

# Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Sammenfatning

---



Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland  
Evalueringsrapport, september 2014  
ISBN: 978-87-90004-37-8

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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



## Indholdsfortegnelse

Indledning .....	7
Formål med akutaftalen .....	7
Udfærdigelse af evalueringsrapporterne .....	9
Forskningsgruppen bestod af: .....	9
Styregruppen bestod af: .....	9
Skader i dagtid .....	10
Skader i lægevagten .....	10
Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten .....	10
Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen .....	10
Telefontilgængelighed i Almen Praksis.....	10
Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet ....	10
Begrebsforklaring.....	11
Metode .....	13
Skader i dagtid .....	13
Skader i lægevagten .....	13
Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten .....	14
Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen .....	14
Telefontilgængelighed i Almen Praksis.....	14
Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet ....	15
Resultater.....	16
Skader i dagtid.....	16
Skader i lægevagten .....	16
Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten .....	17
Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen .....	17
Telefontilgængelighed i Almen Praksis.....	19
Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet ....	19
Diskussion .....	20
Skader i dagtid .....	20
Skader i vagttid .....	21
Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten .....	22
Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen .....	22
Telefontilgængelighed i Almen Praksis.....	23
Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet ....	23
Anbefalinger .....	25
Konklusion .....	26



## Indledning

### Formål med akutaftalen

I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var skabt i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Det overordnede formål med akutaftalen var at etablere en enstrenget indgang til sundhedsvæsenet for patienter med akut behov for lægehjælp (bortset fra alarm 1-1-2). Den sygeplejerske-bemandede skadevisitation ved Aarhus Sygehus blev nedlagt, og alle akutte henvendelser (bortset fra 112-opkald) visiteres nu – i både dagtid og vagttid – af praktiserende læger.

Derudover ønskede man at etablere et samarbejde mellem lægevagten og sygeplejersker fra skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker. Planen var at udnytte de enkelte instansers faglige kompetencer inden for akutbehandling bedst muligt og at optimere patientflowet i spidsbelastede perioder. Vagtlægerne fik endvidere adgang til at foretage flere diagnostiske undersøgelser.

### Evalueringen

PLO-Midtjylland og Region Midtjylland har under udviklingen af akutaftalen været enige om vigtigheden af at foretage en evaluering af akutaftalens implementering.

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

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

Det var bl.a. væsentligt at få afdækket, hvor meget skader overordnet fylder i lægevagten i forhold til alle henvendelser og ved de forskellige kontakttyper. Desuden ønskede man viden om, hvilke skader det drejer sig om, hvordan lægerne håndterer dem, og i hvor høj grad sygeplejersker involveres i behandlingen af patienterne. Det er ikke muligt ud fra lægevagtens nuværende IT-system at foretage udtræk, der kan give informationer om kontaktårsager, da der ikke angives klassifikationskoder for kontaktårsager og diagnoser. Det var derfor nødvendigt at foretage en specifik undersøgelse svarende til Lægevagtkontaktmonsterundersøgelsen (LV-KOS) fra 2011. Denne undersøgelse blev foretaget før akutaftalens implementering, og data herfra kan derfor bruges som sammenligningsgrundlag.

Hensigten med at etablere et samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger var at opnå et bedre samarbejde mellem skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og lægevagten. Det var desuden ønsket, at sygeplejerskernes indsats med assisterende og selvstændige behandlingsopgaver i lægevagten kunne være med til at øge patientflowet og mindske patienternes ventetid. Sygeplejerskerne skal desuden observere patienterne i venteområdet i lægevagten, og de havde mulighed for at omvisitere patienter til behandling på sygehuset såfremt patients tilstand udvikler sig kritisk eller det af logistiske årsager kunne være hensigtsmæssigt at flytte patienterne (typisk ved stor travlhed i lægevagten).

Med evalueringen ønskede vi at undersøge sygeplejerskernes aktivitet i lægevagten efter implementeringen af akutaftalen, herunder i hvor høj grad sygeplejerskerne udfører assisterende og selvstændige behandlinger i lægevagten. Desuden ville vi undersøge, hvilke arbejdsopgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne, og hvor mange patienter de omvisiterer.

Akutaftalens indflydelse på arbejdsrutinerne i vagttiden kan have store konsekvenser for det faglige personale og for arbejdsmiljøet. Forandring kan være udfordrende, og det er vigtigt, at personaleperspektivet har været inddraget i evalueringen for at optimere funktionen i både lægevagten og på skadestuer/akutafdelingerne/akutklinikkerne. Med et af delprojekterne ønskede vi at undersøge vagtlægenes og sygeplejerskernes erfaringer med og holdninger til arbejdsmiljøet og det interne samarbejde i lægevagtkonsultationerne efter implementering af akutaftalen. På den måde kunne vi få input fra lægerne og sygeplejerskerne som inspiration til optimering af samarbejdet.

I forbindelse med implementeringen af den nye visitationspraksis antages det, at almen praksis i dagtiden vil modtage flere telefonopkald end tidligere, hvilket kan betyde længere telefonventetider. Derfor var det også relevant at klarlægge telefontilgængeligheden til almen praksis i dagtiden før og efter implementeringen af den nye akutaftale i Region Midtjylland.

Med akutaftalen har almen praksis overtaget behandlingen af en række skader fra sygehusene. Det passer godt i tråd med de sidste års tendens, hvor opgaver er rykket fra det specialiserede sekundære sundhedsvæsen ud til almen praksis. En del af evalueringen var at undersøge, hvilke ændringer, der er sket i antallet og typen af patienthenvendelser til almen praksis, til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og til præhospitalet.



## Udfærdigelse af evalueringsrapporterne

Evalueringen, som er finansieret af Region Midtjylland, er gennemført af forskningsgruppen for studier af lægevagten og akutte tilstande i almen praksis fra Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet. En styregruppe bestående af forskningsgruppen samt repræsentanter fra PLO-Midtjylland, Region Midtjylland og forskningslederen fra Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet har været inddraget under hele processen. Metode og resultater er løbende blevet diskuteret på møder i styregruppen, men det er forskningsgruppen alene, der har gennemført undersøgelserne, indsamlet og analyseret data og forestået udfærdigelsen af rapporterne.

## Forskningsgruppen

Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, ph.d.

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

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

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

## Styregruppen

Karsten Svendsen, praktiserende læge, formand for PLO-Midtjylland

Søren Svenningsen, praktiserende læge, formand for Vagtudvalget, PLO-Midtjylland

Lasse Guldbrandsen, kontorchef, Økonomi og Analyse, Region Midtjylland

Steen Vestergaard-Madsen, specialkonsulent, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland

Flemming Bro, praktiserende læge, professor, dr.med., forskningsleder

## Evalueringen

Evalueringen har dækket en lang række forskellige områder, som implementeringen af akutaftalen har haft indflydelse på. Det har resulteret i 6 delrapporter, som hver har dækket sit område.

Denne rapport præsenterer en sammenfatning af resultater og konklusioner i delrapporterne. Den sammenfattende rapport er derfor opbygget med en kort præsentation af formålene med de enkelte delrapporter og en kort beskrivelse af den anvendte metode. Herefter er der en præsentation af de væsentligste resultater, diskussion og konklusion. For en mere detaljeret beskrivelse af delprojekter, resultater (herunder tabeller, figurer og diagrammer) og diskussion (herunder metodediskussion) henvises til de enkelte delrapporter.

## Delrapporterne er:

1. Skader i dagtid
2. Skader i vagt
3. Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten
4. Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen
5. Telefongængelighed i almen praksis
6. Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker? og præhospitalet.

## **Formål**

### **Skader i dagtid**

Formålet med denne delundersøgelse var at undersøge:

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

### **Skader i lægevagten**

Formålet med denne delundersøgelse var at belyse:

1. Omfanget af skader i lægevagten efter implementeringen af den nye akutaftale
2. Vurdering og håndtering af skader i lægevagten af vagtlægerne, herunder relevansen af henvendelserne og af telefonvisitationen

### **Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten**

Formålene med denne delundersøgelse var:

1. At kortlægge, hvor mange assisterende og selvstændige behandleropgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne
2. At undersøge, hvilke behandleropgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne
3. At undersøge, hvor mange patienter sygeplejerskerne omvisiterer fra lægevagten til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og årsagen til denne omvisitering

### **Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen**

Formålet med denne delrapport var at undersøge:

1. Hvordan evaluerer vagtlægerne og sygeplejerskerne deres samarbejde i lægevagtkonsultationen?
2. Hvordan kan samarbejdet ifølge vagtlæger og sygeplejersker optimeres?

### **Telefontilgængelighed i Almen Praksis**

Formålet med denne delrapport var:

1. At klarlægge telefontilgængeligheden til almen praksis i dagtiden før og efter implementeringen af den nye akutaftale i Region Midtjylland

### **Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet**

Formålet med delundersøgelsen var at beskrive, om implementeringen af akutaftalen:

1. Har påvirket antallet og typen af patienthenvendelser i almen praksis i dag- og vagttid
2. Har påvirket antallet af patienthenvendelser til skadestuer og præhospitalet

## Begrebsforklaring

### Skader

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

#### Boks 1. Definition af skade.

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

### Assisterende behandleropgaver

Assisterende behandlingsopgaver forstås som de opgaver, som sygeplejersker udfører i et samarbejde med vagtlæger (herunder klargøring og afslutning af patienten).

### Selvstændige behandleropgaver

Selvstændige behandlingsopgaver forstås som de opgaver, som sygeplejersker udfører uden involvering af vagtlægen (opstart, udførelse og afslutning af patienten).

### Øst-vest-fordeling

I en del af analyserne arbejder vi med en øst-vest-fordeling af konsultationerne i lægevagten i Region Midtjylland (Boks 2). Baggrunden for denne fordeling er, at der før akutaftalen var regional forskel i visitationen af patienter til skadestuerne. I øst blev skader sygeplejevisiteret, mens de i vest blev lægevisiteret allerede før akutaftalen. Derudover har der også tidligere været tilknyttet

sygeplejersker til konsultationerne i den vestlige del, mens det aldrig har været tilfældet i den østlige del af regionen. Opdelingen af konsultationerne i lægevagten i en østlig og en vestlig del, er således gjort på baggrund af disse tidligere strukturelle forskelle i organiseringen af konsultationerne. Ved at anvende denne øst-vest-fordeling forventede vi at finde eventuelle regionale forskelle i sygeplejerskernes arbejdsfunktioner.

**Boks 2.** Opdeling af konsultationssteder i lægevagten i en østlig og vestlig del i Region Midtjylland.

Område	Konsultationssteder i lægevagten
Øst	Lægevagten i Aarhus, Horsens, Randers, Viborg, Grenaa, Silkeborg og Skive
Vest	Lægevagten i Herning, Ringkøbing og Holstebro

### Akutklinikker

Akutklinikkerne behandler mindre skader. De er bemandede med sygeplejersker, og vagtlægen i området er den lægelige back-up. Der er døgnåbne akutklinikker i Holstebro og Silkeborg, mens akutklinikkerne i Grenaa, Skive og Ringkøbing har åbent fra kl. 8-22.

### Skadestue/akutafdelinger

Skadestuerne/akutafdelinger behandler både større og mindre skader. Her er en fast bemanning af både sygeplejersker og læger. Det er også skadestuerne, der modtager patienter med alvorlige skader og livstruende sygdom, som typisk ankommer med ambulance. Der er døgnåbne skadestuer/akutafdelinger på hospitalerne i Herning, Horsens, Randers, Viborg og Aarhus. I Holstebro er der skadestuefunktion fra kl. 8-22, men kun for lettere skader og sygdom.

## Metode

### Skader i dagtid

Data blev indsamlet ved hjælp af pop-up-spørgeskemaer i almen praksis i Region Midtjylland i perioden 23. september til 11. oktober 2013.

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

I skemaerne blev der spurgt om, hvorvidt henvendelsen omhandlede en skade. Hvis det var tilfældet, fremkom der yderligere spørgsmål om kontaktårsag, behandling, opfølgning, tidsforbrug, evt. henvisning til akutafdeling og en vurdering af, om den aktuelle henvendelse ville have været rettet til skadestue/akutafdeling/akutklinik før implementeringen af akutaftalen. Deltagelse i undersøgelsen var honoreret.

### Skader i lægevagten

Monitorering af skader i lægevagten i Region Midtjylland blev gennemført ved hjælp af integrerede pop-up-spørgeskemaer i lægevagtssystemet i perioden fra 23. september til og med 6. oktober 2013. Visitationer og konsultationslæger blev ved log-on på lægevagtssystemet ved starten på deres vagt informeret om undersøgelsen og inviteret til at deltage. De deltagende visitatorlæger fik efter hver kontakt et spørgsmål om, hvorvidt henvendelsen drejede sig om en skade. Hvis det var tilfældet, fremkom et andet pop-up-skema med spørgsmål om skaden og behandlingen heraf. Tilsvarende fremkom et pop-up-skema for de deltagende konsultationslæger, hvis lægen ved visitationen havde registreret kontakten som en skade.

Skemaerne indeholdt spørgsmål om skadetype og behandling. Der var endvidere spørgsmål om, hvorvidt lægen vurderede, at patienten burde have kontaktet egen læge frem for lægevagten, varighed af symptomer, om kontakten blev afsluttet med behandling af vagtlæge, henvisning til skadestue eller anden sygehusafdeling, og om der var en sygeplejerske inddraget i behandlingen af patienten. Der var supplerende spørgsmål om tidsforbrug og om henvendelsen (efter lægernes vurdering) ville have været rettet til skadestuen i stedet for lægevagten før implementeringen af akutaftalen. For konsultationslægenes vedkommende var der endvidere et spørgsmål om, hvorvidt visitation til konsultation var relevant.

Der blev fra lægevagtssystemet indhentet baggrundsdata om alle vagthavende læger i undersøgelsesperioden til beregning af de deltagende lægers repræsentativitet og andelen af skader. Deltagelse i undersøgelsen var honoreret.

### **Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten**

Undersøgelsen blev udført fra 23. september til og med 6. oktober 2013 i Region Midtjylland. Alle sygeplejersker med vagter i lægevagten i den angivne periode blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. De skulle udfylde et registreringsskema, hver gang de havde udført en behandlingsopgave i lægevagten, og hver gang de omvisiterede patienter fra lægevagten til sygehusregi.

Der blev udviklet og anvendt tre registreringsskemaer: skema 1 til registrering af sygeplejerskernes type af behandlingsopgave (assisterende eller selvstændig behandlingsopgave) og specifikke arbejdsopgaver, skema 2 til registrering af patienter som blev omvisiteret fra lægevagten til sygehusregi og skema 3 til registrering af baggrundsplysninger om sygeplejerskerne (engangsregistrering).

### **Vagtlægenes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen**

Alle vagtlæger og sygeplejersker, der arbejdede i lægevagten pr. januar 2013 i Region Midtjylland, blev inviteret til at udfylde et internetbaseret spørgeskema.

De to spørgeskemaer byggede på følgende tre emner: 1) baggrundsplysninger og arbejdsforhold, 2) vagtlægenes 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 forslag til forbedringer. De to spørgeskemaer blev rundsendt i maj 2013 og en påmindelse fulgte efter to uger.

### **Telefontilgængelighed i Almen Praksis**

Data til denne undersøgelse blev indsamlet af Region Midtjylland i samarbejde med et markedsundersøgelsesbureau. Før implementeringen af akutaftalen blev data indsamlet fra den 11. juni til og med den 15. juni 2012, mens data efter implementeringen blev indhentet fra den 19. november til og med den 23. november 2012.

Samtlige almen praksis i Region Midtjylland blev kontaktet via telefon på tilfældige ugedage og tidspunkter inden for normal åbningstid. Hvis telefonlinjen var optaget, blev opkaldet gentaget hvert andet minut, indtil kontakt inden for 10 minutter. Såfremt svartiden var mere end 10 minutter, blev opkaldet afbrudt og registreret som "ingen kontakt til praksis". Dette gjaldt, uanset om der var en "kø-funktion" i telefonsystemet hos den pågældende praksis eller ej.

Følgende oplysninger blev indsamlet: kontaktoplysninger til praksis (praksisbetegnelse, adresse, postnummer, postdistrikt og telefonnummer), ydernummer, ugedag (mandag til fredag) og tidspunkt (klokkeslæt) for telefonopkald, svartid (inden for 0-2 min., 2-5 min., 5-10 min. og >10 min.), køfunktion (ja, nej), fast akutlinje (ja, nej, ved ikke), stedfortræder (ja, nej, ved ikke),

praksistyper (enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis og delepraksis) og lægekapacitet (antal "normerede læger" til ydernummeret).

### **Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger og præhospitalet**

Denne undersøgelse var et registerstudie med data fra 1. september 2011 til og med 31. august 2013. Data fra almen praksis og skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker er indhentet via Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland. Data indeholder oplysninger om alle patienter, som havde været i kontakt med almen praksis i dagtid, lægevagten og skadestuerne i den angivne periode. Derudover fik vi data fra præhospitalet i Region Midtjylland. Vi supplerede med oplysninger fra Danmarks Statistik for at undersøge udviklingen af patienthenvendelser til almen praksis i både dagtid og vagttid for henholdsvis 2011, 2012 og 2013 i hver af de fem regioner i Danmark.

## Resultater

### Skader i dagtid

Undersøgelsen viser, at cirka 4,3 % af alle kontakter til almen praksis omhandlede en skade, og at cirka 2,3 % omhandlede en skade, der var sket inden for de sidste 5 døgn. De fleste henvendelser om skade blev håndteret alene i praksis (82 %), heraf langt de fleste ved en konsultation. Kun 2,6% blev visiteret direkte til skadestue, mens 13 % henvistes videre til skadestue efter en konsultation.

De hyppigste diagnosegrupper ved henvendelser om skader var muskel-skeletsystemet samt hud. Dette stemmer overens med, at de hyppigste behandlinger var behandling af sår (34 %) samt bevægeapparatet og bløddele (32 %).

De fleste kontakter om skader håndteredes af speciallæger i almen medicin eller uddannelseslæger, da disse to grupper var involveret i behandlingen i 90 % af tilfældene. Elleve procent af skadebehandlingerne tog over 15 minutter, mens 38 % kunne håndteres på højst 10 minutter.

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

### Skader i lægevagten

I alt deltog 73,3 % af de læger, som havde visitationsvagt i undersøgelsesperioden i undersøgelsen. Tilsvarende deltog 63,8 % af alle konsultationslægerne. De deltagende læger var repræsentative for alle vagtlæger i undersøgelsesperioden.

Der blev registreret 4.928 skader, hvilket udgjorde 14,9 % af alle kontakter med lægevagten i perioden. Kontakter om skader udgjorde i alt 15,8 % af de telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af konsultationerne. Vi fandt en lidt større andel af skader i dag- og aftenstunden end om natten, og andelen af skader var lidt større på hverdage end i weekender. Der var flere skader hos mænd, især i aldersgruppen 18-30 år. Muskelskeletskader var med 56,7 % langt den hyppigste årsag til konsultationer om skader, efterfulgt af hudskader med 28,6 %.

Vagtlægenes hyppigst angivne behandling var sårbehandling (39,0 %), og i halvdelen af disse konsultationer foregik behandlingen med deltagelse af en sygeplejerske. I en fjerdedel af alle telefonkonsultationer om skader blev patienterne henvist direkte til skadestuen. Dette skete oftere i øst end i vest, og oftest ved skader hos unge. Ligeledes blev godt en fjerdedel (27,6 %) af alle konsultationer om skader overført til skadestuen.



Lægerne svarede i en femtedel af alle telefonkonsultationer og i 13 % af alle konsultationer om en skade, at henvendelsen burde have været rettet til egen læge i dagtid i stedet for.

Konsultationslægerne fandt visitationen til konsultation relevant i mere end 90 % af tilfældene.

Lægerne vurderede overordnet, at henvendelser om skader i 37 % af alle tilfælde helt sikkert ville have været rettet til skadestuerne før implementeringen af akutaftalen. Dette gjaldt endvidere for markant flere af skaderne i den østlige del af regionen.

### **Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten**

Sygeplejerskerne assisterende i 33,0 % af alle lægevagtkonsultationer (n = 6.660) i undersøgelsesperioden. Det var relativt sjældent, at sygeplejerskerne havde selvstændige behandleropgaver (4,2 % af alle patienter). I lægevagten ved akutafdelingerne udførte sygeplejerskerne oftest assisterende behandleropgaver (vest: 96,0 %, øst: 92,3 %), hvilket også gjorde sig gældende for deres arbejde i akutklinikkerne (vest: 84,7 %, øst: 74,4 %).

Sygeplejerskernes arbejde bestod oftest i at tage blodprøver, urinundersøgelser ved urinstix, måle temperatur, udføre sårbehandling, give injektioner, yde psykisk omsorg til patienter og pårørende samt informere om det videre behandlingsforløb.

Sygeplejerskerne omvisiterede i alt 2,2 % af alle patienter fra lægevagtskonsultationerne til sygehusregi. Den hyppigste grund til at omvisitere patienter med skader var omfanget af skaden. Yngre personer og mænd blev oftest omvisiteret. De hyppigste kontaktårsager for patienter, som blev omvisiteret var læsioner, åbne sår, frakturer, hjernerystelser, distorsioner, kontusioner, luksationer og andengradsforbrænding.

### **Vagtlægenes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen**

I alt besvarede 318 vagtlæger spørgeskemaet (svarprocent: 57 %). De deltagende adskilte sig ikke statistisk signifikant fra de ikke-deltagende. I alt besvarede 123 sygeplejersker spørgeskemaet (svarprocent: 63 %). Over halvdelen (68 %) var uddannet som behandlersygeplejerske.

#### *Tilfredshed med akutaftalen*

Størstedelen af vagtlægerne (81 %) var tilfredse med akutaftalen. Over halvdelen af vagtlægerne (57 %) var mere tilfredse med de nuværende arbejdsforhold i lægevagten end 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" på spørgsmålet. Derudover vurderede 63 % af sygeplejerskerne, at de i høj grad var fagligt kompetente til at varetage arbejdet i lægevagten, mens omkring en fjerdedel (27 %) vurderede, at de i nogen grad var fagligt kompetente.

### *Arbejdsbelastning*

Flest vagtlæger svarede, at arbejdsbelastningen for besøgsvagter (77 %) og visitationsvagter (54 %) var uændret efter implementeringen af akutaftalen, mens 49 % i konsultationsvagterne, 26 % i visitationsvagterne og 12 % i besøgsvagterne vurderede, at arbejdet er blevet mere belastende. Omtrent en tredjedel (38 %) af sygeplejerskerne vurderede, at arbejdet var belastende eller meget belastende.

