til at fungere sammen men at man skal assistere lægen og gøre patienter klar. Flere læger er heller ikke tilfredse med at vi tager patienter fra dem (og dermed indtægten)... og behandlersygeplejersken kan heller ikke nå både det og at hjælpe lægen. Samtidig er dokumentationen meget tidskrævende for de pt behandlersygeplejersken tager selvstændigt hos vagtlægen - der er ikke tid til det grundet det store patient flow.

Jeg arbejder i Herning. Her har sygeplejersker i mange år assisteret hos lægevagten, og ikke kun efter den nye akutaftale. Manglende ens visitering, i hele regionen.

Synes ikke altid det er nemt som sygeplejerske i skadestuen at skulle holde styr på vagtlægens patienter også. Vi har tit selv travlt om natten og derfor ikke altid tid til også at holde øje med disse patienter. Alt for mange bliver telefonvisiteret som sagtens kan vente til dagen efter. Det er som om, at ALT bare skal ses om natten, og der er vitterlig ikke tid til det. Hvor er den selektive vurdering af, hvad der er akut? Flere patienter kan sagtens vente til dagen efter.

Patient venter længe. Problematisk at vægtelefonen tages ned så patient ikke må henvises til selv at ringe til lægevagten. Det tager meget tid for sygeplejersker i lægevagten og det er unyttigt, bedre hun kan bruge tiden med patienter i konsultationen.

Jeg kan ikke forstå, at patienter der selvhenvender sig, som ikke er meldt, ikke må sendes ud til vagtlægetelefon, så de kan sættes på listen af visitator. Det forstyrrer sygeplejersken i hendes arbejde inde ved patienterne, at hun skal ud i et venteværelse - og hører anamnese i et fyldt venteværelse. Det er heller ikke acceptabelt for pt at udkrænge sit problem for andre. Telefonen er væk fra venteværelset og giver lidt mere privatliv.

Telefon vagtlægen glemmer ofte at de kørende læger i Herning, sagtens kan og vil komme ind og se en lille flænge, kigge på et øje og lign. Virker nogle gange som den nemme løsning "bare" at sende patienter til akutmodtagelsen. Vagtlæger er meget bedre til øjne end de helt unge læger på en skadestue. Ang. overvågning, kan det godt være et problem i travle natteperioder at have helt overblik over venteearealet.

#### **Holstebro**

Svært ved at anv. den nye aftale, da den er flydende. Ligeledes hvis patienter afsluttes med røntgen i vagtlægeregiet, er jeg ofte bange for at patienter med overset fraktur ikke bliver samlet op, ikke får ændret evt. forkert behandling og heller afsluttet de rigtige steder. Overstående kunne blive meget bedre, hvis der bliver lavet nogle klare retningslinjer. Men mange vagtlæger arbejder meget forskelligt, og giver meget forskellige behandlinger!

Jeg bliver nødt til at skrive hverken enig eller uenig nogle steder, da vi ikke har mærket den nye akutaftale. Vi har arbejdet i lægevagten i mange år, og der er intet nyt.

Spørgsmålene er svære at svare konkret på, specielt i forhold til samarbejde, udnyttelse af kompetencer osv., - fordi det er afhængigt af hvilken vagtlæge samarbejdet foregår med.

#### **Horsens**

God ordning, som kan udvides og udnyttes langt bedre, såfremt man udnytter og udvikler sygeplejerskernes kompetencer langt bedre.

Det kan i perioder være svært og overvåge patienterne i venteværelset, når der er spidsbelastning. Er svært og vurderer om patienter venter kortere.

Mange patienter som før gik i skadestuen, venter nu ligeså længe som før, da svaret og behandlingen altid foregår i skadestuen.

Der er for mange, som får dobbelt kontakt med læger. Først ringer de til lægevagten, så henvises de til lægevagten og efterfølgende bliver de sendt i skadestuen efter eks. røntgen. Det er ikke optimalt

overhovedet + det koster MANGE penge.

Synes til tider det halter med visitationen og det er ikke alle der får det mest hensigtsmæssige patientforløb. Men overordnede har det været fint at prøve funktionen.

Kender ikke den fulde akutaftale i detaljer, men finder det svært at se rimeligheden i, at regionalt ansatte sygeplejersker skal assistere private læger - og dermed højner deres private indkomst? Hvis det var behandlersygeplejersker, der dermed kunne aflaste presset i skadestuen, ville der være en hvis ræson i det - men lige nu finder jeg og flere kolleger det ikke rimeligt, at en i forvejen vagtbebyrdet afdeling skal stille personale til endnu en vagt, som ikke kommer afdelingen til gode.