### *Tilfredshed med samarbejdet*

Tres procent af sygeplejerskerne var alt i alt meget tilfredse eller tilfredse med arbejdet i lægevagten. Den største grad af utilfredshed blandt sygeplejerskerne angik følgende områder: anvendelsen af deres faglige kompetencer i lægevagten (26 %), ansvarsområderne (24 %) og variationen af deres arbejdsopgaver (19 %).

Størstedelen af vagtlægerne (86 %) var meget tilfredse eller tilfredse med det faglige samarbejde med sygeplejerskerne. Mindst tilfredshed vedrørte utydelig afgrænsning af sygeplejerskernes arbejdsopgaver (49 %) og sygeplejerskernes vurdering af patienter, der bliver overflyttet til skadestue/akutafdeling/akutklinik (59 %). Endvidere var de fleste vagtlæger 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 en 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 vagtlægernes indsigt i deres arbejde (20 %), lægernes uddelegering af arbejdsopgaver (14 %) og brug af sygeplejerskernes faglige kvalifikationer (15 %).

### *Effekt 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 %). Lige godt halvdelen af vagtlægerne var uenige i, at konsultationsvagterne er blevet mindre travle (54 %).

### **Telefontilgængelighed i Almen Praksis**

Indførelsen af akutaftalen har ikke påvirket telefonsvartiderne hos de praktiserende læger i Region Midtjylland. Størstedelen (før: 81 %, efter: 84 %) af telefonhenvendelserne blev besvaret inden for fem minutter.

### **Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og præhospitalet**

Antallet af patienthenvendelser i almen praksis i dagtid faldt fra 2011 til 2013 i alle fem regioner i Danmark (i Region Midtjylland: 1,8 %). Der var generelt færre telefonkonsultationer og konsultationer i 2013 end i 2011. Til gengæld var der en markant stigning i antallet af e-konsultationer. I Region Midtjylland faldt antallet af telefonkonsultationer med 13,9 % og antallet af konsultationer med 0,9 %.

I vagttid havde Region Midtjylland og Region Sjælland en stigning i antallet af patienthenvendelser fra 2011 til 2013 (Region Midtjylland: 6,6 %), mens de andre regioner havde et fald. Antallet af telefonkonsultationer i lægevagten steg i tre ud af fem regioner, deriblandt i Region Midtjylland med 5,1 %, der samtidig havde en stigning i antallet af konsultationer på 6,6 %. Antallet af besøg faldt i fire ud af fem regioner (Region Midtjylland: 4,8 %).

Samlet var der i dagtid 2,2 % færre patienthenvendelser til almen praksis efter implementeringen af akutaftalen end før, mens skaderelaterede behandlinger fylder mere efter akutaftalen. "Førstebehandling af større sår" steg med 4,5 % og "anlæggelser af immobiliserende bandager" steg med 2,4 %.

Efter akutaftalen var der i lægevagten en stigning i antallet af telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %). Antallet af tillægsydelser for skaderelateret behandling steg ligeledes efter akutaftalen. Efter akutaftalen var der – sammenlignet med før – en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser i dagtid, særligt i lægevagten. Denne forskydning stemmer godt overens med tallene for skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker, hvor der har været 12 % færre kontakter end året før. Præhospitalet havde en mindre stigning i antallet af borgerhenvendelser.

Før implementeringen af akutaftalen havde 10,6 % af patienterne kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling inden for 24 timer efter konsultationen i lægevagten, mens det gjaldt for 9,5 % af patienterne efter akutaftalen. Andelen af patienter med en ny kontakt inden for 24 timer faldt således med 10,6 %.

## Diskussion

### Skader i dagtid

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

I den østlige del af regionen har der derfor naturligt nok i almen praksis været en vis uvished med hensyn til, hvor meget ekstra arbejde akutaftalen ville medføre angående håndtering af patienter med skader. Det kan være en udfordring at finde plads til de nye kontakter i et ellers stramt praksisprogram, især da en del af henvendelserne vil være akutte og vil skulle håndteres med meget kort ventetid.

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

Almen praksis kan henvise patienterne til skadestue/akutafdeling/akutklinik ved behov. Dette kan skyldes, at skaden har en størrelse og type, der betyder, at den ikke kan håndteres i praksis, eller at der er behov for yderligere vurdering eller undersøgelse, som ligger uden for mulighederne i almen praksis (fx et røntgenbillede til afklaring af, om der er tale om et knoglebrud). Cirka 80 % af de patienter, der blev set i konsultation i almen praksis, blev også afsluttet her, mens resten blev henvist til skadestuen. Selvom undersøgelsen er foretaget relativt tidligt efter implementeringen af akutaftalen, håndterer almen praksis altså selv den største del af kontakterne om skade.

At flere skader nu håndteres i almen praksis, passer godt med tal, der viser, at antallet af henvendelser i skadestuerne er faldet med ca. 12 % efter implementeringen af akutaftalen.

I de fleste tilfælde var det en speciallæge i almen medicin eller en uddannelseslæge, der var involveret i behandlingen af skaderne (90 %), mens sygeplejersker håndterede 9 % af skaderne. Set i lyset af, at en stor del af disse henvendelser er "nye" i almen praksis, er det ikke over-

raskende, at langt den største del håndteres af lægerne, da praksis i det fleste tilfælde skal oparbejde erfaring og rutine i at håndtere denne type henvendelser. En del af henvendelserne om skade ville typisk kunne være håndteret af behandlersygeplejersker under supervision af en læge, hvis skaderne blev behandlet på en skadestue. Da henvendelser om skader fortsat udgør en relativt lille andel af henvendelserne i almen praksis, er det usikkert, om det er muligt at få rutine nok i denne type behandling til, at det overvejende kan uddelegeres til hjælpepersonale. Det vil være relevant at undersøge dette på et senere tidspunkt, når akutaftalen har fungeret i nogle år.

I 38 % af tilfældene var tidsforbruget ved behandling af en skade i konsultationen under 10 minutter, i 34 % af tilfældene var det 10 til 15 minutter, og i 11 % var tidsforbruget over 15 minutter. Da mange henvendelser om en skade er akutte og kræver hurtig vurdering og behandling, vil det naturligvis kunne medføre en udfordring for praksis at indflette skadebehandlinger, der varer ud over 15 minutter i et normalt tæt besat tidsskema. For nogle praksis kan det have betydning for organiseringen af dagskemaet, fx kan det blive nødvendigt at afsætte tid til akutte henvendelser, som skal have vurdering og evt. behandling samme dag.

### **Skader i vagttid**

Efter implementeringen af akutaftalen er andelen af kontakter i lægevagten, der skyldes skade steget markant i fht. tidligere (15,8 % af alle telefoniske henvendelser og 26,0 % af alle konsultationer). Det var netop også et af hovedformålene med akutaftalen, at flere skader skulle behandles i lægevagten frem for skadestue/akutafdeling/akutklinik).

Da en stor del af kontakterne skyldes sårskader, kan det måske overraske, at sygeplejersker ikke var involveret i endnu højere grad (øst: 45,8 %: vest 61,9 %). Skader af denne type kan synes oplagt som opgave for sygeplejersker. Baseret på det foreliggende datamateriale kan vi ikke konkludere noget om årsagerne hertil. Forskellen mellem øst og vest kan måske ses i sammenhæng med, at lægerne i øst på undersøgelsestidspunktet (cirka et år efter implementeringen) endnu ikke havde opnået samme tradition med eller rutine i at inddrage sygeplejerskerne i opgaverne.

Det er interessant, at vagtlægerne selv håndterer de fleste skader og kun henviser en fjerdedel til skadestuen, både i telefonkonsultationer og i konsultationer. På nuværende tidspunkt (sommeren 2014) overgår patienter fra lægevagten til skadestuen i hele regionen, hvis vagtlægerne skønner, at der er behov for en røntgenundersøgelse. I den første periode efter implementeringen af akutaftalen var det imidlertid muligt for konsultationslæger i Viborg og Skive at henviser til røntgenundersøgelse og herefter selv afslutte patienten, hvis det blev vurderet, at der ikke var brug for yderligere speciallægebehandling på skadestuen. Det kan ikke udelukkes, at færre patienter ville blive overflyttet til skadestue/akutafdeling/akutklinik, hvis ordningen fra Viborg indgik som en mulighed i udrednings- og behandlingspaletten for vagtlægerne i resten af regionen.

Den lave andel på 5,9 % af konsultationer, som konsultationslægerne vurderede i stedet kunne have været afsluttet i telefonen, er formentlig udtryk for, at skader oftere er mindre tvivlsomme med hensyn til behov for behandling end en lang række andre henvendelser med medicinske årsager. Det skal ses i sammenhæng med, at 47,8 % af alle henvendelser pga. skader blev afsluttet i telefonen, hvilket formentlig kan ses som udtryk for høj grad af effektivitet fra vagtlægernes side.

### **Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten**

Sygeplejerskerne har meget hurtigt fået en aktiv rolle ved konsultationerne i lægevagten. De assisterer vagtlægerne ved en tredjedel af alle konsultationerne, særligt når der er mange patienter, mens de kun i mindre omfang gennemfører selvstændig behandling. Der kan stilles spørgsmål ved, om sygeplejerskernes faglige kompetencer anvendes optimalt i lægevagten. Halvfjerds procent af sygeplejerskerne i undersøgelsen var behandlersygeplejersker, som selvstændigt ville kunne undersøge, diagnosticere, behandle og dokumentere lægeudpegede patientgrupper ud fra beskrevne instrukser. Trods disse selvstændige behandlerkompetencer udfører sygeplejerskerne oftest assisterende behandleropgaver, som sandsynligvis vil kunne varetages af basissygeplejersker med erfaring inden for akut behandling.

Sygeplejerskerne bidrager med en lang række forskellige opgaver i lægevagten, bl.a. med at lave de nye tests og undersøgelser, der er blevet mulige at gennemføre i lægevagten med indførelsen af akutaftalen. Derfor har det ikke været nødvendigt i større udstrækning at øge antallet af vagtlæger i konsultationerne.

Lægerne er erfarne i behandlingen af patienterne og kan færdiggøre behandlingerne hurtigt. At sygeplejerskerne i højere grad assisterer end behandler selvstændigt kan være udtryk for en rationel anvendelse af deres tid, der er med til at sikre et højt patientflow. Vagtlægerne har det overordnede ansvar for konsultationerne – også for aktiviteter udført af sygeplejerskerne. Derfor er det naturligt, at lægerne er involveret i langt de fleste forløb i konsultationerne.

Den enstrengede indgang til sundhedsvæsenet betyder, at alle patienter nu skal telefonvisiteres af almen praksis til akut behandling (bortset fra alarm 1-1-2). Af telefonvisiterede patienter til læge-vagtkonsultation blev kun 2,2 % omvisiteret af sygeplejerskerne til behandling i sygehusregi. Samlet var det således langt den største del af visitationerne, der ikke blev ændret, hvilket tyder på høj kvalitet af telefonvisiteringen.

### **Vagtlægernes og sygeplejerskernes evaluering af akutaftalen**

Vagtlægerne og sygeplejerskerne rapporterer generel tilfredshed med akutaftalen. Der er desuden generel tilfredshed med samarbejdet i lægevagten hos både vagtlæger og sygeplejersker.

De to faggrupper er i stor udstrækning enige om, hvilke indsatsområder der kan effektivisere lægevagten. Der er (for) travlt i lægevagten, og belastningen bør undersøges nærmere, så det kan

vurderes, om situationen kan forbedres. Sygeplejerskerne er allerede en integreret del af lægevagtkonsultationerne, men deres funktion i lægevagten bør tydeliggøres og udvides.

Af fremtidige arbejdsopgaver for sygeplejersker nævnte vagtlægerne og sygeplejerskerne bl.a., at de i højere grad kunne suturere og behandle små sår og skader, klargøre patienterne til lægekonsultationen, selvstændigt afslutte patienter med ukompliceret cystitis eller distorsio pedis, udføre halspodninger og selvstændigt afslutte patienter med isolerede halssymptomer og prioritere blandt de ankomne patienter. Det må formodes, at opgaver som disse i højere grad vil blive en del af samarbejdet i lægevagten, efterhånden som begge parter bliver mere rutinerede i at skulle samarbejde om konsultationerne i lægevagten – derved opnår de også større kendskab til hinandens styrker og kompetencer.

### **Telefontilgængelighed i Almen Praksis**

Efter implementeringen af akutaftalen blev det antaget, at almen praksis ville modtage flere telefonopkald end tidligere fra personer med akutte problemstillinger, og at det dermed ville blive sværere at opnå telefonkontakt til "egen læge". Det er uvist, om antallet af telefonopkald er øget efter akutaftalen. Evalueringen viser dog, at intet tyder på, at akutaftalen har haft betydning for svartiderne for telefonkontakter til almen praksis. Dette kan formentlig skyldes, at de særligt akutte henvendelser trods alt udgør en lille del af de samlede henvendelser til praksis.

### **Registerundersøgelse af henvendelser til almen praksis, skadestuer/akutafdelinger/ akutklinikker og præhospitalet**

I forbindelse med akutaftalens nye visitationsregler forventede man, at almen praksis i dagtid ville modtage flere patienthenvendelser – især om skader. Denne undersøgelse viser, at der var 2,2 % færre patientkontakter i dagtid efter implementeringen af akutaftalen, hvilket således er modsat det forventede. Det faldende antal patientkontakter skyldes næppe akutaftalen, da der er et generelt fald i aktiviteten i almen praksis i hele landet i samme periode. Skønt det samlede antal kontakter er faldet i dagtid, fylder skaderelaterede behandlinger mere efter akutaftalen. Der er således formentlig tale om en stigning i antallet af kontakter om skader på grund af akutaftalen, men dette fylder mindre end den i øvrigt faldende aktivitet i almen praksis i dagtiden.

Efter implementeringen af akutaftalen var der i vagttid en stigning i antallet af telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %) i lægevagten. Dette var en forventet udvikling, eftersom vagtlægerne i forbindelse med akutaftalen overtog visitationen af de kontakter, der før var rettet til skadestuernes telefonvisitation. Derudover forventede man, at vagtlægerne kunne behandle flere skader end før, hvilket også er tilfældet, da antallet af tillægsydelser for skaderelateret behandling er steget markant efter akutaftalen.

Aktiviteten i skadestuerne/akutafdelingerne/akutklinikkerne er faldet efter implementeringen af akutaftalen. Dette skyldes formentlig akutaftalen, idet lægevagten nu behandler flere.

Præhospitalet havde en mindre stigning i antallet af borgerhenvendelser.

Efter implementeringen af akutaftalen var der en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser, særligt i lægevagten (men her blev der også udført meget få undersøgelser før akutaftalen). Det tyder dermed på, at vagtlægerne og de assisterende sygeplejersker gør brug af de diagnostiske redskaber, som blev tilgængelige efter indførelsen af akutaftalen.

Tanken bag adgangen til flere diagnostiske redskaber var bl.a. at vagtlægerne selv kunne afslutte flere patienter end tidligere. Overordnet er det ganske få patienter, der inden for 24 eller 72 timer efter en konsultation i lægevagten har en efterfølgende kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling/akutklinik. Det gælder både før og efter implementeringen af akutaftalen, selvom andelen af patienter med en ny kontakt falder lidt efter akutaftalen. Dette kan tolkes som, at lægevagten generelt er velfungerende i relation til at færdigbehandle patienter, der kommer i konsultationen, og at akutaftalen har bevirket, at endnu færre patienter har kontakt til egen læge og lægevagten efter en konsultation.



## Anbefalinger

På baggrund af de forskellige undersøgelser er der fremkommet en række punkter, som man med fordel kan sætte fokus på eller undersøge nærmere. Nogle af områderne er baseret på kommentarer fra spørgeskemaerne. Her skal man være opmærksom på, at det således er få personer, der har skrevet kommentarerne.

- 1) Om sygeplejerskerne kan og bør involveres mere i patientbehandlingerne i lægevagten.
- 2) Om der er behov for yderligere instrukser eller retningslinjer for samarbejdet mellem sygeplejerskerne og vagtlægerne omhandlende forventede arbejdsopgaver.
- 3) Opdateret viden til visitationslægerne om geografien og organisationen af de enkelte akutklinikker og akutafdelinger.
- 4) Nogle vagtlæger har udtrykt interesse for efteruddannelse i skadebehandling, hvilket bør udbydes.
- 5) Sygeplejerskerne er allerede en integreret del af lægevagtskonsultationerne, men deres funktion og arbejdsopgaver i lægevagten bør tydeliggøres og.
- 6) Der er travlt i lægevagten, og belastningen skal undersøges nærmere for at kunne vurdere, om situationen kan forbedres.
- 7) Det bør vurderes, om procedurerne for henvisning til røntgenundersøgelse kunne være mere effektive og ikke giver unødigt ventetid for de patienter, der henvises til disse undersøgelser.
- 8) Lokalteterne i lægevagten er nogen steder ikke tidssvarende.
- 9) Nogle vagtlæger skrev, at flowet i vagtarbejdet ville være bedre, hvis sygeplejerskerne i højere grad varetog de følgende opgaver: suturering, behandling af mindre sår og småskader, klargøring af patienter til lægekonsultationen (bl.a. måling af vitale værdier, anamneseoptagelse, afklædning/påklædning af børn), selvstændig afslutning af patienter (fx patienter med cystitis, tonsillit/isolerede halssymptomer og distorsio pedis) samt klinisk vurdering af ankomne patienter og evt. omvisitering.
- 10) Nogle sygeplejersker foreslog: 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.
- 11) Nogle af undersøgelserne i evalueringen bør foretages igen, når akutaftalen har været implementeret i nogle år (bl.a. for at undersøge den fortsatte udvikling i omplacering af kontakter om skade fra sygehusene til almen praksis).

## Konklusion

Samlet viser undersøgelsen, at der efter indførelsen af akutaftalen i Region Midtjylland er kommet flere kontakter på grund af skader og tilhørende behandling i almen praksis og lægevagten, hvilket også var en af hensigterne med akutaftalen. Omvendt er antallet af kontakter til skadestuer/akutafdelinger/-klinikker faldet med 12 % efter implementeringen af akutaftalen.

Cirka 50 % af alle kontakter om skader, som er sket for mindre end 5 døgn siden, til almen praksis i dagtid ville "helt sikkert" eller "måske" have været rettet mod skadestuer før implementeringen af akutaftalen. Det betyder, at akutaftalen har medført cirka 1,4 % flere konsultationer og 0,6 % flere telefonkonsultationer til almen praksis i dagtiden. Desuden er der en del tillægsydelser forbundet med de "nye" kontakter til praksis.

Skader udgjorde 15,8 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af alle konsultationer, hvilket er en stigning ift. cirka 16 % før implementeringen af akutaftalen. Muskelskelet- og hudskader var langt de hyppigste årsager til henvendelser om skader, både i dagtid og i vagttid.

Efter indførelsen af akutaftalen er andelen af patienter, der har været i konsultationen i lægevagten og som indenfor de næste 1 og 3 døgn har haft en ny kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestuen faldet med henholdsvis 10,6 % og 10,3 %.

Med akutaftalen kom der sygeplejersker i lægevagtskonsultationen. Sygeplejerskernes funktioner består oftest i at assistere vagtlægerne med arbejdsopgaver som blodprøvemåling, urinundersøgelse, temperaturmåling, sårbehandling, give injektioner, yde psykisk omsorg til patienter og pårørende og informere om det videre behandlingsforløb. Sygeplejerskerne var involveret i 40 % af alle skadekonsultationer i lægevagten, flere i vest end i øst. Forskellen mellem øst og vest kan indikere, at der er et potentiale til optimering på dette område.

Endvidere afsluttes en fjerdedel af alle skadekonsultationer i lægevagten med henvisning til skadestue. Andelen af henvisninger i lægevagten kunne måske blive lavere, hvis patienterne kunne henvises til røntgenundersøgelse i lægevagtsregi uden samtidig automatisk overflytning til skadestue. Da vagtlægerne samtidig vurderede, at 37 % af henvendelserne om skader helt sikkert ville have været kommet til skadestuen før akutaftalen, tyder det på en høj grad af effektivitet i behandling af skadehenvendelser i lægevagten, hvor sygeplejersker bistår ved behandlingen.

Telefonvisiteringen af henvendelser om skader i lægevagten fremstår som effektiv. Således omvisiterer sygeplejerskerne kun 2,2 % fra lægevagten til sygehusregi.

Implementeringen af akutaftalen resulterede i store ændringer i arbejdsopgaver for vagtlæger og sygeplejersker i lægevagten. Denne undersøgelse peger på en generel tilfredshed med akutaftalen blandt vagtlægerne og sygeplejerskerne. Tilsvarende er begge grupper generelt tilfredse med samarbejdet, selvom nogle elementer evalueres mindre positivt. Det er et positivt resultat, særlig da undersøgelsen var relativt kort efter implementeringen. I relation til arbejdet i lægevagtskonsultationen gav begge faggrupper forslag til at optimere samarbejdet i forhold til faglige kompetencer, telefonvisitation og arbejdsbelastning.

Den indledende antagelse om, at akutaftalen ville medføre længere telefoniske svartider hos egen læge, afvises i denne undersøgelse. Resultaterne viser, at 81 % af alle opkald før implementeringen og 84 % af alle opkald efter implementeringen blev besvaret inden for 5 minutter. Det tyder på, at svartiderne ikke er blevet påvirket af den nye visitationsmodel eller af de ekstra skadepatienter, der blev indført med akutaftalen.

Med de nye diagnostiske muligheder i lægevagten skulle man forvente, at flere patienter kunne afsluttes i lægevagten, og at der derfor ville være færre patienter, der efterfølgende ville kontakte deres egen læge. Af de patienter, der har været i konsultationen i lægevagten, er der 14,0 % færre, der har fået en telefonkonsultation, og 9,8 % færre, der har fået en konsultation ved egen læge inden for de følgende tre døgn efter akutaftalen ift. før.

Implementeringen af akutaftalen har medført store forandringer, ikke mindst for de sygeplejersker, som er ansat ved skadestuerne/akutafdelingerne/akutklinikkerne. Telefonvisitationen af skader overgik fra sygeplejersker til almen praksis, og sygeplejerskerne skulle til at arbejde i konsultationen i lægevagten. For almen praksis betød det en tilgang af nye kontakter om skader, som tidligere blev håndteret på sygehusene. Det har naturligvis også medført en usikkerhed om, hvorvidt man kunne klare opgaverne (både i forhold til det faglige niveau og den arbejdsmæssige belastning). Men omfanget af ændringer i dagtiden synes ikke at have været så stor, og i vagttiden har lægerne fået bistand af sygeplejersker og adgang til ekstra diagnostik. Evalueringen viser, at både læger og sygeplejersker generelt er tilfredse med den nye struktur.

Al forandring er vanskelig og vil medføre utryghed i et eller andet omfang. Samlet vurderes det, at implementeringen af akutaftalen er gennemført, så den nye ordning relativt hurtigt blev funktionsdygtig og med en fin opbakning og deltagelse fra både almen praksis, lægevagten og skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker.

# Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Håndtering af skader i almen praksis i dagtid

---



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

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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



## Indholdsfortegnelse

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





## Sammenfatning

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

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

Formålet med denne delundersøgelse var at se nærmere på:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





## Indledning

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

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

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

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

Formålet med denne delundersøgelse var at undersøge:

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

## Begrebsforklaring

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

### Boks 1. Definition af skade.

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



## Metode

### Undersøgelhedsdesign

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

### Dataindsamling

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

### Sentinel datafangst

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

### Udvikling af spørgeskema

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

### Pop-up-skærme

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

### Startskærm

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

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

Region Midt Akutaftale - Kontakt Cpr-nr 2512484916

Er patientens kontaktårsag en skade?  
 Ja  
 Nej

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

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

Popup  
 Ja, hvorfor?

Tjek alt udfyldt (?)

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

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

### Telefonkonsultation

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

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

Region Midt Akutafale - Telefonrådgivning Cpr-nr 2512484916

Patient: 2512484916 Nancy Berggren

Hvilken type skade er der tale om?

- Fordøjelse Vælg primær skadestype i fordøjelsessystemet:  Andet:
- Øje Vælg primær skadestype for øje:  Andet:
- Øre Vælg primær skadestype for øre:  Andet:
- Muskel og skeletsystem Vælg primær skadestype for muskel og skeletsystem:  Andet:
- Nervesystem Vælg primær skadestype for nervesystem:  Andet:
- Hud Vælg primær skadestype for hud:  Andet:
- Luftveje Vælg primær skadestype for luftveje:  Andet:
- Andet

Hvilke sundhedsfaglige personer har behandlet patientens skade?

- Speciallæge i almen medicin  Vikarlæge
- Uddannelseslæge  Sygeplejerske
- Andre sundhedsfaglige personer  Sekretær

Skift ind

Popup

Ja, hvorfor?

Evt. Bemærkning

Hvad var tidsforbruget på skadesbehandlingen?

Tidsforbrug i minutter: Vælg tid:  Andet:

Hvilket videre behandlingsforløb er aftalt med patienten?

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

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

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

Tjek alt udfyldt (?) Udfyld senere OK

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

### Konsultation i almen praksis

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

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

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

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

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

konsultation.

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

### Skadestue

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

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

Region Midt Akutaftale - Skadestue henvisning Cpr-nr 2512484916

Hvilken type skade er der tale om?

Fordøjelse Vælg primær skadetype i fordøjelsessystemet:  
Andet:

Øje Vælg primær skadetype for øje:  
Andet:

Øre Vælg primær skadetype for øre:  
Andet:

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

Nervesystem Vælg primær skadetype for nervesystem:  
Andet:

Hud Vælg primær skadetype for hud:  
Andet:

Luftveje Vælg primær skadetype for luftveje:  
Andet:

Andet

Sehtilret

Popup  
 Ja, hvorfor?   
Evt. Bemærkning

Hvordan kommer patienten til skadestuen?

Ambulance er rekvireret af almen praksis  
 Patienten finder selv transportmulighed  
 Andet

Hvilket videre behandlingsforløb er aftalt med patienten?

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

Tjek alt udfyldt (?) Udfyld senere OK

skadestue.

Det viste navn og CPR-nummer er fiktive.

### Baggrundsoplysninger fra DAMD

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

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

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

### Honorering

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

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

### **Analysemetode**

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

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

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

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



## Resultater

### Repræsentativitet af almen praksis

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

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

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

<sup>a</sup>Ved opdeling i grupper på 1, 2, 3 og 4+ læger findes p = 0,003

<sup>b</sup>p = 0,41

### Beskrivelse af deltagere

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

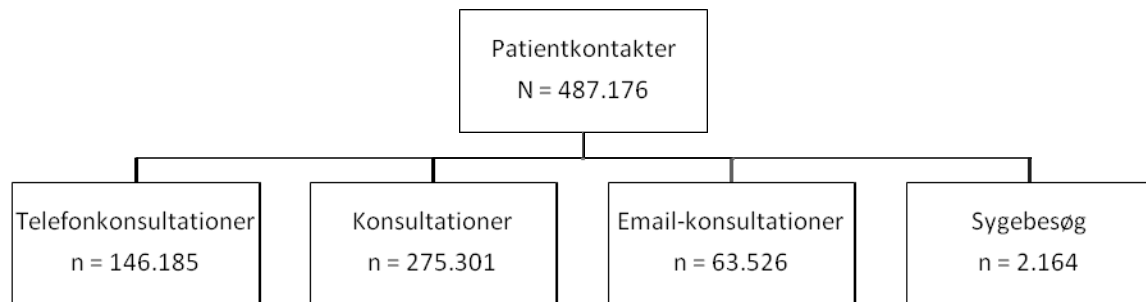
**Tabel 2.** Respondenter fordelt over de 3 uger og inddelt efter faggruppe.

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

### Henvendelser fra patienter

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

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



Telefonkonsultation = ydelseskode 0201

Konsultation = ydelseskode 0101

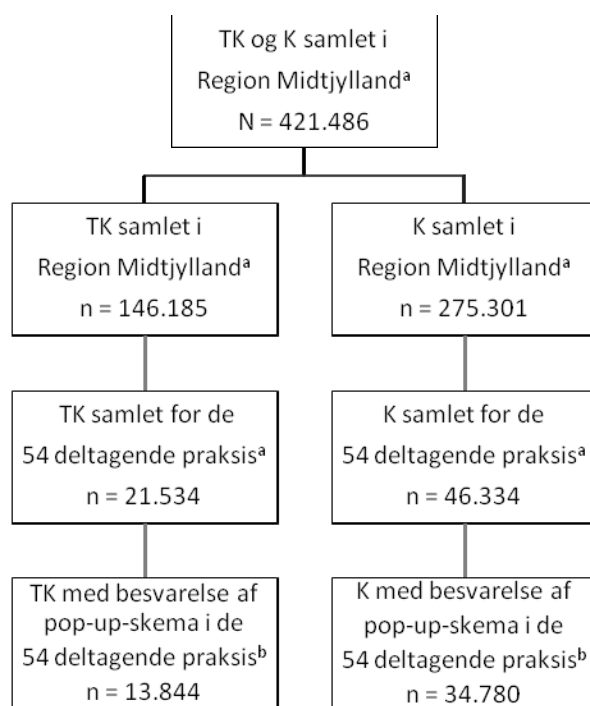
Email-konsultation = ydelseskode 0105

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

Oplysninger fra Region Midtjylland

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

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



<sup>a</sup>Oplysninger fra Region Midtjylland

<sup>b</sup>Oplysninger fra nærværende undersøgelse, hvor indledningsspørgsmålet blev besvaret

### Henvendelser om skader

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

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

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

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

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

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

#### Visitation af skader

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

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

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

Skader sket inden for de sidste 5 døgn

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

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

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

<sup>a</sup>Fx tandlæge, ørelæge, ortopædkirurgisk ambulatorie eller fysioterapi

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

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

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

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

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

<sup>a</sup>Tandlæge

<sup>b</sup>Fx akut tid ved øjenlæge, henvisning til ortopædkirurgisk ambulatorie

### Typen af skader og behandling

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

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

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

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

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

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

**Tabel 9.** Typer af skadebehandling udført i konsultationen.

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

<sup>1</sup> 2.142 af konsultationerne blev der udført flere typer af behandling

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

<sup>13</sup> ydelseskode 7101

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

**Tabel 10.** ATC-koder for receptpligtig medicin.

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

### Faggrupper involveret i skadebehandling

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

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

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

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

### Tidsforbrug på skadebehandling

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

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

**Tabel 12.** Tidsforbrug på skadebehandling ved telefonkonsultation og konsultation.

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

**Skader i almen praksis efter implementering af akutaftalen**

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## Diskussion

### Hovedresultater

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

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

### Fortolkning af resultater

#### Henvendelser om skader

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

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

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

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

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

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

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

### Behandling af skader

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

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

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

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

### **Metodediskussion**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Konklusion**

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

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

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

# Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Håndtering af skader i lægevagten

---





Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland  
Evalueringsrapport, juni 2014  
ISBN: 978-87-90004-28-6

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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



## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	7
Indledning .....	11
Metode .....	12
Dataindsamling.....	12
Spørgeskema .....	12
Baggrundsdata .....	14
Databehandling .....	14
Analyse .....	15
Information og honorering .....	16
Resultater.....	17
Repræsentativitet .....	17
Skadekontaktens andel.....	17
Karakteristika for skadekontakter sammenlignet med alle kontakter .....	18
Afslutning af kontakter.....	23
Tidsforbrug .....	24
Relevans af henvendelsen til lægevagten.....	24
Relevans af visitationen i lægevagten .....	25
Ville tidligere have været behandlet på skadestue .....	25
Diskussion .....	26
Diskussion af metode .....	26
Diskussion af resultater.....	27
Konklusion .....	28
Referencer .....	29
Pop-up-skemaer .....	30



## Sammenfatning

**Baggrund:** I et samarbejde mellem Region Midtjylland og PLO-Midtjylland blev der i 2011 indgået en ny aftale om indgangen til behandling på skadestuerne. I tilfælde af tilskadekomst, som ikke krævede 112-indsats, ringede patienter før aftalens implementering til skadevisitationen i Aarhus som indgang til sundhedsvæsenet i den østlige del af regionen, mens praktiserende læger i vest visiterede skader og i stort omfang selv klarede småskader i dagtid såvel som i lægevagten. Med den nye akutaftale blev der etableret en enstrengt indgang til det akutte sundhedsvæsen med ens retningslinjer i hele regionen med praktiserende læger og vagtlæger som visitatorer og samarbejde mellem vagtlæger og sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne. Desuden blev der adgang til flere diagnostiske undersøgelser og behandlinger for vagtlægerne.

Det er bl.a. væsentligt at få afdækket, hvor meget skader fylder i lægevagten overordnet i forhold til alle henvendelser og ved de forskellige kontakttyper. Det er ikke muligt ud fra lægevagten nuværende IT-system at foretage udtræk, der kan give informationer om kontaktårsager eller andel af skader, da der ikke angives klassifikationskoder af kontaktårsager og diagnoser. Formålet med denne delundersøgelse var at undersøge dels omfanget af skader i lægevagten, og dels hvordan disse vurderes og håndteres af vagtlægerne.

**Metode:** Monitoreringen af skader i lægevagten blev gennemført ved hjælp af integrerede pop-up-spørgeskemaer i lægevagtssystemet i perioden fra 23. september til og med 6. oktober 2013. Visitatorlæger og konsultationslæger blev ved log-on på lægevagtssystemet ved starten på deres vagt informeret om undersøgelsen og inviteret til at deltage. De deltagende visitatorlæger fik et pop-up-spørgsmål efter hver kontakt om, hvorvidt henvendelsen drejede sig om en skade. Hvis det var tilfældet, fremkom endnu et pop-up-spørgeskema med spørgsmål om skaden og behandlingen heraf. Tilsvarende fremkom et spørgeskema for de deltagende konsultationslæger, hvis henvisende visitatorlæge havde registreret kontakten som en skade.

Registreringsskemaerne indeholdt spørgsmål om skadetype og de hyppigste former for behandling. Der var endvidere spørgsmål om, hvorvidt lægen vurderede, at patienten burde have kontaktet egen læge frem for lægevagten, varighed af symptomer, om kontakten blev afsluttet med behandling af vagtlæge, henvisning til skadestue eller anden sygehusafdeling, og om der var en sygeplejerske inddraget i behandlingen af patienten. Der var suppleret med spørgsmål om tidsforbrug, og om henvendelsen efter lægernes vurdering ville have været rettet til skadestuen i stedet for lægevagten før implementeringen af akutaftalen. For konsultationslægenes vedkommende var der endvidere et spørgsmål om, hvorvidt visitation til konsultation var relevant.

Der blev fra lægevagtssystemet indhentet baggrundsdata om alle vagthavende læger i undersøgelsesperioden til beregning af de deltagende lægers repræsentativitet og andelen af skader. Der blev foretaget sammenligning mellem øst og vest, hvor det var relevant i forhold til organisatoriske forskelle før implementering af akutaftalen. Denne øst-vest inddeling var baseret på patienternes postnumre, bortset fra opgørelsen vedrørende lægernes repræsentativitet, hvor

der i stedet blev anvendt de angivne konsultations- eller visitationssteder. Der blev foretaget deskriptive opgørelser og analyser ved hjælp af chi2-tests og z-tests med angivelse af statistisk signifikans med et 5 % signifikansniveau.

**Resultater:** Af de læger, som havde visitationsvagt i undersøgelsesperioden deltog 73,3 %. Tilsvarende deltog 63,8 % af alle konsultationslæger. De deltagende læger var repræsentative for alle vagtlæger i undersøgelsesperioden. Der blev registreret 4.928 skader, hvilket udgjorde 14,9 % af alle kontakter i perioden. Kontakter ang. skader udgjorde i alt 15,8 % af telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af konsultationerne. Vi fandt en lidt større andel af skader i dag-og aften tid sammenlignet med om natten, og andelen af skader var lidt større på hverdage end i weekender. Der var flere skader hos mænd - især i aldersgruppen 18-30 år.

Muskelskeletskader var med 56,7 % langt den langt hyppigste årsag til konsultationer med skader, efterfulgt af hudskader med 28,6 %. Den hyppigst angivne behandling af vagtlæger var sårbehandling (39,0 %), og i næsten halvdelen af disse foregik behandlingen med deltagelse af sygeplejerske (45,8 % i øst og 61,9 % i vest). I en fjerdedel af alle telefonkonsultationer med skader blev patienterne henvist direkte til skadestue. Dette skete oftere i øst end vest og oftest ved skader hos unge. Ligeledes blev godt en fjerdedel (27,5 %) af konsultationer med skader overført til skadestuen. Lægerne vurderede generelt for alle skadekontakter, at henvendelsen burde have været rettet til egen læge i dagtid i stedet for lægevagten i en femtedel af alle telefonkonsultationer og i 12,9 % af alle konsultationer. Konsultationslægerne fandt visitationen til konsultation relevant i 91,0 % af tilfældene. Lægerne vurderede, at i 37,1 % af alle tilfælde ville henvendelser ang. skaderne helt sikkert være rettet til skadestuerne før implementering af akutaftalen. Dette gjaldt dog for markant flere af skaderne i den østlige del af regionen.

**Diskussion:** Undersøgelsen var baseret på et velfungerende set-up med elektroniske pop-up-registreringsskemaer i lægevagten IT-system og med en tilfredsstillende og repræsentativ deltagelse af vagtlæger med mindre end 5 procent forskel mht. køn, alder og øst-vest fordeling på deltagende og ikke-deltagende læger. De overordnede fund, at andelen af skader udgør 15,8 % og 26,0 % af henholdsvis alle telefoniske henvendelser og af konsultationer, er ny viden og dokumenterer akutaftalens effekt på aktiviteten i lægevagten, idet der til sammenligning med en tidligere undersøgelse var markant flere skader i lægevagten.

I betragtning af at en stor del af kontakterne skyldes sårskader, kan det overraske, at sygeplejersker ikke var involveret i højere grad. Skader af denne type kan synes som oplagte opgaver for sygeplejersker. Baseret på det foreliggende datamateriale kan vi ikke konkludere noget om årsager hertil, men forskellen imellem øst og vest kan måske ses i sammenhæng med, at lægerne i øst på undersøgelsestidspunktet (ca. et år efter implementeringen) endnu ikke havde opnået samme tradition med eller rutine i at inddrage sygeplejerskerne i opgaverne.

Det er interessant, at lægerne selv håndterer størstedelen af skader og kun henviser en fjerdedel til skadestue, både i afsluttede telefonkonsultationer og i konsultationer.

Lægerne vurderede i færre tilfælde, at patienterne burde have henvendt sig til egen læge med skaderne i stedet for til lægevagten sammenlignet med en tidligere undersøgelse, som omfattede alle lægevagtshenvendelser og ikke kun skader. Det kan skyldes, at de opståede skader i højere grad reelt vurderes at kræve behandling nu og her sammenlignet med lægevagtshenvendelser generelt.

Den lave andel på 5,9 % af konsultationer, som konsultationslægerne vurderede i stedet kunne have været afsluttet i telefonen, er formentlig udtryk for, at skader oftere er mindre tvivlsomme med hensyn til behov for behandling sammenlignet en lang række andre henvendelser med medicinske årsager. Dette i sammenhæng med, at 50,4 % 47,8 % af alle henvendelser pga. skader blev afsluttet i telefonen kan formentlig tages som udtryk for høj grad af effektivitet fra vagtlægernes side.

**Konklusion:** Skader udgjorde 15,8 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af alle konsultationer. Heraf var muskelskelet- og hudskader langt de langt hyppigste årsager til henvendelse. Sygeplejerskerne var involveret i 40,8 % af alle skadekonsultationer, flere i den vestlige end i østlige del af regionen, hvilket indikerer et potentiale til optimering på dette område. Overordnet blev 50,4 % 47,2 % af alle henvendelser på grund af skader håndteret i telefonen, hvoraf en fjerdedel blev sendt direkte på skadestue. De øvrige blev afsluttet med rådgivning. I 37,1 % af alle tilfælde vurderede vagtlægerne, at skaderne før implementering af akutaftalen helt sikkert ville have været henvendt til skadestuen. Disse udgør mere end den fjerdedel, som vagtlægerne henviste til skadestue. Sammenholdt med at konsultationsvagtlægerne kun i 5,9 % tilfælde fandt, at patienten burde have været afsluttet i telefonen, indikerer det en høj grad af effektivitet i behandlingen af skadehenvendelser i lægevagten - bistået af sygeplejersker.





## Indledning

I et samarbejde mellem Region Midtjylland og PLO-Midtjylland blev der i løbet af 2011 indgået en ny aftale om indgangen til behandling på skadestuerne for de patienter, som ikke er kommet ind via 112-opkald. Aftalen blev implementeret i september 2012, og havde til formål at etablere en enstrenget indgang til det akutte sundhedsvæsen samt at opnå en mere fleksibel udnyttelse af kapaciteten i lægevagten og på skadestuerne/akutafdelingerne/-klinikkerne. Dette skulle ske ved at inddrage almen praksis og lægevagten som en integreret del af det akutte beredskab til behandling af patienter med især småskader. Før aftalens implementering kontaktede disse patienter typisk skadestuen som indgang til sundhedsvæsenet i den østlige del af regionen, mens praktiserende læger i vest i stort omfang selv klarede småskader og visiterede til skadestue i dagtid såvel som i lægevagten. Med akutaftalen blev der lavet ens retningslinjer på tværs af regionen, og den sygeplejerskebemandede skadevisitation ved Aarhus Sygehus blev nedlagt. Alle akutte henvendelser, bortset fra 112-opkald, visiteres nu af praktiserende læger, i dagtid såvel som i vagttid. Samtidig blev der etableret et samarbejde i lægevagtconsultationerne mellem skadestuesygeplejersker og vagtlæger, og vagtlægerne fik adgang til at foretage flere diagnostiske undersøgelser.

PLO Midtjylland og Region Midtjylland har under udviklingen af akutaftalen været enige om vigtigheden af at foretage en evaluering af akutaftalens implementering. Det er bl.a. væsentligt at få afdækket, hvor meget skader fylder i lægevagten, overordnet i forhold til alle henvendelser og ved de forskellige kontakttyper. Desuden ønskede man viden om hvilke skader, det drejer sig om, hvordan lægerne håndterer dem, og i hvor høj grad sygeplejersker involveres i behandlingen af patienterne. Det er ikke muligt ud fra lægevagtens nuværende IT-system at foretage udtræk, der kan give informationer om kontaktårsager, da der ikke angives klassifikationskoder af kontaktårsager og diagnoser. Det var derfor nødvendigt at foretage en specifik undersøgelse svarende til Kontaktmønsterundersøgelsen, LV-KOS fra 2011. Denne undersøgelse blev foretaget før akutaftalens implementering, og data herfra kan derfor bruges som sammenligningsgrundlag (1).

Formålet med den aktuelle delundersøgelse i evalueringen af akutaftalen var at undersøge omfanget af skader i lægevagten efter implementering af den nye akutaftale, og hvordan disse blev vurderet og håndteret af vagtlægerne, herunder relevansen af både selve henvendelserne og af telefonvisitationen.

## Metode

Denne tværsnitsundersøgelse blev gennemført i lægevagten i Region Midtjylland i perioden fra 23. september 2013 til og med 6. oktober 2013. Undersøgelsen foregik sideløbende med to andre delprojekter i evalueringen af akutaftalen, nemlig monitorering af skader i dagtid i almen praksis og registrering af sygeplejerskernes aktivitet i lægevagtskonsultationerne.

## Dataindsamling

Registrering af skader i lægevagten blev baseret på erfaringerne og metoden fra kontaktmønsterundersøgelsen i lægevagten, LV-KOS 2011 (1,2) med et integreret pop-up-skema i lægevagtsystemet med spørgsmål om kontakterne.

Alle læger med vagter i undersøgelsesperioden uanset vagttype blev ved log-on på lægevagtsystemet ved vaktens start orienteret om undersøgelsen og inviteret til at deltage. For de deltagende visitatorlæger gjaldt det herefter, at de efter hver afsluttet kontakt fik et spørgsmål om, hvorvidt henvendelsen skyldtes en skade. Hvis det ikke var tilfældet, sluttede registreringen her. Hvis lægen svarede ja, fremkom et pop-up-spørgeskema ang. kontakten. Dette skema var tilpasset, alt efter om det var en afsluttet telefonkonsultation eller en visitation til en efterfølgende konsultation eller besøg.