Har dog ikke så meget erfaring med ovenstående, men med den erfaring jeg har nu er jeg meget tilfreds.

Vagterne er meget forskellige afhængige af patientkategori. Jeg er ikke oplært i skader, så ved fx sår, kan jeg kun bidrage med at skylle, men jeg kan ikke selv afslutte patienten. De dage hvor der kun er u-stix og CRP-målinger tænker jeg om jeg ikke er en dyr bekostning. Andre dage sker der flere forskellige lærerige ting, hvor jeg ser mig som effektiv ressource.

#### **Randers**

Har altid oplevet en god stemning i lægevagten og har med få undtagelser mødt ny hver gang. Der er ganske få opgaver meget tid bliver brugt til at sørge for patienter har fået overtaget af så der ikke går tid med det. Der arbejdes vidt forskelligt hver gang, hvilket ikke kan være anderledes men egentlig en belastning at man så tit får ny "samarbejdspartner" og skal finde ud af hvordan samarbejdet skal foregå.

De forskellige flow fungerer ikke. Dvs. patienter venter længer inden de tilses og ikke mindst flyttes videre. Som ansat i skadestuen oplever jeg at det er blevet sværere at få pt videre. Savner faste aftaler der overholdes, ikke mindst i lægevagt mht. til pauser mv, jeg tror ikke på at blande offentlig og privat virksomhed. Vi skal overholde ex e-dok i skadestuen men i lægevagten er det ikke så nødvendigt.

Alle er i det store hele frustreret over at skulle arbejde så mange steder.

Der er ekstremt meget spildtid for sygeplejersken, da det jo langt fra er alle patienter, der kræver assistance fra sygeplejersken. Der har ikke været særlig mange behandlersygeplejerske opgaver i de vagter jeg har haft. Desuden vil lægerne gerne se så mange patienter som muligt, så de er heller ikke altid interesseret i at sygeplejersken selvstændigt tager nogle patienter. Jeg mener det er forkert at skære ned på personalet i skadestuen, hvor de dårligste patienter er, for at sende en erfaren sygeplejerske over at arbejde i lægevagten, da mange af opgaverne der ikke kræver særlig meget. Måske har jeg bare været uheldig, at der ikke har været så mange behandlingsopgaver i de vagter jeg har haft i lægevagten, og derfor er det lidt et "gå til hånd" job. Der er ekstra ventetid for patienterne når de skal i røntgen. Jeg tror det er positivt at vagtlægerne/praktiserende læger har overtaget visitationen.

#### **Ringkøbing**

Når der er rigtigt travlt (i spidsbelastnings tidspunkterne som helligdagene) er det nogle gange til overst, at der er besøg og nogle gange flere, at lægerne skal køre til. Det samler en stor bunke af patienter.

#### **Silkeborg**

Syntes det er tungt at ptt skal lægevisiteres inden de kommer til en skadestue.

Afhængig af vagtlægen.

#### **Skive**

Akutaftalen har kørt godt, og givet gode patientforløb. Desværre er der lige ændret i nogle arbejdsgange, der giver øget ventetid for patienter og forringer personalets arbejdsvilkår.

Alle svar er jo generaliserede. Selvfølgelig er der variationer i.f.t. samarbejdet med de enkelte læger - endvidere er der variationer i.f.t. arbejdsbelastning. Nogle dage/aftener er stille - andre er meget stressede. M.h.t. overvågning af patienter i venteområdet: Vil gerne gøre opmærksom på, at dette er en UMULIG opgave for sygeplejersken i travle vagter. Man kan selvsagt ikke holde øje med nyankomne patienter i venteværelset, hvis man f.eks. er i gang med at sy et sår eller anlægge en gips!!! (begge dele - og andre sygeplejerske opgaver kan være temmelig tidskrævende) Kan være utryk ved tanken om, hvem der vil blive klandret, hvis en patient f.eks. får hjertestop i venteværelset... Har tidligere klaget over den nedskrevne

tekst i.f.t. overvågning af ventende patienter - til min daværende afd. sygeplejersker. - ønskede en ændring af denne tekst, men fik ikke noget ud af det.

Jeg har skrevet meget uenig i samarbejdet med skade/akutafdeling. Dette gælder kun for Silkeborg og ikke for Viborg og Skive (vi har ingen skadestue der) Samarbejdet er elendigt i Silkeborg og kunne gøres langt bedre. Det bør der ses på og gøres noget ved og gerne meget snart, da det er meget belastende at have vagter der mellem 8-22.