For de kontakter, hvor henvendelsen blev afsluttet med en visitation, blev den læge, der efterfølgende så patienten i konsultationen eller ved besøg, også præsenteret for et pop-up-spørgeskema (forudsat at lægen ved vaktens start havde accepteret at deltage i undersøgelsen). På den måde var det muligt at følge en række af skadeskontakterne i hele forløbet i lægevagten.

## Spørgeskemaer

Baseret på erfaringerne med LV-KOS og tidligere undersøgelser i lægevagten blev pop-up-spørgeskemaerne udviklet og tilpasset hver kontaktype (afsluttet telefonkonsultation, telefonvisitation til efterfølgende konsultation eller besøg, konsultation og besøg). Herved blev det også muligt at drage sammenligninger til LV-KOS undersøgelsen, der foregik før implementeringen af akutaftalen. Alle spørgeskemaer uanset vagttype indeholdt spørgsmål om type af skade angivet ved forudbestemte kategorier, hvor lægen i en "drop down" funktion kunne finde og angive den specifikke henvendelsesårsag inden for syv organgrupper (Boks 1). Der var desuden mulighed for i fritekst at angive skader, der ikke indgik i de prædefinerede muligheder.

### Boks 1. Skadetyper.

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

På tilsvarende måde blev de hyppigste former for behandling lagt ind i en rullefunktion, så lægerne kunne afkrydse behandling(er) samt uddybe i et tekstfelt hvis relevant (Boks 2). Relevante skadetyper og behandlinger med undergrupper blev udvalgt efter konference med en række læger og pilottestet af fem vagtlæger.

### Boks 2. Skadebehandling.

Skadebehandling	Behandling(er)
Sårbehandling	Vask/rensning, limning, lukning med strips, suturering, plaster/forbinding, andet (fri tekst)
Medicinsk behandling	Vaccination, recept på antibiotika, recept på andet end antibiotika, andet (fri tekst)
Behandling af bevægeapparatskader	Støttende bandage, reponering af led, andet (fri tekst)
Undersøgelse/behandling	Blodprøve, urinprøve, andet (fri tekst)
Anden behandling	(fri tekst)

Alle skemaer indeholdt et spørgsmål om, hvorvidt lægen vurderede, at patienten burde have kontaktet egen læge i stedet for lægevagten. I telefonkontakterne (telefonkonsultationer og visitationer) blev lægen bedt om at angive varighed af symptomer. I konsultationer og besøg blev lægerne bedt om at angive hvilken behandling, der blev iværksat. For alle læger uanset vagttype gjaldt det, at de havde mulighed for at afbryde registreringen i tilfælde af travlhed. For fuld beskrivelse af spørgsmålene henvises til Bilag 1, som indeholder skærmpoint af alle pop-up-skemaer.

De enkelte spørgeskemaer blev indholdsvalideret af styregruppen bag evaluering af akutaftalen bestående af repræsentanter fra PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Herefter blev spørgeskemaerne transformeret til elektroniske pop-up-skemaer, som blev integreret i lægevagtsystemet og aktiveret ved vagtlægenes log-on i undersøgelsesperioden. De elektroniske it-funktioner blev pilottestet af fire visitationslæger, en konsultationslæge og en besøgslæge fra lægevagten i Region Midtjylland, hvilket gav anledning til ganske få korrektioner.

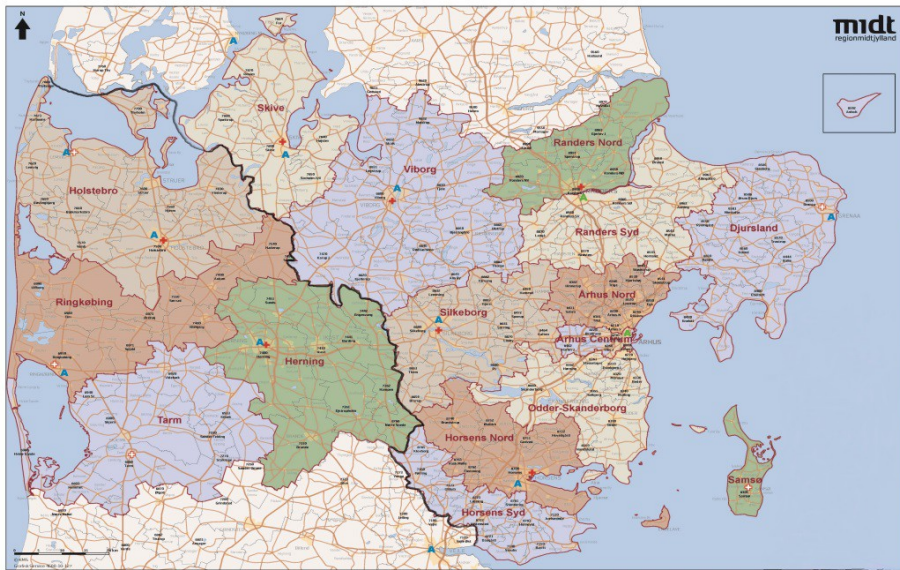
### **Baggrundsdata**

Der blev fra lægevagtsystemet indhentet baggrundsdata om alle vagthavende læger i undersøgelsesperioden til beregning af de deltagende lægers repræsentativitet. Ligeledes blev der indhentet data om alle kontakter i undersøgelsesperioden (kontakttype, dato og tidspunkt, patienternes cpr-nummer til beregning af køn, alder samt postnummer) med henblik på beregning af, hvor stor andel skader udgjorde af alle kontakter, og analyse af geografiske forskelle. Patientkontakter i lægevagten, som kun var registreret ved sygeplejersker eller andet hjælpepersonale, blev ekskluderet (n = 171), da der i denne delundersøgelse var fokus på lægenes håndtering af skader.

### **Databehandling**

Vi inddelte patienterne og lægerne i aldersgrupper, således at patienterne blev inddelt i fem grupper (under 18 år, 18-30 år, 31-50 år, 51-70 år og over 70 år), og lægerne i fire grupper (under 41 år, 41-50 år, 51-60 år og over 60 år). Med henblik på en geografisk sammenligning blev alle kontakter delt i tre kategorier (øst og vest og uden for regionen) baseret på patienternes postnumre. Den geografiske inddeling fremgår af Figur 1.

**Figur 1.** Geografisk inddeling i øst og vest.



Den eneste geografiske kategorisering, som ikke var baseret på patienternes postnummer, var vedr. repræsentativitet af lægerne. Her anvendte vi i stedet data om konsultationssted fra lægevagtsdata. Opdelingen af regionen i en østlig og en vestlig del blev baseret på de forskelle, der var i organiseringen af visitation og håndtering af skader før implementeringen af den nye akutaftale. Således var der en sygeplejeske-baseret visitation til skadestuerne i den østlige del, mens lægevagten og de praktiserende læger i dagtid primært stod for visitering til skadestuer i den vestlige del. Desuden håndterede de praktiserende læger både i dag- og vagttid traditionelt flere skader selv, end tilfældet var blandt deres kolleger i den østlige del.

På baggrund af en antagelse om, at skadehenvendelsesmønstret kunne være varierende for hverdag og weekender, foretog vi en inddeling af kontakterne i hverdagskontakter, som dækkede aften og nat mandag til torsdag og weekendkontakter, som dækkede fra fredag kl 16 indtil mandag morgen. Lægenes besvarelser af varighed for kontakten varierede fra nul til 58 minutter, og vi inddelte dem i fire grupper (under 5, 5-9, 10-19 og mere end 19 minutter).

### Analyse

På grund af meget få registrerede skader i besøgsvagter blev disse kun overordnet angivet ud fra skadetype og udeladt fra de efterfølgende opgørelser. Der blev gennemført deskriptive frekvensanalyser for svarfordelinger. Repræsentativiteten af de deltagende læger i forhold til alle vagtlæger i undersøgelsesperioden og forskelle mellem øst og vest blev undersøgt ved hjælp af chi<sup>2</sup>-tests og z-tests med angivelse af statistisk signifikans med et 5 % signifikansniveau (angivet med \* i tabellerne).

Det skal bemærkes, at udtrykket 'telefonkontakter' dækker over afsluttede telefonkonsultationer samt visiterede telefonkontakter. Dette skyldes, at baggrundsdata med alle kontakter ikke gav

mulighed for at skelne mellem visitationer og telefonkonsultationer, hvorimod dette var muligt for de kontakter, der blev inkluderet via pop-up spørgeskemaerne. I de efterfølgende opgørelser af de pop-up-registrerede kontakter er telefonkontakter, der endte med en visitation udeladt, og vi fokuserer her kun på telefonkonsultationer.

Beregning af skadernes andel af alle henvendelser til lægevagten blev foretaget ved at dele det summerede antal af samtlige skadekontakter for deltagende læger i visitationen med antallet af samtlige kontakter for disse læger.

Spørgeskemaerne i konsultationen og ved besøg kom kun frem, hvis lægen i visitationen havde markeret, at årsagen til henvendelsen var en skade. Beregningen af andelen af skader i konsultationen blev derfor baseret på fordelingen af visitationerne til konsultation, der kunne opgøres i, om kontaktårsagen skyldtes en skade eller ikke en skade.

### **Information og honorering**

Umiddelbart inden undersøgelsesperiodens start modtog alle vagtlæger en mail fra forskergruppen og PLO-Midtjyllands formand med information om undersøgelsen og formålet med den samt en opfordring til at deltage. Der blev desuden lagt uddybende information om projektet på Praksis.dk. Vagtlægerne blev honoreret for deltagelse på følgende måde: Visitationslæger fik et grundhonorar for deltagelse på 100 kr. samt 20 kr. for hvert udfyldt skema, og konsultations- og besøglæger modtog 50 kr. pr. udfyldt skema.

## Resultater

Først præsenteres indledningsvist resultaterne af beregninger af de deltagende lægers repræsentativitet for visitations- og konsultationsvagter mht. køn og alder. Derefter præsenteres de overordnede opgørelser over andelen af skader af alle henvendelser til lægevagten (dvs. af alle visiterede telefonkontakter samt alle telefonkonsultationer) og af alle konsultationer. Endelig følger opgørelserne af lægernes registreringer ved skadekontakterne. I beskrivelsen af resultaterne kommenteres eller diskuteres de i det omfang, det er relevant i sammenhængen.

### Repræsentativitet

I alt deltog 73,3 % af alle de læger, som havde visitationsvagt i undersøgelsesperioden. Tilsvarende deltog 63,8 % alle konsultationslæger. Der var lidt flere læger i aldersgruppen 51-60 år og lidt færre i aldersgruppen over 60 år blandt deltagerne i forhold til baggrundspopulationen af vagtlæger i visitationen (Tabel 1). For konsultationsvagter var der en tendens til højere deltagelse blandt læger under 50 år og lavere deltagelse blandt de ældre læger sammenlignet med alle lægerne. For begge kontaktyper var der lidt færre deltagere blandt læger i vest sammenlignet med i øst. Ingen af de fundne forskelle var statistisk signifikante.

**Tabel 1.** Sammenligning af køn og alder for deltagende læger og alle læger i visitationsvagter og konsultationsvagter.

	Visitorlæger		Konsultationslæger	
	Deltagende læger Antal (%)	Alle læger Antal (%)	Deltagende læger Antal (%)	Alle læger Antal (%)
<b>Læger i alt</b>	121 (100)	165 (100)	143 (100)	222 (100)
<b>Køn</b>				
Mand	73 (60,3)	102 (61,8)	91 (63,6)	143 (64,4)
Kvinde	48 (39,7)	63 (38,2)	52 (36,4)	79 (35,6)
<b>Alder (år)</b>				
<41	21 (17,4)	32 (19,4)	40 (28,0)	55 (24,8)
41-50	40 (33,1)	52 (31,5)	45 (31,5)	67 (30,2)
51-60	45 (37,2)	56 (33,9)	42 (29,4)	66 (29,7)
Alder>60	15 (12,4)	25 (15,2)	16 (11,2)	34 (15,3)
<b>Region</b>				
Øst	96 (79,3)	126 (76,4)	113 (79,0)	170 (76,6)
Vest	25 (20,7)	39 (23,6)	30 (21,0)	52 (23,4)

### Skadekontakters andel

Blandt de 33.128 kontakter i studieperioden blev der i alt registreret 4.928 skadekontakter (14,9 %)(Tabel 2). Der blev registreret flest skadekontakter af visitationslæger (telefonkonsultationer og visiterede kontakter) og konsultationslæger, idet der kun var 33 registrerede skader ved besøg (1,3 % af alle besøg). Som nævnt er besøgsvagter derfor ekskluderet fra de efterfølgende opgørelser.

**Tabel 2.** Andel af registrerede skader ift. alle kontakter for hver kontaktttype.

	Alle kontakter N	Registreredeskadeskontakter Andel af alle (%)
Telefonkontakter	23.374	3.699 (15,8)
Konsultationer	7.121	1.196 (16,8)
Besøg	2.568	33 (1,3)
I alt	33.128	4.928 (14,9)

Af de 3.699 telefonkontakter vedrørende skader, blev 1.758 (50,4%) afsluttet med en telefonkonsultation (Tabel 2 og Tabel 6).

Det skal bemærkes, at pga. dataindsamlingsmetoden er de registrerede skader i Tabel 2 ikke udtryk for den samlede skadesandel i undersøgelsesperioden. Beregninger af de deltagende lægers registrerede skadekontakter i forhold til alle deres kontakter i undersøgelsesperioden viste, at skadekontakter udgjorde 15,8 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten. Hvis man ser på fordelingen af de kontakter, der visiteres til konsultationen, så udgør henvendelser grundet en skade 26,0 % (data ikke vist i tabel 2). Denne værdi kan derfor også tages som udtryk for andelen af konsultationer, der omhandler en skade.

#### Karakteristika for skadekontakter sammenlignet med alle kontakter

For skadekontakterne var andelen af mænd i aldersgrupperne op til 30 år højere for skadekontakter end for ikke-skader (47,4 % og 21,2 % vs. 42,9 % og 13,7 %)(Tabel 3). Det tilsvarende for kvinder var gældende op til 30 år (41,4 % og 24,1 % vs. 34,0 % og 22,9 %). For skader såvel som for ikke-skader gjaldt, at patienter over 70 år udgjorde under 5 %.

**Tabel 3.** Fordeling af køn og alder i procent ved telefonkonsultationer fordelt på skadekontakter, andre kontakter og alle kontakter.

Alder (år)	Skader i procent			Ikke-skader i procent			Alle kontakter i procent		
	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle
<18	47,4	41,4	44,5	42,9	34,0	37,8	43,5	34,7	38,6
18-30	21,2	24,1	22,7	13,7	22,9	18,9	14,6	23,0	19,3
31-50	19,7	21,1	20,4	19,8	24,6	22,6	19,8	24,2	22,3
51-70	9,7	11,7	10,7	18,6	15,0	16,6	17,5	14,6	15,9
>70	4,6	1,8	1,9	5,0	3,6	4,2	4,6	3,4	3,9
Alle	100	100	100	100	100	100	100	100	100

I konsultationerne var det andelen af voksne yngre mænd (18-30 år), som var større for skader sammenlignet med ikke-skader (23,3 % vs. 18,1 %)(Tabel 4). Derimod var andelen af unge kvinder under 18 år i højere grad repræsenteret med skadekontakter sammenlignet med andelen af samme aldersgruppe blandt ikke-skader (45,9 % vs. 37,7 %).



**Table 4.** Fordeling af køn og alder på skadekontakter, andre kontakter og alle kontakter i konsultationer.

Alder (år)	Skader			Ikke skader			Alle kontakter		
	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder	Alle
<18	40,6	45,9	42,8	42,5	37,7	40,19	42,1	39,0	40,6
18-30	23,3	18,6	21,3	18,1	23,9	21,0	19,2	23,0	21,1
31-50	23,6	18,4	21,4	21,9	22,8	22,4	22,3	22,1	22,2
51-70	10,9	15,8	13,0	15,4	13,4	14,4	14,4	13,8	14,1
>70	1,6	1,4	1,5	2,2	2,2	2,2	2,0	2,0	2,0
Alle	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Størstedelen af kontakterne til lægevagten foregår fra 16-24 både for telefonkontakter og konsultationer. Dette er mere udpræget for henvendelser, der skyldes skader, hvilket passer med at en mindre andel af henvendelser grundet skader sker om nattet sammenlignet med fordelingen af samtlige henvendelser (Table 5). Der var kun meget små forskelle med hensyn til fordeling på øst og vest både ved telefoniske kontakter og i konsultationskontakter.

**Table 5.** Fordeling af kontakter til lægevagten på hverdag/weekend, vagttid og den øst- og vestlige del af regionen - for kontakter vedr. en skade og for alle kontakter. Opgjort telefoniske kontakter og for konsultationer (i procent).

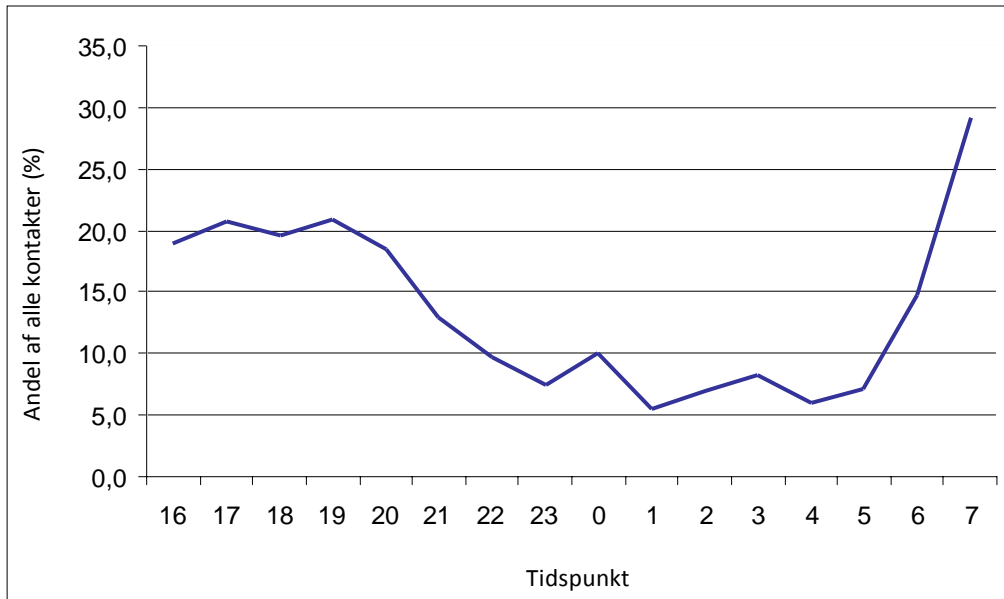
	Telefonkontakter <sup>1</sup>		Konsultationer	
	Skader %	Alle kontakter %	Skader %	Alle kontakter %
<b>Hverdag vs weekend</b>				
Hverdage	41,8	40,0	39,8	36,7
Weekend dage (inkl. fredag aften/nat)	58,2	60,0	60,2	63,3
<b>Vagttyper</b>				
Dagvagt (8-16)	26,1	27,3	28,6	28,8
Aftenvagt (16-24) <sup>2</sup>	65,0	58,9	68,4	66,2
Nattevagt (0-8) <sup>2</sup>	8,9	13,8	3,0	5,0
<b>Region</b>				
Øst	75,6	76,4	72,6	74,6
Vest	21,3	20,2	23,8	21,6
Uden for Region Midt	3,1	3,4	3,7	3,8

<sup>1</sup> Telefonkonsultationer + telefonvisitationer

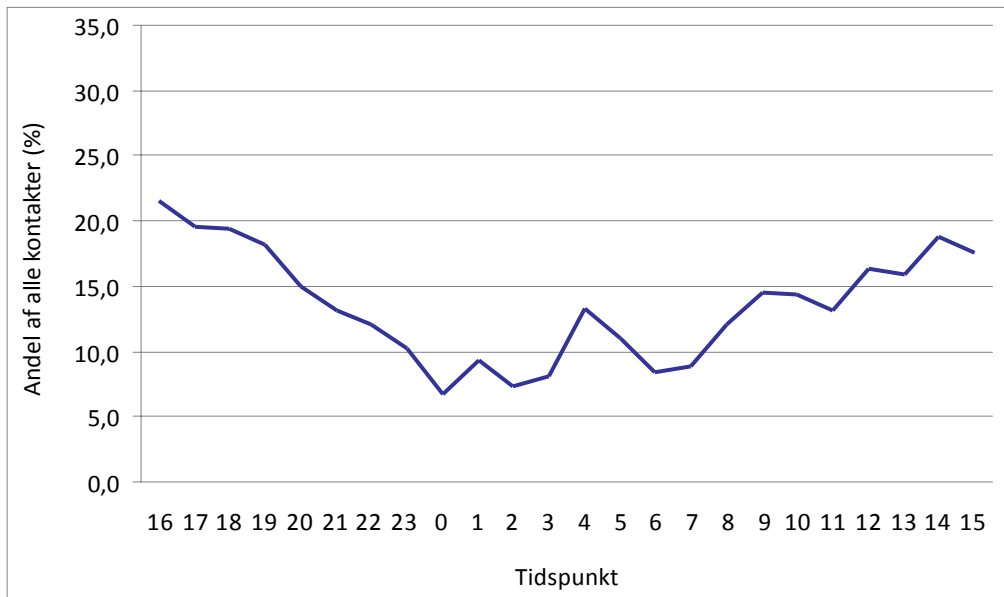
<sup>2</sup> Både hverdage og weekender

Figur 1 og 2 viser den andel, som skader udgjorde af alle kontakter fordelt på døgnets timer, først i aften- og nattevagter på hverdage (Figur 1) og derefter for hele døgnnet i weekendvagter (Figur 2). Det ses, at andelen var lavest i nattetimerne både på hverdage og i weekender, og at andelen var omkring 20 % i eftermiddagstimerne. Der ses en markant stigning i andelen af skader i løbet af de tidlige morgentimer på hverdage.

**Figur 2.** Andel af skader af alle kontakter på hverdage (ekskl. fredag aften) for alle telefoniske henvendelser.



**Figur 3.** Andelen af skader af alle kontakter på weekenddage (inkl. fredag aften) for alle telefoniske henvendelser.



### Lægernes registreringer

I det følgende præsenteres resultater baseret på indholdet af lægernes registrering af skadekontakterne i afsluttede telefonkonsultationer og i konsultationer.