### **Viborg**

Har været meget glad for og inspireret af den anderledes måde at arbejde på. Der er godt flow i patientbehandling pga. erfarne læger og høje kompetencer. Effektivt og spændende.

Jeg mener, det ville være meget bedre, hvis patienter blev modtaget af sygeplejersker ved skranken. Så havde vi med det samme mulighed for at vurdere og triagere patienterne. Der er slet ikke i travle perioder kvalitet og sikkerhed i "at kaste et blik rundt" i venteværelset og på den spinkle baggrund vurdere patienterne.

### **Aarhus**

Klar forbedring af patientsikkerheden, men i øvrigt at patientforløbene jo stadig de samme - blot under andet tag.

Det er godt, at lægevagten i Århus er kommet tæt på akutafdelingen, og der er et bedre samarbejde, men jeg mener nu, at skadestuen er bedst og mere ensrettet med behandling af skader. Behandlings- og informationsniveauet er højere. sygeplejersker i lægevagten kan ikke være ind over hver enkelt skadestuepatient i lægevagten for at holde samme informationsniveau, da man som en person til tider skal servicere 4 læger og have op til 150 patienter igennem i løbet af en vagt. Jeg er utrolig glad for at arbejde i lægevagten, da samarbejdet er over al forventning, og der er stor anerkendelse af vores faglighed fra lægeside. Der er større patientsikkerhed, bedre overvågning, større flow, da forudsigelige undersøgelser kan tages og analyseres inden patienten ses af lægen. Derudover får jeg selv bedre viden om patientkategorien fra almen praksis.

Som jeg har forstået det så skal første kontakt med sundhedsvæsenet være af en speciallæge. En god tanke men der skal være den relevante speciallæge og ikke "blot" en speciellæge. Derfor oplever jeg at bestemte patientgrupper får den samme "dårlige" behandling og forløb. Ligeledes ønskes der at man ses at Akutlæger og speciallæger og lignende, men på sygeplejerske-siden skal alle kunne arbejde i hele akutafdelingen og derved blive lige dårlige til det hele i stedet for også at have den rette ressource på rette sted på rette tid. Det er stadig forvagterne på ortopæd-, mave-tarm og medicinsk side, der ser de dårligste patienter. Ved at gøre sygeplejerskerne dårligere til at modtage disse patienter, pga. alle de andre områder med at kunne varetage, nedsætte kvaliteten og flowet i patientforløbet.

Patienterne sidder og venter først i lægevagtskøen, derefter viser det sig - i mange tilfælde, eks obs. brud, større sår, forbrændinger mm at vagtlægen ikke kan færdiggøre patienten og så overgår denne til skadestuen og skal sidde i en ny kø. Tidligere kunne patienterne vente hjemme og alligevel være i køen, og sygeplejerskevisitationen spurgte mere ind til skaden og vurderede derfor også der ud fra, hvornår patienten skulle møde op i skadestuen. Vagtlægens visiteringer er ikke gennemskuelige, der står meget lidt tekst og sår's størrelser og dybde er ikke beskrevet, så det virker som dette ikke er vurderet, men først bliver det når patienten bliver set i vagtlægekonsultationen. En anden problemstilling er der hos forgiftningspatienter, hvor visitationssygeplejersken tidligere kontaktede giftlinjen straks og fik hjælp til meget hurtig behandling på rette sted, Nu er det en noget langsomme proces, jeg har eksempler på at to forgiftningspatienter ført ringede i lægevagtskonsultationen og derefter sad og ventede i venteværelset, men at der først blev lagt en behandlingsplan og konfereret med giftlinjen, da patienterne nåede frem til vagtlægernes konsultation. Og her tænkte jeg: Hvorfor har politikkerne kasseret visitationssygeplejerskerne

og valgt en lang dyrere løsning med vagtlægerne, når jeg i mange tilfælde oplever, at behandlingen for patienterne for skadestuepatienterne er blevet dårligere. Vagtlægerne er ikke opdateret i behandlingen på samme niveau som de specialuddannede skadestuesygeplejersker. De medicinske patienter oplever jeg at vagtlægerne har en høj ekspertise og hurtigt får taget kvalificerede beslutninger

Jeg synes at vi sygeplejersker får/har for mange specialområder vi skal agere i, og går fra at være specialister til alment vidende. Rigtig trist.