### Skadetyper og behandling

I Tabel 6 med fordeling af skadetyper fremgår det, at muskel-skeletskader udgjorde langt den største del, idet disse forekom i 58,7 % af alle telefonkonsultationer, der vedrørte skader. For

konsultationerne var det 56,7 %, der skyldtes muskel-skeletskader efterfulgt af hudskader med 28,6 %.

En del af skaderne i telefonkonsultationerne kan ikke behandles over telefonen, f.eks. hjernerystelse. I disse tilfælde vil der for de fleste formentlig være tale om, at patienterne er henvist til indlæggelser, skadestue, eller egen læge næste dag, men i lægevagtsystemet registreres de som afsluttede telefonkonsultationer. Det skal tilføjes, at fordelt på øst og vest udgjorde muskel-skeletskader en større andel i øst (60,5 %) sammenlignet med vest (50,0 %) (Data ikke vist). Denne forskel er formentlig relateret til, at der er forskelle i populationssammensætningen med flere unge i øst end i vest.

**Table 6.** De registrerede skadetyper fordelt på syv overordnede organområder og med angivelse af de hyppigste specifikke skader.

Organområde	Telefonkonsultationer	Konsultationer
	N = 1.758 n (%)	N = 1.196 n (%)
<b>Muskel-skelet i alt</b>	1.032 (100)	678 (100)
Fraktur af ekstremiteter	345 (33,4)	328 (48,2)
Senelæsioner	23 (2,2)	16 (2,4)
Kontusion muskler/led	261 (25,3)	120 (17,7)
Forstuvning	257 (24,9)	140 (20,7)
Luksation/subluksation	39 (3,8)	23 (3,4)
Muskelskader (f.eks. fibersprængning)	29 (2,8)	16 (2,4)
Andet	78 (7,6)	35 (5,2)
<b>Hud i alt</b>	412 (100)	342 (100)
Insekt-/dyrestik	82 (19,9)	33 (9,7)
Fremmedlegeme	18 (4,4)	12 (3,5)
Læsion/kontusion	39 (9,5)	18 (5,3)
Hudafskrabning	37 (9,0)	44 (12,9)
Bid	129 (31,3)	153 (44,7)
Forbrænding/ætsning	37 (9,0)	26 (7,6)
Sår	56 (13,6)	47 (13,7)
Andet	14 (3,4)	9 (2,6)
<b>Fordøjelse i alt</b>	104 (100)	15 (100)
Fremmedlegeme	28 (26,9)	7 (46,7)
Indtagelse af skadelige væsker	11 (10,6)	4 (26,7)
Tandskade	30 (28,9)	1 (6,7)
Mundskade	21 (20,2)	1 (6,7)
Andet	14 (13,5)	2 (13,3)
<b>Øjne i alt</b>	58 (100)	115 (100)
Fremmedlegeme	26 (44,8)	92 (80,0)
Ætsning	17 (29,3)	7 (6,1)
Blødning	9 (15,5)	8 (7,0)
Andet	6 (10,3)	8 (7,0)
<b>Ører i alt</b>	6 (100)	11 (100)

Fremmedlegeme	2 (33,3)	5 (45,5)
Andet	4 (66,7)	6 (54,5)
<b>Nervesystemet i alt</b>	<b>118 (100)</b>	<b>19 (100)</b>
Hjernerystelse	55 (46,6)	11 (57,9)
Kontusion	39 (33,1)	5 (26,3)
Forgiftning (alkohol/euforiserende stoffer)	10 (8,5)	1 (5,3)
Andet	14 (11,7)	2 (10,5)
<b>Luftveje i alt</b>	<b>28 (100)</b>	<b>16 (100)</b>
Fremmedlegeme	6 (21,4)	10 (62,5)
Inhalation af skadelige stoffer	6 (21,4)	0 (-)
Næseblod	9 (32,1)	3 (18,8)
Andet	7 (25,0)	3 (18,8)

I Tabel 7 fremgår det i overensstemmelse med Tabel 5, at sårbehandling og behandling af muskelskeletskader var langt de hyppigste, idet de tilsammen udgjorde over halvdelen behandlingerne af skader i konsultationerne. Sygeplejersker var inddraget i behandlingen i 40,8 % af skade-konsultationerne, og det forekom oftest i konsultationer med sårbehandling (50,6 %). Samlet set var det efter lægernes vurdering ikke relevant med sygeplejerskeinddragelse i halvdelen af konsultationerne med skader (51,9 %).

**Tabel 7.** Vagtlægens behandling i konsultationer og inddragelse af sygeplejersker.

	Alle konsultationer	Var sygeplejersken inddraget i behandlingen?		
	N = 1.196	Ja	Nej, ikke relevant	Nej, men relevant
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sårbehandling	466 (39,0)	236 (50,6)	181 (38,8)	49 (10,5)
Behandling af muskler/led	337 (28,2)	100 (29,7)	199 (59,1)	38 (11,3)
Medicinsk behandling	190 (15,9)	60 (31,6)	114 (60,0)	16 (8,4)
Undersøgelser/tests	154 (12,9)	45 (29,2)	99 (64,3)	10 (6,5)
Anden behandling	53 (4,4)	24 (45,3)	28 (52,8)	1 (1,2)
I alt	1.200 (100)	465 (40,8)	621 (51,9)	114 (7,3)

\*Summen af behandlinger er større end antal konsultationer pga. flere behandlingstyper i nogle af konsultationerne

I Tabel 8 er inddragelse af sygeplejerske foldet ud med fordeling på øst og vest, og det fremgår, at sygeplejersker generelt i langt højere grad var involveret i vest end i øst.

**Tabel 8.** Inddragelse af sygeplejerske i vagtlægens behandling fordelt på øst og vest.

	Øst	Vest	I alt
	%	%	%
Sårbehandling	45,8	61,9	50,6
Behandling af muskler/led	24,2	46,5	29,7
Medicinsk behandling	27,9	48,4	31,6
Undersøgelser/tests	26,7	25,0	29,2
Anden behandling	37,2	75,0	45,3
I alt	34,5	59,5	40,8

## Afslutning af kontakter

Af Tabel 9 fremgår det, at en fjerdedel blev henvist til skadestue (25,8), og der sås her betydelige og statistisk signifikante forskelle mellem øst og vest (28,8 % i øst og 11,3 % i vest). Subanalyser afdækkede, at dette primært skyldtes, at langt flere i de yngre aldersgrupper blev henvist til skadestue i øst sammenlignet med i vest (data ikke vist). Vi fandt samtidig, at 71,5 % af alle telefonkonsultationer blev afsluttet med rådgivning eller anbefaling om håndkøbsmedicin eller kontakt til egen læge, også med væsentlige forskelle mellem øst og vest. Subanalyser her med inddragelse af alder viste et tilsvarende mønster i forhold til alder, idet den højere andel af afsluttede telefonkonsultationer i vest primært skyldtes en stor andel af unge under 18 år (data ikke vist).

**Tabel 9.** Afslutning af kontakt for telefonkonsultationer i øst og vest.

	Telefonkonsultationer		
	Øst n (%)	Vest n (%)	I alt n (%)
Kontakter i alt <sup>1</sup>	1.411 (100)	300 (100)	1.711 (100)
Henvielse til skadestue*	407 (28,8)	34 (11,3)	441 (25,8)
Anbefales håndkøbsmedicin*	44 (3,1)	16 (5,3)	60 (3,5)
Anbefales at kontakte egen læge	258 (18,3)	52 (17,3)	310 (18,1)
Afsluttes efter information/rådgivning*	672 (47,6)	181 (60,3)	853 (49,9)
Andet*	82 (5,8)	32 (10,7)	114 (6,6)

<sup>1</sup>Summen af afslutningsmuligheder er større end antal kontakter pga. flere afkrydsninger i nogle af kontakterne

\*Statistisk signifikant forskel ( $p < 0,05$ )

Af Tabel 10 fremgår det tilsvarende, at lidt mere end en fjerdedel af skaderne i konsultationer blev henvist til skadestue eller røntgen (27,6 %).

**Tabel 10.** Afslutning af kontakt for konsultationer i øst og vest.

	Konsultationer		
	Øst n (%)	Vest n (%)	I alt n (%)
Kontakter i alt <sup>1</sup>	868 (100)	284 (100)	1.152 (100)
Henvielse til røntgen/skadestue	239 (27,5)	80 (28,2)	319 (27,6)
Anbefales håndkøbsmedicin*	28 (3,2)	20 (7,0)	48 (4,2)
Anbefales at kontakte egen læge*	72 (8,3)	35 (12,3)	107 (9,3)
Manglende svar*	529 (61,0)	135 (47,5)	474 (41,2)

<sup>1</sup>Summen af afslutningsmuligheder er større end antal kontakter pga. flere afkrydsninger i nogle af kontakterne

\*Statistisk signifikant forskel ( $p < 0,05$ )

## Tidsforbrug

Tidsforbruget i konsultationer med skader fremgår af Tabel 11. Konsultationer af 10-19 minutters varighed udgjorde med 45,8 % den største andel efterfulgt af kontakter af 5-9 minutters varighed (40,6 %).

**Tabel 11.** Tidsforbrug for skadekontakter i konsultationer.

	Konsultationer N = 1.196 n (%)
Under 5 minutter	121 (10,1)
5-9 minutter	486 (40,6)
10-19 minutter	548 (45,8)
Over 19 minutter	40 (3,3)
Manglende information	1 (0,1)

## Relevans af henvendelsen til lægevagten

Vagtlægerne blev for de registrerede skadekontakter spurgt, om patienterne efter deres lægefaglige vurdering burde have kontaktet egen læge i stedet. Her svarede lægerne i telefonkonsultationerne, at en femtedel (20,4 %) af henvendelserne burde have været rettet til egen læge (Tabel 12). Der var ingen forskel på øst og vest.

**Tabel 12.** Visitationlægenes vurdering af om patienten i øst og vest burde have konsulteret egen læge i stedet for lægevagten.

		Telefonkonsultationer		
		Øst N = 1.411 n (%)	Vest N = 300 n (%)	I alt N = 1.711 n (%)
Burde patienten have henvendt sig til egen læge i stedet for lægevagten?	Ja	290 (20,6)	59 (19,7)	349 (20,4)
	Nej	1.020 (79,3)	228 (76,0)	1.248 (72,9)
	Ved ikke	101 (7,2)	13 (4,3)	114 (6,7)

I konsultationer var der efter vagtlægenes vurdering en lidt mindre andel, som burde have henvendt til egen læge i stedet for lægevagten (12,9 %), og her var der ligeledes ingen forskel på øst og vest (Tabel 13).

**Tabel 13.** Konsultationslægenes vurdering af om patienten i øst og vest burde have konsulteret egen læge i stedet for lægevagten.

		Konsultationer		
		Øst N = 868 n (%)	Vest N = 284 n (%)	I alt N = 1.152 n (%)
Burde patienten have henvendt sig til egen læge i stedet for lægevagten?	Ja	112 (12,9)	36 (12,7)	148 (12,9)
	Nej	710 (81,8)	239 (84,2)	949 (84,2)
	Ved ikke	46 (5,3)	9 (3,2)	55 (4,8)

Til sammenligning vurderede lægerne kontakten som ikke relevant for lægevagten i 29 % af alle telefonkonsultationer og 22 % af alle konsultationer i kontaktmønsterundersøgelsen, LV-KOS 2011. Dette kan indikere, at henvendelser på grund af skader oftere er velindicerede ud fra en lægefaglig betragtning.

### Relevans af visitationen i lægevagten

I mere end 90 % af tilfældene vurderede konsultationsvagt lægerne, at visitation til konsultation var relevant (Tabel 14). Ganske få (1,6 %) burde have været sendt direkte på skadestue og 5,9 % vurderedes at kunne have været afsluttet i telefonen. Til sammenligning var det i LV-KOS-undersøgelsen 85 % af visitationerne, der blev vurderet relevante.

**Tabel 14.** Konsultationslægers vurdering af relevansen af visitationen til konsultation i øst og vest.

		Konsultationer N = 1.196 n (%)
Relevans af visitation til konsultation	Relevant visitation	1.088 (91,0)
	Burde have været sendt direkte på skadestue	19 (1,6)
	Burde have været afsluttet i telefonen	71 (5,9)
	Ved ikke	18 (1,5)

### Ville tidligere have været behandlet på skadestue

Der blev også før implementering af akutaftalen behandlet skader i lægevagten, og det er relevant at forsøge at estimere, hvor mange flere skader, der er kommet til som følge af akutaftalen. Konsultationslæger blev derfor bedt om at vurdere, om den pågældende skade før akutaftalen ville have været behandlet på skadestue. Der ses her en klar og statistisk signifikant forskel på øst og vest med hensyn til andelen af kontakter, idet 44,2 % i øst svarede 'Ja, helt sikkert' sammenlignet med 15,1 % i vest (Tabel 15).

**Tabel 15.** Konsultationslægers vurdering af, om henvendelserne ang. en skade ville have været behandlet på skadestue før akutaftalen (opdelt for den østlige og vestlige del af regionen).

		Konsultationer		
		Øst N = 868 n (%)	Vest N = 284 n (%)	I alt N = 1.152 n (%)
Ville før akutaftalen have været behandlet på skadestue	Ja, helt sikkert*	384 (44,2)	43 (15,1)	427 (37,1)
	Ja, måske*	209 (24,1)	21 (7,4)	230 (20,0)
	Nej, formentlig i lægevagten	117 (13,5)	46 (16,2)	163 (14,2)
	Nej, helt sikkert i lægevagten*	77 (8,9)	164 (57,8)	241 (20,9)
	Kunne være begge steder*	66 (7,6)	10 (3,5)	76 (6,6)
	Ved ikke*	13 (1,5)	0	13 (1,1)
	Andet	2 (0,2)	0	2 (0,2)

\*Statistisk signifikant forskel ( $p < 0,05$ )

Denne forskel skyldes formentlig, at implementeringen af akutaftalen har medført størst forandringer i øst, da der allerede før akutaftalen i vest blev håndteret langt flere skader i lægevagten. Opgørelserne fra LV-KOS viste således, at andelen af skader på det tidspunkt kun var halvt så stor i Aarhus og omegn sammenlignet med den øvrige del af regionen.

## Diskussion

Skader udgjorde overordnet 15,8 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af alle konsultationer. Muskelskeletskader var med 56,7 % langt den hyppigste årsag til konsultationer med skader, efterfulgt af hudskader med 28,6 %. Andelen af skader i forhold til alle lægevagtskontakter var lidt større på hverdage end i weekender. Den hyppigst angivne behandling af vagtlæger var sårbehandling (39,0 %) og med deltagelse fra sygeplejer i halvdelen af tilfældene. I en fjerdedel af alle telefonkonsultationer med skader blev patienterne henvist direkte til skadestue (akutafdeling eller akutklinik), oftere i øst end vest, og oftere ved skader hos unge end hos ældre. Lægerne vurderede, at det generelt for alle skadekontakter gjaldt, at henvendelsen burde have været rettet til egen læge i dagtid i stedet for lægevagten i en femtedel af alle telefonkonsultationer og i 13 % af alle konsultationer. Konsultationslægerne fandt visitationen til konsultation relevant i mere end 90 % af tilfældene. De registrerende læger vurderede overordnet, at i 37 % af alle tilfælde ville skaderne før implementering af akutaftalen helt sikkert have været henvendt til skadestuen, dog med markant flere i øst.

## Diskussion af metode

Undersøgelsen var baseret på et velfungerende set-up med elektroniske pop-up-registreringsskemaer i lægevagten IT-system og med en tilfredsstillende og repræsentativ deltagelse af vagtlæger med mindre end 5 % forskel mht. køn, alder og øst-vestfordeling på deltagende og ikke-deltagende læger. Det elektroniske set-up sikrede en høj grad af validitet af data og minimerede risikoen for manglende afrapportering fra lægerne. Den eneste opgørelse med mange manglende svar var i Tabel 10 om afslutning af konsultationerne. Her havde lægerne i 41,2 % af kontakterne undladt at svare. Det skyldes sandsynligvis, at de med besvarelsen på spørgsmål om behandlingen allerede mente at have svaret dækkende.

I de opgørelser, hvor der forskelle, der fandtes mellem øst og vest forud for implementeringen af akutaftalen, kunne have betydning, er der foretaget stratificering på øst-vest i opgørelserne. Beregning af den andel, som skader udgjorde af alle konsultationskontakter, blev udfordret af, at de deltagende konsultationslæger ikke registrerede alle deres skader, men kun dem, som de deltagende visitatorlæger registrerede og viderevisitede til konsultation.

Konsultationsstikprøven af skadekontakter var således ikke repræsentativ for alle skader i konsultationer for de deltagende læger. Beregningen af andel skader i konsultationer generelt måtte derfor ekstrapoleres fra de registrerede skader i forhold til alle visitationer og med inddragelse af opgørelser fra LV-KOS om andel af skader i besøgskontakter med henblik på at trække disse fra. Opgørelsen af skader var i LV-KOS baseret på diagnosekoder og ikke på direkte spørgsmål til lægerne om, hvorvidt der var tale om en skade. Derfor kan der være lidt usikkerhed om resultatet, men det er sandsynligt, at der i så fald er tale om et let underestimat af andel skader i konsultationerne.

I de foreliggende opgørelser har vi valgt at fokusere på kontaktårsager og fravalgt at se på diagnoser. Det skyldes, at det var kontaktårsagen, der var afgørende for, om en kontakt blev inkluderet i studiet eller ej, og at diagnoser er af mindre interesse i skadekontakter, da der i de mange tilfælde er tale om samme diagnose, f.eks. ved mange sår.



## Diskussion af resultater

De overordnede fund, at andelen af skader udgør 15,8 % og 26,0 % af henholdsvis alle telefoniske henvendelser og af konsultationer, er ny viden og dokumenterer akutaftalens effekt på aktiviteten i lægevagten, idet i LV-KOS fra 2011 blev fundet markant mindre andel af skader i lægevagten (1).

Andelen af registrerede skader var ens for mænd og kvinder i aldersgruppen 18-30 år. Når mænd i samme aldersgruppe kun udgør 16,0 % imod kvindernes 22,7 % af alle lægevagtskontakter, svarer det til tidligere fund, at unge mænd udgør en større andel af kontakter til skadestuer (3). Ved fordeling på vagttyper (dag, aften og nat) fandt vi en markant større andel af skader i telefonen i aftenvagter sammenlignet med andelen af alle kontakter i aftenvagter. Det er uvist, hvad denne forskel skyldes, og subanalyser med aldersfordelinger og fordeling på weekenddage og hverdage har ikke bidraget til forklaring. Samtidig fandt vi, at skadesandelen var lavest om natten, dog lidt højere i nætterne i weekender end på hverdage, formentlig pga. social nataktivitet i weekender. Dette blev underbygget af subanalyser med fordeling på aldersgrupper, hvor det fremgik, at andelen af skader for unge var højere om natten i weekender end for andre aldersgrupper.

I betragtning af at en stor del af kontakterne skyldes sårskader, kan det overraske, at sygeplejersker ikke var involveret i højere grad (45,8 % i øst og 61,9 % i vest), da skader af denne type kan synes som oplagte opgaver for sygeplejersker. Baseret på det foreliggende datamateriale kan vi ikke konkludere noget om årsager hertil, men forskellen imellem øst og vest kan måske ses i sammenhæng med, at lægerne i øst på undersøgelsestidspunktet (ca. et år efter implementeringen) endnu ikke havde opnået samme tradition med eller rutine i at inddrage sygeplejerskerne i opgaverne.

Det er interessant, at af alle skader, som ikke sendes til lægevagtskonsultation (eller besøg) afsluttes kun en fjerdedel med henvisning til skadestue. Samtidig ses, at 52 % af alle henvendelser med skader visiteres videre til konsultation eller besøg og, af disse afsluttes en fjerdedel med overflytning til skadestue efter konsultation. Samlet betyder det, at af alle henvendelser pga. skader henvises en fjerdedel til skadestue og tre fjerdedele klares af vagtlægerne selv enten med behandling eller med rådgivning i telefonen. På nuværende tidspunkt overgår patienter til skadestuen fra lægevagtskonsultation, hvis vagtlægerne skønner, at der er brug for et røntgenbillede, idet patienterne efterfølgende afsluttes af skadestuen, uanset om der findes sygelige fund, som kræver behandling eller ej. I den første periode efter implementeringen af akutaftalen var det muligt for konsultationslæger i Viborg og Skive at henvise til røntgen og efterfølgende selv vurdere billederne (evt. under supervision). Vagtlægerne kunne således selv afslutte patienten, hvis der ikke var brug for yderligere speciallægebehandling på skadestuen. Et ønske om røntgendiagnostik krævede altså ikke henvisning til skadestuen. Det kan ikke udelukkes, at henvisningsraten kunne blive lavere, hvis ordningen fra Viborg på en eller anden måde indgik som en mulighed i udrednings- og behandlingspaletten for vagtlægerne.

På forespørgsel om, hvorvidt patienterne burde have henvendt sig til egen læge med skaderne i stedet for til lægevagten, svarede vagtlægerne i færre tilfælde bekræftende herpå sammenlignet med den tilsvarende andel i LV-KOS. Det kan skyldes, at de opståede skader i højere grad vurderes

at kræve behandling nu og her sammenlignet med lægevagtshenvendelser generelt. F.eks. kan en flænge i huden, som ikke er potentiel livstruende men dog kræver behandling, ofte ikke vente til dagtid, hvorimod dette er tilfældet for en række medicinske tilstande, som ikke vurderes alvorlige. Til sammenligning med LV-KOS var der i denne monitoreringsundersøgelse en mindre andel af visitationer til konsultationer, som af konsultationslægerne blev vurderet til at kunne have været afsluttet i telefonen. Det tyder således på, at den nuværende andel af afsluttede telefonkonsultationer på omkring 50 % for skadekontakter er udtryk for en høj grad af effektivitet.