Angående patient vejledning, er jeg enig i at den bliver bedre hvis sygeplejersken bliver inddraget, men det er nu meget lidt vi bliver brugt til dette. Angående den nye akutaftale er jeg ret utilfreds med den, vi bliver kostet rundt med, Skal have de mest syge patienter, men er personalemæssigt blevet skåret ned. Som teamleder i Skadestuen står man i en udsat position, hvor man skal have overblik over alle patienter, og være sikker på at alle patienter bliver behandlet hurtigst mulig, selv om der er ventetid. Jeg synes det er svært at navigere i de nye rammer.

Patienter der skal have foretaget røntgen skal først vente på at komme til lægevagten, dernæst vente på at komme til røntgen og til sidst vente på at blive set af ortopædkirurg i skadestuen. Lang behandlingstid. Som skadestuesygeplejerske synes jeg, at jeg er kvalificeret til arbejdet i lægevagten, men jeg kunne godt tænke mig mere specifik undervisning omkring børn under 2år. Da nummermaskinen er i stykker, skal sygeplejersker gå ned i venteværelset og kalde ptt frem. Dette bruger man en stor del af sin arbejdstid på, og det er alt andet end tilfredsstillende og bestemt spild af tid, der kunne være brugt på patienter!

#### **Tabel 4. Sygeplejersker: forslag til fremtidige forbedringer i lægevagten**

##### **Grenaa**

Vi (sygeplejersker) skal selv kalde ALLE patienter ind til konsultationen her i Grenå, da der ofte ikke er en læge i flere timer... Flere ideer er sendt til Jens Peter Geil.

En afklaring omkring hvem der gør hvad, når vi har ptt med frakturer her i Grenå. Bliver forløbet fulgt op? Som før beskrevet ønskes forbedring i klinikken i Randers. Holde fast ved at kun behandlersygeplejersker skal være i lægevagten.

Tidligere beskrevet at telefonnumre på alle ptt skal være påførte. Desuden vil vi selv ringe alle patienter ind i konsultation -ingen skal køre til konsultation før de er ringet op af os og vi har lavet en aftale. Patienter skal åbne deres telefoner - ufattelig mange har den på lydløs - og vi ringer - og ringer - og ringer.... Dette tjener også det formål at patienter bliver visiteret det rigtige sted hen - idet visitatorerne ikke altid ved hvad vi kan påtage os af opgaver. Det giver desuden større tilfredshed hos patienter. Alle patienter bliver glade når vi ringer til dem - så ved de at de ikke er glemt men blot gemt :). Visitatorerne må hellere end gerne ringe til os hvis de er i tvivl om hvilke kompetencer der er tilstede - hellere det end fejlvisitering.

På Djursland bør der være 2 læger på i helligdage og om sommeren i weekenderne. Der skal være mere styr på de ortopædiske patienter i forhold til røntgen: hvem ser røntgenbillederne, er det den rigtige behandlingsplan. Har oplevet at det er smuttet. I konsultation i Randers sidder pt der har været i røntgen i timevis og venter på at få svar i skadestuen. Der bliver taget rigtig mange billeder hvor patient ikke fejler noget.

##### **Herning**

Som skrevet har det i Herning fungeret godt med samarbejdet gennem mange år. Og det giver en god dialog mellem akutmodtagelsen og lægevagten at der er en sygeplejerske hos lægevagten. Det gør også, at samarbejdet i pressede situationer bliver bedre.

Unødvendigt at selvhenvender ikke selv må kontakte vagtlægen per telefon efter de har talt med sygeplejersker. I det princippet i den nye akutaftale er at vagtlægerne skal se flere patienter end tidligere, er det med stor forvirring at vi i Herning oplever at alle patienter med småskader bliver sat til at møde i skadestuen om natten. Før kørte den kørende læge ind til konsultationen i Herning og tilså patienterne.

Mere et koncept hvor hvert sygehus varetager det således at det passer til dem. Lægevagterne ringer ikke ind på skadestuen om natten. Lægevagterne er utilfredse når sygeplejersker hjælper i skadestuen fx ved traumer i stedet for at hjælpe lægevagten. Ikke godt arbejdsmiljø det skaber med utilfredse læger.

Forbedring af visitering til lægevagten især om natten. Det fungerer dårligt, når der sidder en læge i en anden region og visiterer hertil uden reelt at vide hvordan tingene fungerer her. Det handler mest om en øget visitering til skadestuen selvom vagtlægen gerne vil tage sig af den type patienter fx. sår/suturering og obs. frakturer.

Organiseringen kan blive bedre.