## Konklusion

Skader udgjorde 15,8 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten og 26,0 % af alle konsultationer. Af skadehenvendelserne var muskelskelet- og hudskader langt de hyppigste årsager til henvendelse. Sygeplejerskerne var involveret i 40 % af alle skadekonsultationer, flere i vest end i øst. Det kan indikere, at der er et potentiale til optimering på dette område. Overordnet henvises en 52 % af alle skader til efterfølgende konsultation eller besøg, og af de afsluttede telefonkonsultationer udgør en fjerdedel henvisning til skadestue. En fjerdedel af skadekonsultationer i lægevagten afsluttes med henvisning til skadestue, en andel som måske kunne blive lavere, hvis patienterne kunne henvises til røntgen i lægevagtsregi uden samtidig automatisk overflytning til skadestue. På tværs af regionen vurderede vagtlægerne, at 37 % af skaderne helt sikkert ville have været henvendt til skadestuen før akutaftalen. Da disse 37 % udgør flere end den fjerdedel, som vagtlægerne i denne undersøgelse henviste til skadestue, sammenholdt med at konsultationsvagt lægerne kun i 5,9 % af alle fandt, at patienten burde have været afsluttet i telefonen, indikerer høj grad af effektivitet i behandling af skadehenvendelser i lægevagten, bistået af sygeplejersker.

## Referencer

1. Moth G, Flarup L, Christensen MB, Olesen F & Vedsted P. *Kontakt- og sygdomsmønsteret i Lægevagten LV- KOS 2011*. 1. udg, Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus. 2012
2. Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vestergaard M, Vedsted P. *Description of method at the Danish Out of Hours service: a population-based one-year study*. DMJ. (Accepteret)
3. Skadestuernes virksomhed. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 11. Nr. 16, oktober 2007

## Pop-up-skemaer

Visitation:

Evaluering af akutaftale

**1. Primær kontakårsag**  
Skadetype...  
Anden kontakårsag:

**2. Varighed siden tilskadekomst**  
 Under 4 timer  
 4 - 12 timer  
 Over 12 timer og under 24 timer  
 Over 24 timer  
 Ved ikke

**3. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet egen læge (eller ventet med at kontakte egen læge) frem for lægevagten med dette problem?**  
 Ja  
 Nej  
 Ved ikke

Afbryd OK

Tak for dine svar

## Telefonkonsultation:

**Evaluering af akutaftale**

**1. Primær kontakårsag**  
Skadetype...  
Anden kontakårsag:

**2. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose**

**3. Varighed siden tilskadekomst**  
 Under 4 timer  
 4 - 12 timer  
 Over 12 timer og under 24 timer  
 Over 24 timer  
 Ved ikke

**4. Afslutning af kontakten** (gerne flere x'er)  
 Henvist til skadestue  
 Recept på medicin  
 Anbefaling af håndkøbsmedicin  
 Anbefales kontakt til egen læge  
 Afsluttet **kun** med rådgivning/information  
 Andet (skriv)

**5. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet egen læge (eller ventet med at kontakte egen læge) frem for lægevagten med dette problem?**  
 Ja  
 Nej  
 Ved ikke

**6. Ville denne skade have været behandlet på skadestuen før implementering af akutaftalen?**  
 Ja, helt sikkert  
 Ja, måske  
 Nej, formentlig i lægevagten  
 Nej, helt sikkert i lægevagten  
 Kunne være begge steder  
 Ved ikke  
 Andet

**Andre kommentarer**

**Afbryd** **OK**

**Tak for dine svar**

## Konsultation:

**Evaluering af akutaftale**

**1. Primær kontakårsag**  
Skadestype...  
Anden kontakårsag:

**2. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose**

**3. Hvilke af følgende foretog du selv?** (dvs. ekskl. opgaver der er varetaget af sygeplejerske)  
Sårbehandling  
Type...  
Behandling af bevægeapparatsskader  
Type...  
Undersøgelser/prøver  
Type...  
Medicinsk behandling  
Type...  
Andet

**4. Vedr. afslutning af patienten - hvilke af følgende foretog du dig?** (gerne flere x'er)  
 Henvist til røntgen og herefter retur til dig/lægevagten og afsluttet her  
 Henvist til røntgen og herefter overtaget af sygehus  
 Henvist til skadestue  
 Recept på medicin  
 Anbefaling af håndkøbsmedicin  
 Anbefales kontakt til egen læge  
 Afsluttet **kun** med rådgivning/information  
 Andet

**5. Var der en sygeplejerske inddraget i denne behandling?**  
 Nej, det var ikke relevant  
 Nej, men det ville have været relevant  
 Ja

**6. Hvor lang tid brugte du på denne kontakt?**  
Antal minutter:

**7. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet egen læge (eller ventet med at kontakte egen læge) frem for lægevagten med dette problem?**  
 Ja  
 Nej  
 Ved ikke

**8. Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at visitationen til konsultation var lægefaglig relevant?**  
 Relevant visitation  
 Burde have været sendt direkte på skadestue  
 Burde have været afsluttet i **telefonen**  
Evt. hvorfor?   
 Ved ikke

**9. Ville denne skade have været behandlet på skadestuen før implementering af akutaftalen?**  
 Ja, helt sikkert  
 Ja, måske  
 Nej, formentlig i lægevagten  
 Nej, helt sikkert i lægevagten  
 Kunne være begge steder  
 Ved ikke  
 Andet

**Andre kommentarer**

**Afbryd** **OK**

**Tak for dine svar**

## Besøg:

**Evaluering af akutaftale**

Hvis du som besøglæge har konsultationer så skift til konsultationsskemaet **Skift til Konsultationsskema**

**1. Primær kontaktårsag**  
Skadetype...  
Anden kontaktårsag:

**2. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose**

**3. Hvilke af følgende foretog du selv?**  
Sårbehandling  
Type...  
Behandling af bevægeapparatskader  
Type...  
Undersøgelser/prøver  
Type...  
Medicinsk behandling  
Type...  
Andet

**4. Vedr. afslutning af patienten - hvilke af følgende foretog du dig? (gør flere x'er)**  
 Henvist til skadestue  
 Recept på medicin  
 Anbefaling af håndkøbsmedicin  
 Anbefales kontakt til egen læge  
 Afsluttet **kun** med rådgivning/information  
 Andet

**5. Hvor lang tid brugte du på denne kontakt?**  
Antal minutter:

**6. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet egen læge (eller ventet med at kontakte egen læge) frem for lægevagten med dette problem?**  
 Ja  
 Nej  
 Ved ikke

**7. Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at visitationen til besøg var lægefaglig relevant?**  
 Relevant **visitation**  
 Burde have været sendt direkte på skadestue  
 Burde have været afsluttet i **telefonen**  
Evt. hvorfor?  
 Ved ikke

**8. Ville denne skade have været behandlet på skadestuen før implementering af akutaftalen?**  
 Ja, helt sikkert  
 Ja, måske  
 Nej, formentlig i lægevagten  
 Nej, helt sikkert i lægevagten  
 Kunne være begge steder  
 Ved ikke  
 Andet

**Andre kommentarer**

**Afbryd** **OK**

**Tak for dine svar**

# Akuttaftalen

Evaluering af akuttaftalen

Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i  
lægevagten

---





Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland  
Evalueringsrapport, august 2014  
ISBN: 978-87-90004-24-8

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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

## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	6
Indledning .....	9
Begrebsafklaring .....	10
Metode .....	11
Resultater.....	15
Diskussion .....	28
Anbefalinger .....	30
Konklusion .....	30
Bilag 1 – skema 1 .....	32
Bilag 2 – skema 2 .....	34
Bilag 3 – skema 3 .....	35
Bilag 4 .....	36
Bilag 5 .....	37



## Sammenfatning

**Baggrund:** I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var udarbejdet i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Akutaftalens fire kerneområder var: at implementere nye visitationsregler for akutte henvendelser (bortset fra alarm 1-1-2), at behandle flere småskader i almen praksis i dag- og vagttid, at give vagtlægerne adgang til flere diagnostiske undersøgelsesmetoder og at etablere et samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger i lægevagtkonsultationerne.

Hensigten med samarbejdet mellem sygeplejersker og vagtlæger var at opnå et bedre samarbejde mellem skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og lægevagten, at øge patientflowet og at mindske patienternes ventetid. Med den nye aftale skal sygeplejerskerne udføre både assisterende og selvstændige behandleropgaver, men derudover skal de også observere patienterne i venteområdet i lægevagten fx kan de nu omvisitere dem til behandling på sygehuset.

Det er relevant at evaluere samarbejdet, og derfor var formålene med denne delundersøgelse:

1. At kortlægge, hvor mange assisterende og selvstændige behandleropgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne
2. At undersøge, hvilke behandleropgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne
3. At undersøge, hvor mange patienter sygeplejerskerne omvisiterer fra lægevagten til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og årsagen til denne omvisitering.

**Metode:** Undersøgelsen blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse. Data blev indsamlet i perioden fra 23. september til 6. oktober 2013 i Region Midtjylland. Alle sygeplejersker med vagter i lægevagten i den angivne periode blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. De deltog ved at udfylde et registreringsskema hver gang, at de havde udført en assisterende eller en selvstændig behandleropgave i lægevagten og hver gang, at de omvisiterede patienter fra lægevagten til sygehusregi. Tre registreringsskemaer blev udviklet og anvendt: skema 1 til registrering af sygeplejerskernes typer af behandleropgaver (assisterende eller selvstændige behandleropgaver) og detaljer om de specifikke arbejdsopgaver, skema 2 til registrering af de patienter, som blev omvisiteret fra lægevagten til sygehusregi, og skema 3 til registrering af baggrundsoplysninger om sygeplejerskerne (engangsregistrering).

**Resultater:** Mindst 95,2 % af sygeplejerskerne med vagter i lægevagten deltog i undersøgelsen. Deraf var 69,0 % behandlersygeplejersker. Sygeplejerskerne assisterende i 33,0 % af alle lægevagtkonsultationer (n = 6660) i undersøgelsesperioden. Selvstændige behandleropgaver blev udført på 4,2 % af alle patienter, der henvendte sig i lægevagtkonsultationerne. I alt 2.505 udfyldte skemaer (skema 1) blev inkluderet i undersøgelsen. I lægevagten's akutafdelinger udførte sygeplejerskerne oftest assisterende behandleropgaver (vest: 96,0 %, øst: 92,3 %), hvilket også gjorde sig gældende for deres arbejde i akutklinikkerne (vest: 84,7 %, øst: 74,4 %). I lægevagt-

konsultationerne toppede patientantallet på hverdage mellem kl. 19 og 20 og i weekenderne mellem kl. 10 og 20. Sygeplejerskerne ydede flere assisterende behandleropgaver i perioder med et højt patientantal.

Sygeplejerskernes arbejde bestod oftest i at tage blodprøver, urinundersøgelser ved urinstix, måle temperatur, udføre sårbehandling, give injektioner, yde psykisk omsorg til patienter og pårørende samt informere om det videre behandlingsforløb.

Sygeplejerskerne omvisiterede i alt 2,2 % af alle patienter fra lægevagtskonsultationerne til sygehusregi. Den hyppigste grund til at omvisitere patienterne var skadens omfang. Yngre personer og mænd blev oftest omvisiteret. Vi anvendte diagnosekoder fra skadestuen til at fastslå kontaktårsagen for patienter, som blev omvisiteret. De hyppigste kontaktårsager var læsioner, åbne sår, frakturer, hjernerystelser, distorsioner, kontusioner, luksationer og andengradsforbrænding.

**Diskussion og anbefalinger:** Sygeplejerskerne har meget hurtigt fået en aktiv rolle ved konsultationerne i lægevagten. De assisterer vagtlægerne ved 1/3 af alle konsultationerne, særligt når der er mange patienter, mens de kun i mindre omfang gennemfører selvstændig behandling. Der kan stilles spørgsmål ved, om sygeplejerskernes faglige kompetencer anvendes optimalt i lægevagten. Halvfjerds procent af sygeplejerskerne i undersøgelsen var behandlersygeplejersker, som selvstændigt ville kunne undersøge, diagnosticere, behandle og dokumentere lægeudpegede patientgrupper ud fra beskrevne instrukser (e-dok.rm.dk). Trods af disse selvstændige behandlerkompetencer udfører sygeplejerskerne oftest assisterende behandleropgaver, som sandsynligvis vil kunne varetages af basissygeplejersker med erfaring inden for akut behandling. På skadestuerne foreligger der klare instrukser for, hvilke patientgrupper sygeplejerskerne kan behandle selvstændigt (e-dok.rm.dk). Lignende instrukser foreligger kun for behandlersygeplejersker i lægevagten ved akutklinikkerne (5). I akutafdelingerne er der ikke lavet yderligere standarder end dem, som er beskrevet i akutaftalens bilag.

Sygeplejerskerne bidrager med en lang række forskellige opgaver i lægevagten, bl.a. med at lave de nye tests og undersøgelser, der er blevet mulige at gennemføre i lægevagten med indførelsen af akutaftalen. Derfor har det ikke været nødvendigt i større udstrækning at øge antallet af vagtlæger i konsultationerne.

Lægerne er erfarne i behandlingen af patienterne og kan færdiggøre behandlingerne hurtigt. At sygeplejerskerne i højere grad assisterer end behandler selvstændigt kan være udtryk for en rationel anvendelse af deres tid, der er med til at sikre et højt patientflow. Vagtlægerne har det overordnede ansvar for konsultationerne – også for aktiviteter udført af sygeplejerskerne. Derfor er det naturligt, at lægerne er involveret i langt de fleste forløb i konsultationerne

Den enstrengede indgang til sundhedsvæsenet betyder, at alle patienter skal telefonvisiteres af almen praksis til akut behandling (bortset fra alarm 1-1-2). Af de telefonvisiterede patienter til

lægevagtkonsultation blev 2,2 % omvisiteret af sygeplejerskerne til behandling i sygehusregi. Samlet var det således langt den største del af visitationerne, der ikke blev ændret, hvilket tyder på høj kvalitet af telefonvisiteringen.

#### *Anbefalinger*

- 1) Det bør undersøges, om sygeplejerskerne kan og bør involveres mere i patientbehandlingerne i lægevagten.
- 2) Det bør undersøges, om sygeplejerskerne kan og bør udføre flere selvstændige behandlingsopgaver og – i så fald – hvordan det kan organiseres.
- 3) Det bør vurderes, om de nødvendige instrukser eller retningslinjer for samarbejdet mellem sygeplejerskerne og vagtlægerne er tilgængelige og omhandler de forventede arbejdsopgaver.
- 4) Det bør sikres, at vagtlægerne har tilstrækkelige retningslinjer for at visitere skader.

#### **Konklusion**

Sygeplejerskerne er kommet godt i gang i lægevagtkonsultationerne i Region Midtjylland, da de er involveret i en tredjedel af alle patientkontakter. Deres funktioner består oftest i at assistere vagtlægerne med arbejdsopgaver som blodprøvemåling, urinundersøgelse, temperaturmåling, sårbehandling, give injektioner, yde psykisk omsorg til patienter og pårørende og informere om det videre behandlingsforløb. Af de telefonvisiterede patienter omvisiterer sygeplejerskerne 2,2 % fra lægevagten til sygehusregi - oftest på grund af skadens omfang.

## Indledning

I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var udarbejdet i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Formålene med akutaftalen var at etablere en enstrenget indgang til akutsystemet (bortset fra alarm 1-1-2) og at udnytte eksisterende ressourcer på akutområdet bedre. De fire kernepunkter i akutaftalen var: ændring af visitation af alle akutte henvendelser til almen praksis (fraset 112), håndtering og behandling af flere skader i almen praksis (både i dag- og vagttid), flere diagnostiske redskaber i lægevagten og etablering af et samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger i lægevagtkonsultationerne.

Den nye enstrengede indgang til akutsystemet i Region Midtjylland betyder, at alle med et behov for akut lægehjælp skal visiteres til behandling. Inden de normale åbningstider i almen praksis fungerer egen læge som visitator til akutbehandling. Uden for disse åbningstider varetages visitationen af vagtlægerne.

Med henblik på at udnytte de eksisterende ressourcer bedre fik vagtlægerne adgang til flere diagnostiske undersøgelser, f.eks. røntgenundersøgelser og flere typer af blodprøver: c-reaktivt protein (CRP), blodprocent (hæmoglobin) og blodglukose, for derved selv at kunne afslutte flere patienter end hidtil.

Hensigten med at etablere et tættere samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger var at opnå et bedre samarbejde mellem skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og lægevagten. Det var også tanken, at sygeplejerskernes indsats med assisterende og selvstændige behandlingsopgaver i lægevagten kunne være med til at øge patientflowet og mindske patienternes ventetid. Desuden skal sygeplejerskerne observere patienterne i venteområdet i lægevagten, og de har mulighed for at omvisitere patienter til behandling på sygehuset, hvis en patients tilstand udvikler sig kritisk, eller hvis det af logistiske årsager kan være hensigtsmæssigt at flytte patienter (typisk ved stor travlhed i lægevagten).

Effekten af implementeringen af akutaftalen i forhold til sygeplejerskernes aktiviteter i lægevagten er ukendt. Det er også uvist, i hvor høj grad sygeplejerskerne udfører assisterende og selvstændige behandlinger i lægevagten. Derudover er det uklart, hvilke arbejdsopgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne, og hvor mange patienter de omvisiterer.

Formålene med denne delundersøgelse er:

- 1) At kortlægge, hvor mange assisterende og selvstændige behandlingsopgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne
- 2) At undersøge, hvilke behandlingsopgaver sygeplejerskerne udfører i lægevagtkonsultationerne



- 3) At undersøge, hvor mange patienter sygeplejerskerne omvisiterer fra lægevagten til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker og årsagen til denne omvisitering.

## Begrebsafklaring

I denne undersøgelse anvendes en række begreber, som defineres nedenfor for at sikre en fælles begrebsforståelse.

### Assisterende behandleropgave:

Behandlingsopgaver, som sygeplejersker udfører i et samarbejde med vagtlæger (inkl. klargøring og afslutning af patienten).

### Selvstændig behandleropgave:

Behandlingsopgaver, som sygeplejersker udfører uden involvering af vagtlægen (opstart, udførelse og afslutning af patienten).

### Øst-vest-fordeling:

I en del af analyserne arbejder vi med en øst-vest-fordeling af konsultationerne i lægevagten i Region Midtjylland (Boks 1). Baggrunden for denne fordeling er, at der før akutaftalen var regional forskel i visitationen af patienter til skadestuerne. I øst blev skader sygeplejevisiteret, mens de i vest blev lægevisiteret allerede før akutaftalen. Derudover har der også tidligere været tilknyttet sygeplejersker til konsultationerne i den vestlige del, mens det aldrig har været tilfældet i den østlige del af regionen. Opdelingen af konsultationerne i lægevagten i en østlig og en vestlig del er således gjort på baggrund af disse tidligere strukturelle forskelle i organiseringen af konsultationerne. Ved at anvende denne øst-vest-fordeling forventede vi at kunne identificere eventuelle regionale forskelle i sygeplejerskernes arbejdsfunktioner.

**Boks 1.** Opdeling af lægevagten konsultationssteder i en østlig og vestlig del i Region Midtjylland.

Område	Konsultationssteder i lægevagten
Øst	Lægevagten i Aarhus, Horsens, Randers, Viborg, Grenaa, Silkeborg og Skive
Vest	Lægevagten i Herning, Ringkøbing og Holstebro

### Akutklinikker:

Akutklinikkerne behandler mindre skader. De er bemandede med sygeplejersker, og vagtlægen i området er den lægelige "back-up". Der er døgnåbne akutklinikker i Holstebro og Silkeborg, mens akutklinikkerne i Grenaa, Skive og Ringkøbing har åbent fra kl. 8-22.

### Skadestue/akutafdelinger:

Skadestuerne/akutafdelingerne behandler både større og mindre skader. Her er en fast bemanning af både sygeplejersker og læger. Det er også skadestuerne, der modtager patienter med alvorlige skader og livstruende sygdom, og disse patienter ankommer typisk med ambulance.

Der er døgnåbne skadestuer/akutafdelinger på hospitalerne i Herning, Horsens, Randers, Viborg og Aarhus. I Holstebro er der skadestuefunktion fra kl. 8-22, men kun for lettere skader og sygdom.

## Metode

### Undersøgelsesdesign og dataindsamling

Undersøgelsen blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse og blev gennemført fra 23. september til 6. oktober 2013 i Region Midtjylland. Alle sygeplejersker med vagter i lægevagten i denne periode blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. De skulle udfylde et registreringskema hver gang, at de udførte en assisterende eller selvstændig behandlingsopgave i lægevagten og hver gang, at de omvisiterede patienter fra lægevagten til sygehusregi.

### Registreringskemaer

I undersøgelsen blev der anvendt tre registreringskemaer:

- **Skema 1** til registrering af, hvilken behandling sygeplejerskerne gennemførte, og om det var en assisterende eller selvstændig behandlingsopgave (Bilag 1)
- **Skema 2** til registrering af patienter, som blev omvisiteret fra lægevagten til skadestuer/ akutafdelinger/akutklinikker (Bilag 2)
- **Skema 3** til registrering af baggrundsplysninger om sygeplejerskerne (Bilag 3).

Skema 1 og 2 indeholdt oplysninger om patienternes CPR-numre, dato og tidspunkt for patientkontakten samt sygeplejerskernes initialer. Skema 3 indeholdt sygeplejerskernes initialer. Oplysningerne var nødvendige for at samkøre oplysninger fra de tre skemaer i efterfølgende analyseprocesser. Skema 1 og 2 havde fortrykt bynavn, afhængig af lokaliteten af lægevagten.

### Udvikling og pilottest af skema 1

Formålet med skema 1 var at registrere sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten. Udviklingen af spørgsmålene i skemaet blev inspireret af Region Midtjyllands informationspjece om akutsamarbejdet (1), som beskriver sygeplejerskernes forventede arbejdsopgaver i lægevagten (Boks 2). Derudover blev der hentet fagligt input fra erfarne sygeplejersker med tilknytning til lægevagten og fra styregruppen for evaluering af akutaftalen (repræsentanter fra PLO-Midtjylland og Region Midtjylland).

I skema 1 blev sygeplejerskerne bedt om at registrere, hvilken type af behandling (assisterende eller selvstændig), de havde udført. Derudover udformede vi tre hovedemner til klassificering af sygeplejerskernes arbejdsopgaver: 1) undersøgelser og prøver, 2) skadebehandling, 3) information, observation og koordination. Til hvert hovedemne udarbejdede vi relevante på forhånd fastlagte svarkategorier samt afkrydsningsfelter til markering af, om arbejdsopgaven var blevet uddelegeret af en vagtlæge.