#### **Holstebro**

Bedre og mere ens retningslinjer for behandlingerne, så lægerne arbejder mere ens. At sygeplejerskerne for mere indvirkning på arbejdsgangene - evt. flere om arbejdet - for at det skal fungere. At der laves retningslinjer for hvordan patienterne afsluttes efter behandling - hvor til? At der er konference omkring røntgen/behandling - at patienterne ikke falder igennem sikkerhedsnettet!

Lægevagten bør ikke skulle tage sig af patienter, som har været i røntgen. Patienterne bør gå i skadestuen, hvor ofte behandlersygeplejersker kan behandle dem evt. i samråd med akutlæger. Praksislægerne er ofte ikke bekendt med behandlingsprocedurer og er ikke vant til at se røntgenbilleder.

En fast sygeplejerske, det er ikke optimalt med flere sygeplejersker.

#### **Horsens**

Uddannelse til sygeplejerskerne, så alle sygeplejersker som basis kan det samme. Behandling i opstart af fx. KOL regime, astma behandling og med. sygeplejerske lærer at vurdere sår, bedøve og suturere. Oplæring for alle i lægevagtssystemet (det der bruges på computeren).

Uddan nogle flere behandlersygeplejersker, hvis denne ordning skal give mening.

Da jeg ikke er behandlersygeplejerske, mister det lidt sin relevans, at have en sygeplejerske i lægevagten.

Da jeg ikke må afslutte patienter, hvilket jeg f.eks. har limet, givet en VAT eller fjernet en tæge på.

Lave "blå spor" i lægevagten sammen med behandlersygeplejerske. Lade en behandlersygeplejerske tilse patienterne ved ankomst på sygehus, for at vurdere om de skal til vagtlæge eller direkte til skadestuen.

Lægevagten ser selv røntgenbilleder. Visitationen skal sende gamle skader til PL og derved få oprettet ambulans forløb. Lærer at sy ellers skal patient sendes direkte i skadestuen så der ikke betales til 2 kasser. Trafikuheld i skadestuen.

Placeringen af tjek ind kunne måske være anderledes. Sygeplejersker har ofte lukket dør og patienter, der ikke gør det muligt altid at fange en dårlig patient, når de går forbi. Ligeledes kunne de fysiske ramme være bedre. Mere tydeliggørelse af hvilke rum behandlingen foregår samt mulighed for adgang til væske.

Synes ikke at jeg kan bidrage med yderligere.

#### **Randers**

Se tidligere svar, hvis vi skal bibeholde vores kompetencer som behandler sygeplejersker skal disse opgaver foregå i skadestuen hvor vi kan få undervisning og supervision fra ortopæd. læger

Hvis behandler sygeplejersker fortsat skal dokumentere i EPJ - mener jeg pt skal være og ses i skadestuen. Det er uhensigtsmæssigt og tidskrævende først at afslutte patient i lægevagtssystem - oprette patient i EPJ, undersøge, behandle og derefter diktere. Krav til dokumentation er væsentlig større i sygehusregi/EPJ - end det opleves i LV-system.

Oplæring i lægevagts EDB system. Som det fungerer nu er det ikke nødvendigt at være behandler sygeplejersker, opgaven kan varetages af SOSU ass. Bedre fysiske arbejdsvilkår.

Det kunne være rart med noget undervisning i lægevagtssystemet. Flere computere, så det er lettere at komme til at dokumentere eller sende patienter i røntgen. Da det er mest praktisk at lægen er logget på computeren i begge de rum vi har, er det besværligt at logge af og på hele tiden, dette afholder nogle fra at tage selvstændige opgaver.

Når der er to læger i lægevagten er der ikke behov for sygeplejerske assistance. Ikke enig i regionens prioritering.

Lægevagten som sender pt i røntgen bør selv se pt igen. Dobbeltarbejde da den læge i skadestuen som skal se røntgenbilledet i skadestuen laver ny klinisk vurdering. Hvis røntgenlæge kunne frikende patient og undgå at sende patient i skadestuen ville det være godt. Der er hyppigt lang ventetid på at få set på et røntgenbillede, specielt i aftenvagten i skadestuen, da lægerne ofte opererer og vi går med en forvagt/lægevikar. Jeg synes der er meget frustrerende med andre regler for hygiejne i lægevagten. Der bæres privat tøj, lange ærmer, håndsmykker og sprittes ikke hænder. Vi er meget bevidste om at holde en høj hygiejnestandard som sygehusansat. Det er meget frustrerende at arbejde med læger som har en anden forståelse. Det kan desuden være meget frustrerende at man ved at kollegaerne i skadestuen har meget travlt med dårlige patienter og at man føler man kan gøre større nytte i skadestuen hvor de dårligste patienter er. Når der har været stille i lægevagten har der været forståelse for at mine hænder kan gøre mere nytte der. Problemet er når der frygteligt travlt begge steder føler jeg at jeg kan gøre mere nytte hos de dårligste patienter i skadestuen.