Skema 1 blev pilottestet af syv sygeplejersker fra lægevagten i Region Midtjylland (to sygeplejersker i Aarhus, to i Viborg og tre i Randers), ligesom styregruppen for evaluering af akutaftalen gennemgik skemaet. Testgruppens opgave var at gennemgå skemaet og afgøre dets

relevans og undersøge, hvorvidt de mulige svarkategorier var meningsfulde, eksklusive og ekshausive. Testgruppens tilbagemeldinger blev medtaget i revideringen af skemaet. Det endelige skema er vist i Bilag 1.

**Boks 2.** Beskrivelse af de forventede sygeplejerskeopgaver i lægevagten (2 - 4).

Sygeplejeopgaver	Beskrivelse
Modtage patienter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At modtage patienter og vurdere, om der er ændringer siden visitationen</li> <li>- At stille supplerende spørgsmål, udføre måling af vitale parametre eller foretage urinundersøgelse inden konsultationen</li> <li>- At omvisitere patienten efter aftale med vagtlægen</li> </ul>
Tilse patienter i lægevagtens venteområde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At holde opsyn med ventende patienter og håndtere forespørgsler fra ventende patienter</li> <li>- At være opmærksom på patienter, der har behov for fremskyndet hjælp</li> </ul>
Understøtte behandling i lægevagten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At måle CRP, hæmoglobin eller blodglukose</li> <li>- At udføre urinundersøgelser vha. urinstix</li> <li>- At lave EKG-måling</li> <li>- At lave halspodning (strep A-test)</li> </ul>
Assistere vagtlægen ved patientbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At anlægge blærekateter</li> <li>- At behandle astma</li> <li>- At overvågne dårlige patienter inden overflytning til hospitalsregi</li> <li>- At assistere ved gynækologiske undersøgelser</li> <li>- At udlevere medicin ordineret af vagtlægen</li> <li>- At måle vitale parametre ved behov (blodtryk, puls, respiration, temperatur, saturation)</li> <li>- At informere og instruere patienten om behandling</li> <li>- At observere patienter kortvarigt efter lægebehandling, inden overflytning eller før indlæggelse</li> </ul>
Behandle skader selvstændigt eller i samarbejde med vagtlægen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- At fjerne fremmedlegeme i øre, næse eller hud</li> <li>- At behandle øjenskader (fremmedlegeme, svejseøjne, mindre stænkskader)</li> <li>- At behandle sårskader (fx mindre bidsår og brandsår) med suturering eller limning</li> </ul>

*Udvikling og pilottest af skema 2*

Hensigten med skema 2 var at registrere antallet af de patienter, som sygeplejerskerne omvisiterede fra lægevagten til skadestue/akutafdeling/akutklinik (uden involvering af vagtlægen) og årsagen til omvisiteringen. Dette skema blev også udviklet med inspiration fra Region Midtjyllands informationspjece om akutsamarbejdet (1) og med fagligt input fra erfarne sygeplejersker med tilknytning til lægevagten samt styregruppen for evaluering af akutaftalen.

I skema 2 blev sygeplejerskerne bedt om at registrere dato og tidspunkt for omvisitering. Dernæst skulle de registrere årsag(er) til omvisiteringen ved at afkrydse ét af fire fastlagte svarkategorier: 1) patientens fysiske tilstand var ustabil, 2) spidsbelastning i lægevagten, 3) skadens omfang eller 4) anden årsag (inkl. tekstfelt).

Skema 2 blev pilottestet ud fra samme fremgangsmåde som ved skema 1. Den endelige udgave af skema 2 er vist i Bilag 2.

### *Udvikling af skema 3*

Skema 3 blev anvendt til at indsamle baggrundsoplysninger for samtlige sygeplejersker, der kunne tage vagter i lægevagten. Selve registreringen var en engangsregistrering og fandt sted i ugerne op til gennemførelsen af resten af undersøgelsen. Der blev spurgt ind til sygeplejerskernes køn, alder, profession og anciennitet som henholdsvis basissygeplejerske, behandlersygeplejersker eller sygeplejerske i skadestuen. Sygeplejerskerne skulle desuden registrere deres initialer, som også skulle påføres skema 1 og 2 for at muliggøre samkørsel af skemaerne i analyseprocesserne.

### **Orientering af sygeplejerskerne**

I ugerne op til undersøgelsesstarten havde afdelingssygeplejerskerne informeret sygeplejerskerne i lægevagten om undersøgelsen. Vores informationsmateriale blev rundsendt i afdelingernes nyhedsbreve eller sendt direkte til sygeplejerskernes e-mail. Derudover tilbød vi alle afdelings-sygeplejersker at afholde et informationsmøde om undersøgelsen. Vi afholdt møder i Viborg, Randers og Aarhus.

### **Praktisk gennemførelse**

Der blev anvendt registreringskemaer i papirformat. Skemaerne blev rundsendt en uge før undersøgelsesstart og placeret et synligt og tilgængeligt sted for sygeplejerskerne i lægevagten. Tidsfristen for at returnere de udfyldte spørgeskemaer var en uge efter, at undersøgelsen sluttede.

### **Datamanagement**

De returnerede registreringskemaer blev dobbeltindtastet i it-programmet EpiData. Dernæst blev der udført datamanagement i skema 1.

### *Datamanagement skema 1*

Vi foretog en systematisk gennemgang af alle returnerede skemaer (n = 2607) og ekskluderede 105 skemaer. Årsager til eksklusion var:

- At sygeplejerskerne som det eneste havde registreret, at de havde startet computeren i lægevagten, ryddet op eller opfyldt skabe (n = 17).
- At der var dobbeltregistrerede skemaer på samme patient (samme dag og tidspunkt). Disse blev komprimeret til én patientkontakt med alle informationer fra de to skemaer (n = 30).
- At sygeplejerskerne udelukkende havde registreret, at de havde tilset patienten i venteområdet eller at patienten var ankommet (n = 43). Sygeplejerskernes tilsyn af patienterne i venteområdet til lægevagten er vigtigt og er en grundlæggende handling, som ydes til alle patienter i lægevagten. Derfor har vi valgt at udelade denne del af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i denne undersøgelse.
- At sygeplejerskerne havde registreret type af behandlingsopgave under svarkategorien "andet", og det var dermed uklart, om de udførte en assisterende eller selvstændig opgave (n = 15).

Derudover fandt vi flere fejlregistreringer. For 133 registrerede handlinger havde sygeplejerskerne markeret handlinger som selvstændige behandleropgaver. Men samtidig havde de længere nede på skemaet registreret arbejdet som uddelegeret af vagtlægen. Derfor blev disse tolket som fejlregistreringer - og blev omkodet fra "selvstændig" til "assisterende" behandleropgaver. Derudover blev der lavet dataændringer under hovedemnet "undersøgelser og prøver", da 75 udførte CPR-målinger var registreret under svarkategorien "andet". Disse blev omkodet til svarkategori "blodprøver".

Registrering af type af behandleropgave manglede for 407 af de inkluderede skemaer (skema 1, n = 2502). For at afgøre, om der var tale om selvstændig eller assisterende behandleropgave, sammenkørte vi patienternes CPR-numre og konsultationsdato med data om ydelseshonorering fra lægevagten (sygesikringsdata). Ved 340 af de 407 patienter, var der registreret en ydelseskode 0101 (konsultation) i lægevagten. I disse tilfælde tolkede vi det derfor til, at sygeplejerskerne havde udført en assisterende behandleropgave. For de resterende 67 fandt vi ikke et link mellem CPR nr. på sygeplejerskernes skemaer og en ydelseskode 0101 i lægevagten (vagt lægerne havde dermed ikke registreret en ydelse for behandling af patienten). Vi valgte her at kode kontakten som en selvstændig behandleropgave, selvom vi ikke har viden om, hvorvidt sygeplejersken havde kontakt til en læge på akutafdelingen ang. behandlingen af patienten.

### **Analysemetode**

På baggrund af sygesikringsdata fra Region Midtjylland fandt vi, at der havde været 6660 konsultationer i lægevagten (ydelseskode 0101) i undersøgelsesperioden. Der var desuden udført 698 blodprøvemålinger. Disse oplysninger er medtaget for at kunne beregne andelen af sygeplejerskernes indsats i lægevagten.

Vi brugte patienternes adresse (postnummer) til at udarbejde en øst-vest-fordeling af patienterne på basis af vagtområderne i lægevagten, hvilket var nødvendigt for at lave en patientkarakteristik af de 6660 konsultationer i lægevagten.

Vi indhentede også diagnosekoder for de patienter, som sygeplejerskerne omvisiterede fra lægevagten til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker. Vi anvendte patienternes CPR-numre og kontaktdato i lægevagten til at indhente diagnosekoder ifølge International Classification of Diseases, version 10 (ICD-10) fra skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker.

Vore resultater præsenteres med deskriptiv statistik (frekvenser og procentfordelinger). Derudover har vi udført statistiske test for at undersøge eventuelle sammenhænge i data. Disse er udført ved chi<sup>2</sup>-test og suppleret med p-værdier ud fra et signifikansniveau på 5 %. Statistiske forskelle ( $p < 0,05$ ) bliver i resultatafsnittet fremhævet med en stjerne (\*). Analyserne blev udarbejdet i statistikprogrammet STATA, version 13.

### **Tilladelser**

Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet (J.nr. 2013-41-1818). Det var ikke relevant at indhente tilladelser fra Sundhedsstyrelsen eller Videnskabetisk Komité.

## Resultater

### Beskrivelse af deltagende sygeplejersker

Ifølge afdelingssygeplejerskerne bemandede de enkelte lægevagtkonsultationer med én sygeplejerske om aftenen på hverdage og to sygeplejersker på lørdage og søndage – de deler dag- og aftenvagterne. Det var ikke muligt at få det eksakte antal sygeplejersker på vagt i undersøgelsesperioden i fra alle akutafdelinger/akutklinikker. For ikke at overestimere deltagerprocenten har vi på disse steder regnet med, at der ikke var gengangere på de enkelte vagter i løbet af de to uger (dog var det typisk 2 sygeplejersker, der passede de 4 vagter i weekenderne). Det betyder, at der maximalt var 105 forskellige sygeplejersker på vagt i undersøgelsesperioden. Vi modtog udfyldte skemaer (skema 1) fra 100 unikke sygeplejersker. Det betyder, at mindst 95,2 % af sygeplejerskerne med vagter i lægevagten deltog i undersøgelsen.

De fleste sygeplejersker var kvinder (98,0 %) og gennemsnitsalderen var 48 år. Sygeplejersker fra lægevagten i den østlige del af regionen var hyppigere repræsenteret end deres kollegaer fra vest (øst: 76,0 %, vest: 24,0 %), hvilket ikke er unaturligt set ud fra befolkningstætheden i Region Midtjylland. Behandlersygeplejersker udgjorde 69,0 % af sygeplejerskerne, og de havde i gennemsnit syv års erfaring som behandlersygeplejerske (Tabel 1).

**Tabel 1.** Baggrundsoplysninger for deltagende sygeplejersker.

	Deltagende sygeplejersker (n = 100)
<b>Køn, n (%)</b>	
Mænd	1 (1,0)
Kvinder	98 (98,0)
Manglende oplysninger	1 (1,0)
<b>Alder, gennemsnit i år<sup>a</sup>, n (min. – maks.)</b>	48 (27 – 64)
<b>Konsultationssted, n (%)</b>	
Øst	76 (76,0)
Vest	24 (24,0)
<b>Profession, n (%)</b>	
Sygeplejersker	29 (29,0)
Behandlersygeplejersker	69 (69,0)
Manglende oplysninger	2 (2,0)
<b>Anciennitet, gennemsnit i år<sup>b</sup>, (min. – maks.)</b>	
Sygeplejersker	14 (0 – 40)
Behandlersygeplejersker	7 (1 – 15)

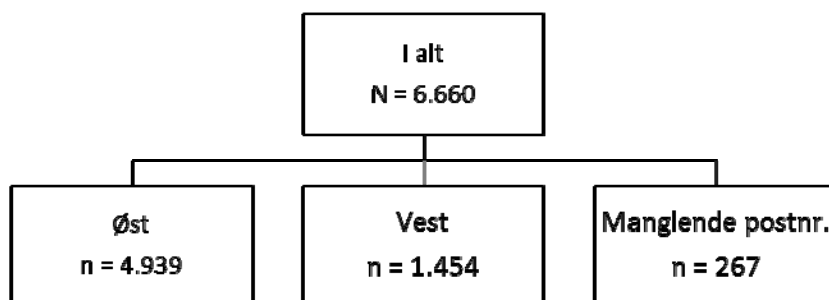
<sup>a</sup>To sygeplejersker havde ikke oplyst alder

<sup>b</sup>To sygeplejersker havde ikke angivet anciennitet

### Beskrivelse af patienterne i lægevagtkonsultationerne

Af de 6.660 registrerede patientkontakter i lægevagtkonsultationerne havde 74,2 % bopæl i den østlige del af regionen, og 21,8 % havde i den vestlige del (Figur 1).

**Figur 1.** Antal registrerede patienter i konsultationerne i lægevagten i alt, fordelt på øst og vest (ifølge patientens postnummer).



Patientpopulationen i konsultationerne bestod af lidt flere kvinder end mænd (kvinder: 50,1 %, mænd 49,9 %), og unge under 18 år udgjorde den største gruppe (37,5 %)(Tabel 2).

Sygeplejerskerne angav i 33,0 % af tilfældene, at de udførte en assisterende behandling.

Sygeplejerskerne udførte oftest assisterende behandleropgaver ved behandling af kvinder (kvinder: 34,3 %, mænd: 30,2 %), unge patienter under 18 år (43,7 %) og patienter > 70 år (40,2 %).

Sygeplejerskernes selvstændige behandleropgaver registreres ikke med en ydelseskode 0101 (konsultation). Derfor er behandlingen af disse patienter ikke inkluderet i antallet af patient-kontakter i lægevagtkonsultationerne. De to tal skal således adderes, når deres respektive andele skal vurderes. Af alle de patienter, som kommer i lægevagten (6.660 + 298 = 6.958), udgør selvstændige behandlinger 4,2 %. Det var oftere ved mænd end ved kvinder (mænd: 49,3 %, kvinder 43,6 %, manglende oplysninger: 7,1 %) og ved personer under 18 år (< 18 år: 36,9 %), at sygeplejerskerne udførte selvstændig behandling.

**Tabel 2.** Køn og alder på patienter ved lægevagtskonsultationer, fordelt på type af behandling (alle, assisterende eller selvstændig).

	Alle konsultationer <sup>1</sup> N = 6.660 n (%)	Assisterende behandleropgaver n = 2.204 n (%)	Selvstændige behandleropgaver n = 298 n (%)
<b>Køn</b>			
Mænd	3.324 (49,9)	1.004 (45,6)	147 (49,3)
Kvinder	3.336 (50,1)	1.144 (51,9)	130 (43,6)
Manglende oplysninger	-	56 (2,5)	21 (7,1)
<b>Alder i år</b>			
< 18	2.497 (37,5)	654 (29,7)	110 (36,9)
18 – 30	1.379 (20,7)	455 (20,6)	55 (18,5)
31 – 50	1.482 (22,3)	535 (24,3)	59 (19,8)
51 – 70	961 (14,4)	364 (16,5)	41 (13,8)
> 70	341 (5,1)	137 (6,2)	15 (5,0)
Manglende oplysninger	-	59 (2,7)	18 (6,0)

<sup>1</sup>Ydelseskode 0101 (sygesikringsdata fra regionen)

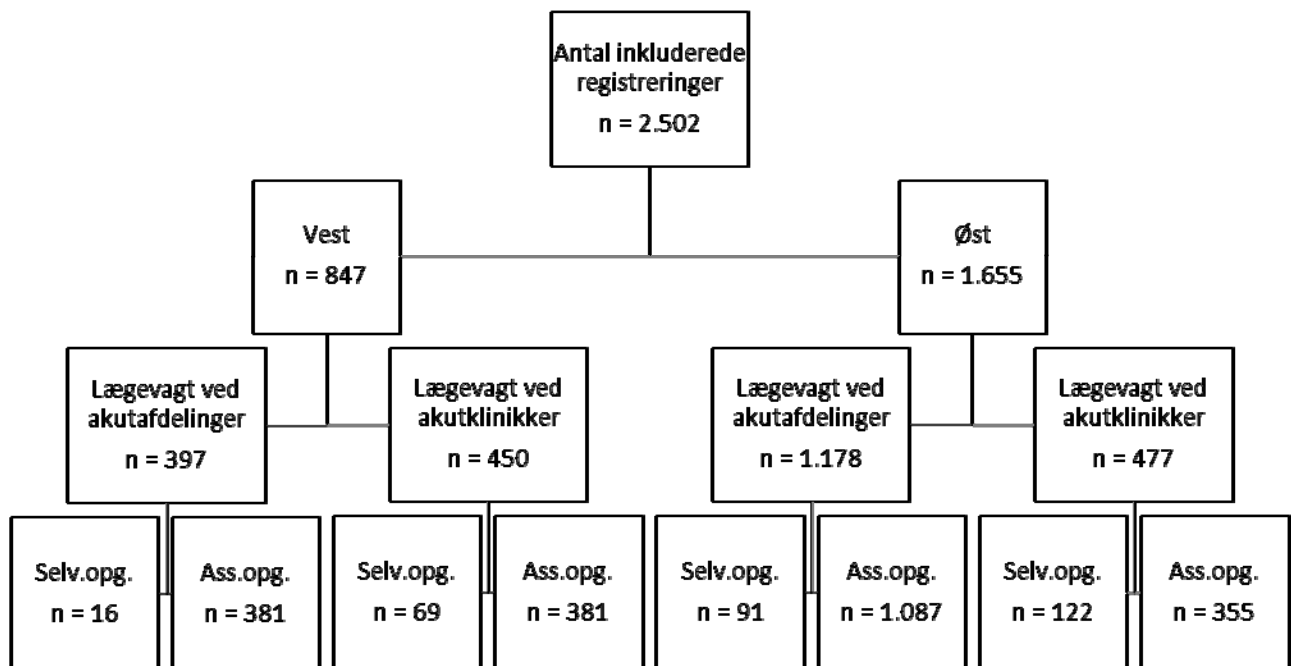
### Type af behandling

Der blev i alt inkluderet 2.502 udfyldte skemaer (skema 1)(Figur 2). Heraf var 66,1 % udfyldt i øst, og flest var fra lægevagten ved akutafdelingerne (akutafdelinger: 71,2 %, akutklinikker: 28,8 %). Resten var udfyldt i vest (33,9 %) og repræsenterede flest sygeplejersker fra lægevagten ved akutklinikkerne (akutklinikker: 53,1 %, akutafdelinger: 46,9 %).

I lægevagten ved afdelingerne var størstedelen af opgaverne udført som assisterende behandleropgaver (vest: 96,0 %, øst: 92,3 %). Selvom de selvstændige behandleropgaver udgjorde en lille andel af sygeplejerskernes arbejde, var der en regional forskel: i øst blev der udført næsten dobbelt så mange selvstændige behandleropgaver som i vest (øst: 7,7 %, vest: 4,0 %).

Sygeplejerskernes assisterende behandleropgaver fyldte også meget i lægevagten ved akutklinikkerne, dog mere i vest end øst (vest: 84,7 %, øst: 74,4 %). Samlet udførte sygeplejerskerne i øst flere selvstændige behandleropgaver end deres kollegaer i vest (øst: 25,6 %, vest: 15,3 %).

**Figur 2.** Fordeling af antal inkluderede registreringer (skema 1) på hhv. øst-vest, lægevagt ved akutafdelinger og akutklinikker, assisterende og selvstændige behandleropgaver.



Selv.opg. = Selvstændige behandleropgaver

Ass.opg. = Assisterende behandleropgaver

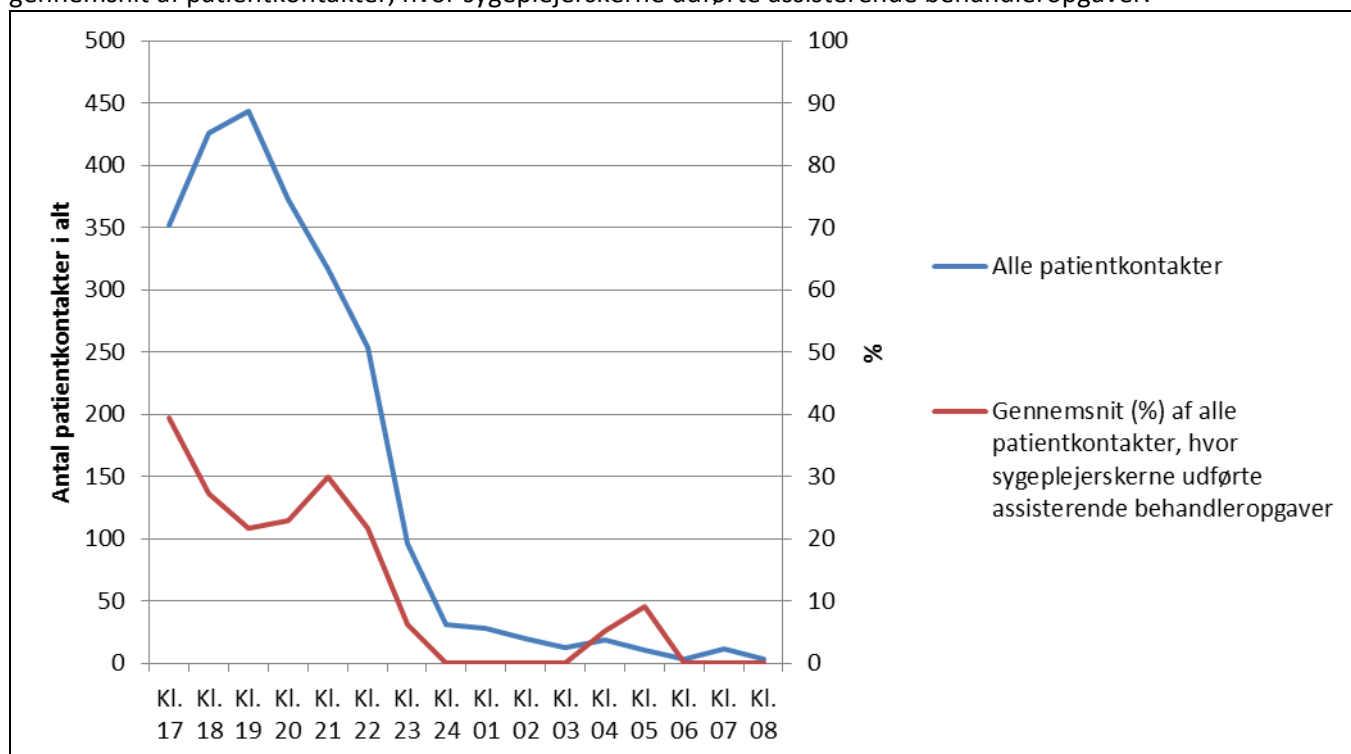


### Patientflow i lægevagtkonsultationer

På hverdage toppede patientantallet i tidsrummet kl. 19 – 20, hvorefter frekvensen aftog gradvist indtil næste morgen (Figur 3). Fra midnat og indtil kl. 8 var der et lavt patientflow i lægevagtkonsultationerne.