#### **Silkeborg**

Udekørende læge bør møde op i konsultationen og hjælpe når han/hun ikke har patienter. Det vil forkorte patienternes ventetid og mindske arbejdsbelastningen for læger og sygeplejersker. Jeg vil gerne udfordres endnu mere i mit arbejde og få en mere bred viden også indenfor kroniske lidelser, børn osv. som udgør stor del af ptt hos lægevagten.

#### **Skive**

Lad vagtlægerne løse de opgaver de kan, inkl. patient der har været i røntgen. Så vi kun sender patient på skadestuen når det er relevant.

Jeg kunne godt ønske mig at de læger der passer telefonerne var meget mere inde i geografien i vores område. Mange af telefonpasserne aner ikke at vagtlægen i Skive både er kørende og på Sygehuset om aftenen på hverdage. Et sygebesøg kan der let være 25 km fra konsultationen og så kommer der en "kunde" der siger at den læge, de har talt med i telefonen sagde at der ikke var ventetid men ikke lige nævnt at der også var 1-2 sygebesøg som lægen også skal passe. Opstramning om at lægevagten lukker kl 22 eller 23. Luk akutklinikken om natten i Silkeborg, der er ikke behov for at have åben efter 23. Kunne let bidrage med mere men så kontakt mig.

#### **Viborg**

Flere opgaver der også er relevante for ikke behandler sygeplejersker eller alternativ kun behandler i lægevagten.

Bedre og mere effektive behandlingsrum til sygeplejersker. Fælles kurser/møder for vagtlæger og sygeplejersker, hvor der kan drøftes faglige ting, samt arbejdsgange. Men det kører ellers fint.

Jvf. tidligere spørgsmål foreslår jeg, at lægevagtpatienterne modtages af sygeplejersker og ikke sekretær.

Bedre visitation, en gang imellem er der visiteret traumepatienter til lægevagt eks. Jeg prøver selvfølgelig hele tiden at have overblik over både patienter og de der er visiteret og i samarbejde med lægen få ptt. de rigtige steder hen fra starten, men det kunne godt gøres bedre. Andre gange bliver der visiteret noget direkte til skadestuen, der ikke engang kræver et røntgenbillede eller kræver et lille plaster. Lægerne er meget glade for hjælpen, især røntgenbilleder og områdeinstrukser bruges vi meget til og behandler sygeplejerskers område. Jeg elsker at være ved lægevagten.

#### **Aarhus**

Jeg synes ikke det virker som om det er en sygeplejerske der er brug for i lægevagten. Jo til indchecking giver det mening, da det forøger patient sikkerheden.

Ændring af nummersystemet, så sygeplejersker ikke skal bruge sin tid på at løbe frem og tilbage efter patienter. Sygeplejersker kan arbejde selvstændigt som behandler sygeplejersker. Dette kræver nok mere end 1 sygeplejerske i konsultationen.

Et nummersystem, det er så træls at kalde folk op ved nummer, det burde kunne gøres elektronisk og burde her efter snart 1 år have kørt for længst.

Jeg har i forrige afsnit uddybet nogle ting. Organiseringen er fin, da der altid kan hentes ekstra lægehjælp



fra visitationen på belastede tidspunkter.

Undervisning på lige fod med konsultations sygeplejersker.

Skriftlig vejledning til patienter. Retningslinjer om procedurer for patient behandling.

Jeg vil gerne involveres noget mere i de akut dårlige patienter. Jeg tror dog dette tager lang tid, da der er mange vagtlæger der på skift passer konsultationen.

Jeg kan ikke yde min sygepleje tilfredsstillende når jeg skal bruge min dyrbare tid på at hente patienter i venteværelset. Ønsker computerstyring af patient flow. Kan ikke få mine pauser uden at blive afbrudt af lægevagten der skal have hjælp til at hente patienter/måle CRP mm. Frustrerende!!!! Ønsker forståelse. Lægevagten har manglende forståelse for mine kompetencer. Synes der er mange fejlvisninger til lægevagten som skulle være gået direkte i skadestuen.