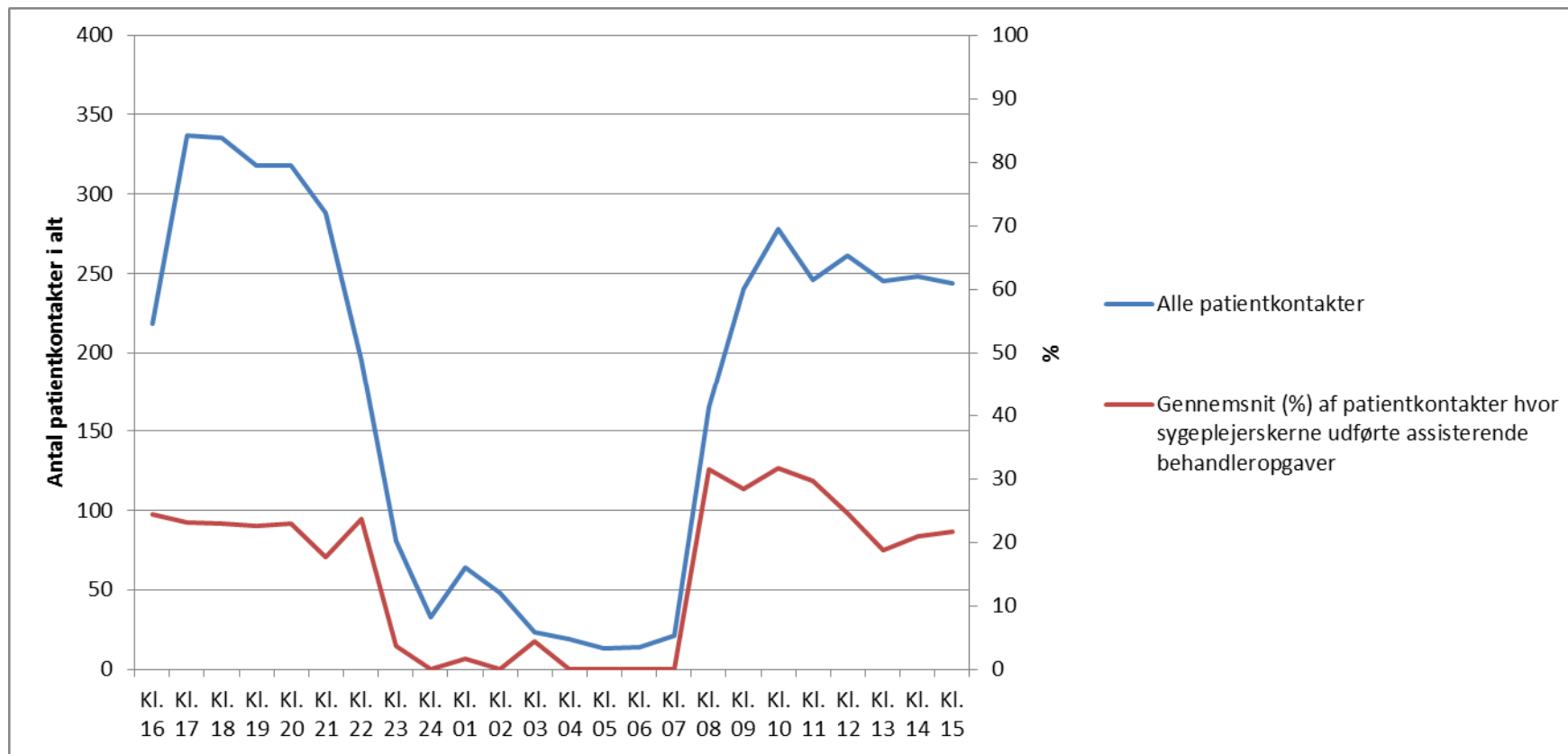
I Figur 3 viser den røde linje, hvor meget og på hvilke tidspunkter sygeplejerskerne assisterende vagtlægerne. Sygeplejerskernes ydede flest assisterende behandleropgaver ved et højt patientantal i lægevagten.

**Figur 3.** Alle patientkontakter på hverdage (mandag til torsdag) fordelt på tidsrum og procentvis gennemsnit af patientkontakter, hvor sygeplejerskerne udførte assisterende behandleropgaver.



I weekenderne var der et generelt højt patientantal i dag- og aftentimerne (kl. 10 – 20) i lægevagtkonsultationerne (Figur 4). Den røde linje illustrerer, hvor meget sygeplejerskerne assisterede vagtlægerne. Det ses, at sygeplejerskerne udførte flest assisterende behandleropgaver, når der var mange patienter i lægevagtskonsultationerne (dvs. ca. 20 – 30 % af alle kontakter).

**Figur 4.** Antal patientkontakter i weekender (fredag-søndag) fordelt på tidsrum og procentvist gennemsnit af patientkontakter, hvor sygeplejerskerne udførte assisterende behandleropgaver.



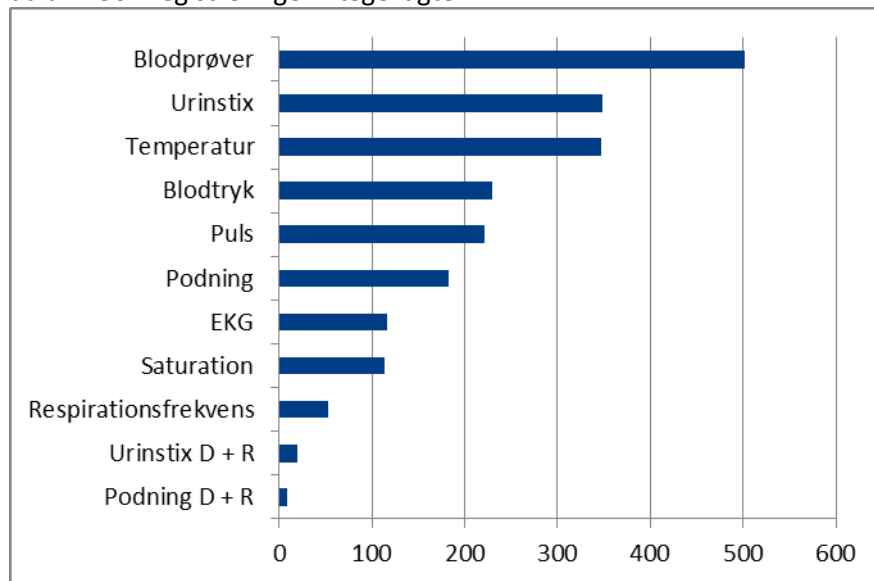
### Sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagten

De følgende resultater er opdelt på de tre hovedemner i skema 1, disse er ”undersøgelser og prøver”, ”skadebehandling” og ”information, observation og koordinering”.

#### Undersøgelser og prøver

Samlet set var de tre hyppigste typer af undersøgelser og prøver, som sygeplejerskerne udførte: at måle blodprøver (n = 502), at udføre urinundersøgelser ved urinstix (n = 350) og at måle temperatur (n = 350)(Figur 5).

**Figur 5.** Antal undersøgelser og prøver i alt (både assisterende og selvstændige behandleropgaver) ud af 2.502 registreringer i lægevagten.



D + R = dyrkning og resistensbestemmelse

Sygeplejerskerne registrerede i alt 2.080 undersøgelser og prøver som *assisterende* behandleropgaver (Tabel 3). I lægevagten ved akutafdelingerne udførte sygeplejerskerne undersøgelser og prøver i 91,2 % af alle kontakter, mens de gjorde det i 100,6 % af kontakter i lægevagten ved akutklinikker. Det sidste tal indikerer, at samme patient kan få flere forskellige typer af undersøgelser og prøver. I den østlige del af regionen var andelen 92,9 % og i den vestlige del 96,9 %. Fordelingen af de *selvstændige* behandleropgaver er vedlagt som Bilag 4 og beskrives ikke nærmere i dette afsnit pga. et lavt antal observationer.

**Tabel 3.** Undersøgelser og prøver udført som *assisterende* behandleropgaver af sygeplejersker i lægevagten, fordelt på type af afdeling og geografisk placering.

	Undersøgelser og prøver i alt N	Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
		Akutfdelinger N = 1468 n (%)	Akutklinikker N = 736 n (%)	Øst N = 1442 n (%)	Vest N = 762 n (%)
<b>I alt</b>	2.080	1.339 (91,2)	741 (100,6)	1.341 (92,9)	739 (96,9)
Blodprøver	486	323 (22,0)	163 (22,1)	383 (26,6)	103 (13,5)*
Urinstix	355	251 (17,1)	104 (14,1)	266 (18,4)	89 (11,7)*
Temperatur	337	191 (13,0)	146 (19,8)*	83 (5,8)	254 (33,3)*
Blodtryk	214	133 (9,1)	81 (11,0)	128 (8,9)	86 (11,3)
Puls	211	134 (9,1)	77 (10,5)	127 (8,8)	84 (11,0)
Podning	176	106 (7,2)	70 (9,5)	112 (7,8)	64 (8,4)
EKG	113	74 (5,0)	39 (5,3)	94 (6,5)	19 (2,5)*
Saturation	109	73 (5,0)	36 (4,9)	97 (6,7)	12 (1,6)*
Respirationsfrekvens	51	40 (2,7)	11 (1,5)*	43 (3,0)	8 (1,0)*
Urinstix D + R	19	8 (0,5)	11 (1,5)	6 (0,4)	13 (1,7)
Podning D + R	9	6 (0,4)	3 (0,4)	2 (0,1)	7 (0,9)

D + R = dyrkning og resistensbestemmelse

\*Statistisk signifikant forskel,  $p < 0,05$

### Blodprøver

Som vist i Figur 5 udgør blodprøver en stor andel af sygeplejerskernes arbejdsopgaver. Blodprøver, der udføres i lægevagten, er c-reaktivt protein (CRP), blodprocent (hæmoglobin) og blodglukose. I undersøgelsesperioden blev der foretaget i alt 698 blodprøver (Tabel 4). Heraf blev 66,6 % udført af sygeplejersker som en assisterende behandleropgave. Blodprøver blev oftest foretaget for at bestemme niveauet af CRP og hæmoglobin, og det var de typer af prøver, som sygeplejerskerne udførte oftest.

**Tabel 4.** Blodprøvemålinger i lægevagten fordelt på *assisterende* behandleropgaver, type af afdeling og øst-vest-fordeling.

	Antal blodprøver i alt*	Assisterende behandleropgaver	Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
			Akutfdelinger	Akutklinikker	Øst	Vest
<b>Alle</b>	N = 6.660 n (%)	N = 2.080 n (%)	N = 1.468 n (%)	N = 736 n (%)	N = 1.442 n (%)	N = 762 n (%)
CRP og hæmoglobin <sup>a</sup>	669 (10,0)	444 (21,3)	294 (20,0)	149 (20,2)	351 (24,3)	93 (12,2)
Blodglukose	29 (0,4)	21 (1,0)	14 (1,0)	7 (1,0)	16 (1,1)	5 (0,7)

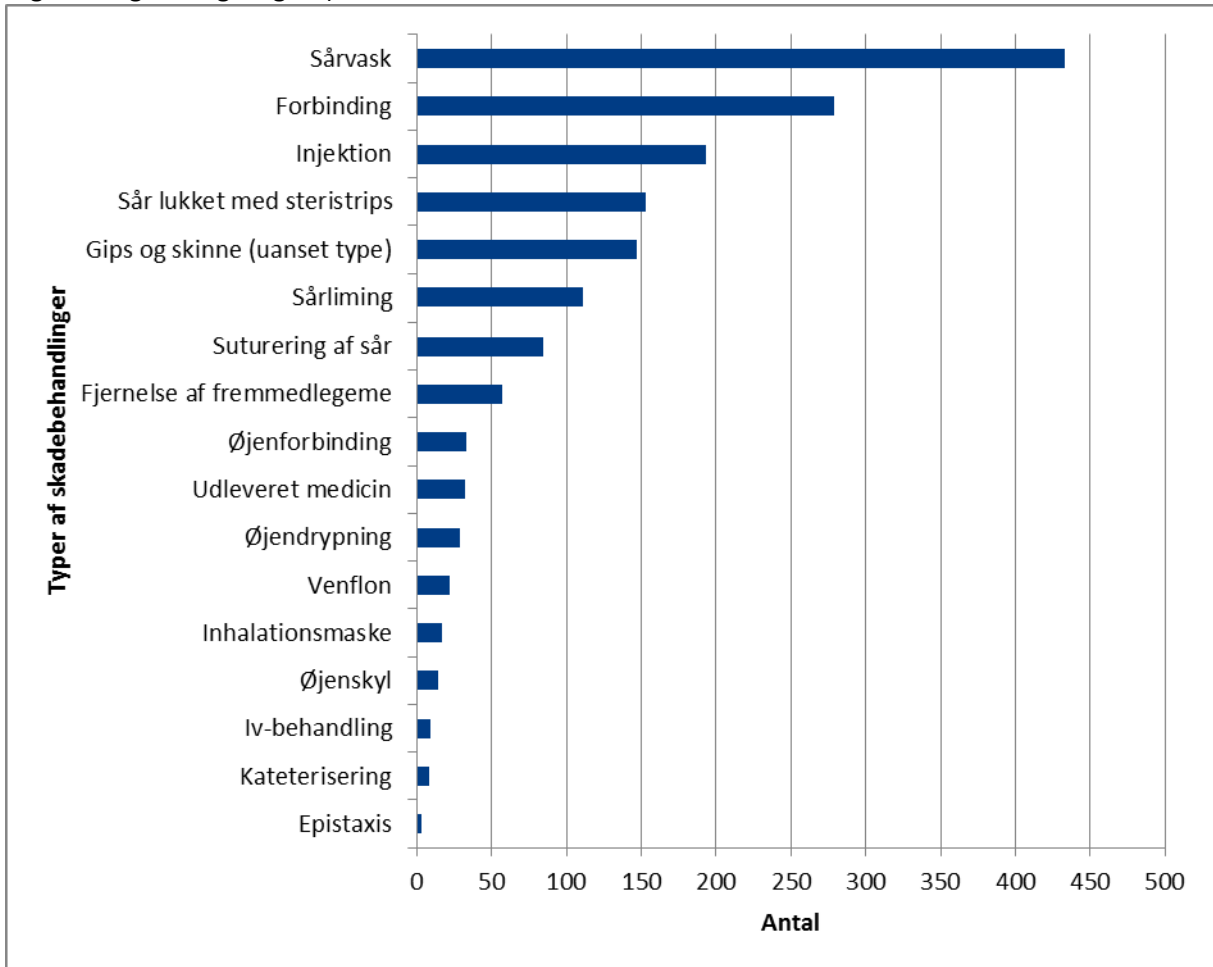
<sup>a</sup>I dataindsamlingsperioden: ydelsesnummer 7120 (CRP) n= 628, ydelsesnummer 7108 (hæmoglobin) n =41

\*Oplysninger fra regionens database

### Skadebehandling

I alt registrerede sygeplejerskerne 1.624 skadebehandlinger i undersøgelsesperioden. Deraf var de hyppigste at behandle sår (sårvaske: n = 433, forbinding: n = 279), at give injektioner (n = 193) og at påføre gips eller skinner (n = 147) (Figur 6).

**Figur 6.** Skadebehandling i alt (både assisterende og selvstændige behandleropgaver) ud af 2.502 registreringer i lægevagten).



I lægevagten ved akutafdelinger havde sygeplejerskerne udført 49,8 % *assisterende* behandleropgaver, mens andelen var 67,8 % i lægevagten ved akutklinikker (Tabel 5). Andelen i øst og vest var næsten ens (øst: 55,5 %, vest: 56,3 %).

**Tabel 5.** Skadebehandlinger udført som *assisterende* behandleropgaver af sygeplejersker i lægevagten, fordelt på type af afdeling og geografisk placering.

	Behandlinger i alt N	Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
		Akutafdelinge r N = 1.468 n (%)	Akutklinikker N = 736 n (%)	Øst N = 1.442 n (%)	Vest N = 762 n (%)
<b>I alt</b>	1.230	731 (49,8)	499 (67,8)*	801 (55,5)	429 (56,3)
Sårvaske	323	208 (14,2)	115 (15,6)	227 (15,7)	96 (12,6)*
Forbinding	220	131 (8,9)	89 (12,1)*	138 (9,6)	82 (10,8)
Injektion	158	107 (7,3)	51 (6,9)	119 (8,3)	39 (5,1)*
Sår lukket m. steristrips	98	59 (4,0)	39 (5,3)	69 (4,8)	29 (3,8)
Gips eller skinne	106	50 (3,4)	56 (7,6)*	58 (4,0)	48 (6,3)*
Sårlimning	80	62 (4,2)	18 (2,4)*	59 (4,1)	21 (2,8)
Suturering	46	22 (1,5)	24 (3,3)*	27 (1,9)	19 (2,5)
Fjerne fremmedlegeme	40	16 (1,1)	24 (3,3)	22 (1,5)	18 (2,4)
Øjenforbinding	32	19 (1,3)	12 (1,6)	10 (0,7)	21 (2,8)
Udlevering af medicin	29	11 (0,7)	18 (2,4)	12 (0,8)	17 (2,2)
Øjendrypning	27	10 (0,7)	17 (2,3)	7 (0,5)	20 (2,6)
Venflon	21	9 (0,6)	12 (1,6)	18 (1,2)	3 (0,4)
Inhalationsmaske	17	11 (0,7)	6 (0,8)	16 (1,1)	1 (0,1)
Øjensskyl	14	9 (0,6)	5 (0,7)	5 (0,3)	9 (1,2)
IV-behandling	9	3 (0,2)	6 (0,8)	7 (0,5)	2 (0,3)
Kateterisering	8	4 (0,3)	4 (0,5)	6 (0,4)	2 (0,3)
Epistaxis	3	-	3 (0,4)	1 (0,1)	2 (0,3)

Andelen af skadebehandling udført som *selvstændige* behandleropgaver var højest for lægevagten ved akutklinikkerne (akutklinikker: 84,8 %, akutafdelinger: 15,2 %) og i den østlige del af regionen (øst: 61,9 %, vest: 38,1 %) (Tabel 6).

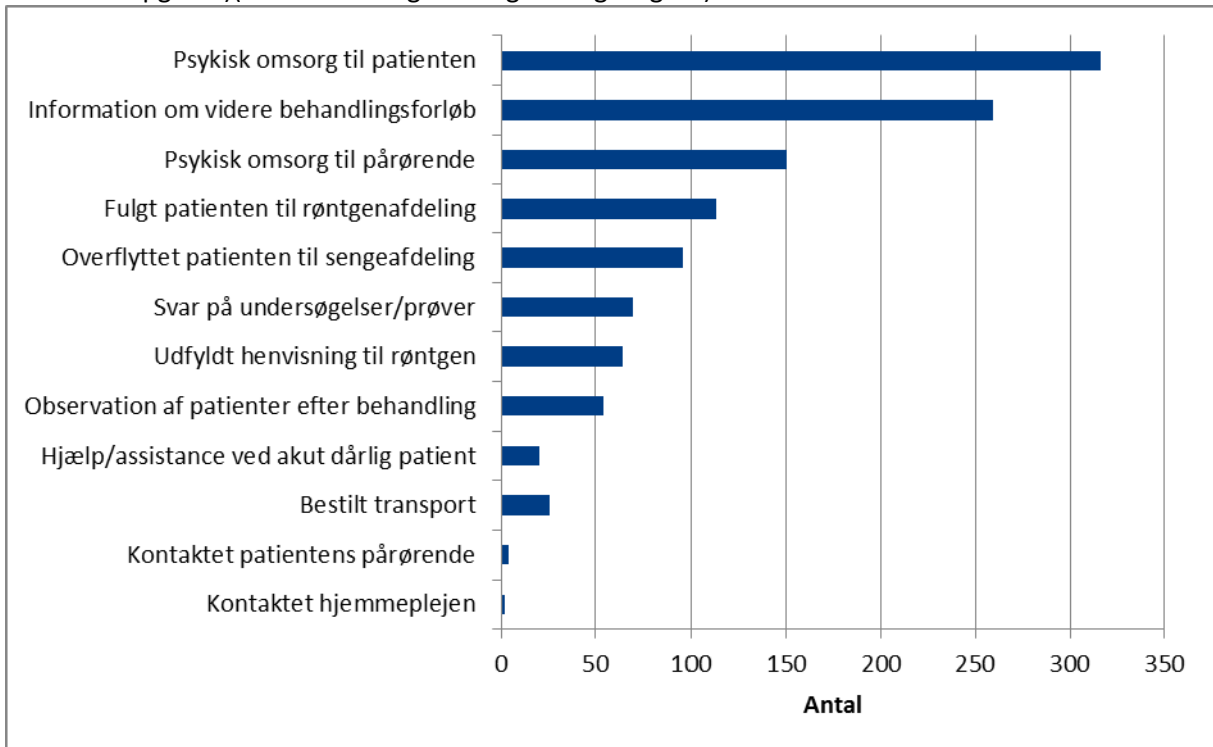
**Tabel 6.** Skadebehandlinger udført som *selvstændige* behandleropgaver af sygeplejersker i lægevagten, fordelt på type af afdeling og geografisk placering.

	Behandlinger	Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
	i alt N	Akutafdelinge r N = 1.468 n (%)	Akutklinikker N = 736 n (%)	Øst N = 1.442 n (%)	Vest N = 762 n (%)
<b>I alt</b>	394	60 (15,2)	334 (84,8)*	244 (61,9)	150 (38,1)
Sårvask	110	19 (1,3)	91 (12,4)*	69 (4,8)	41 (5,4)
Forbinding	59	6 (0,4)	53 (7,2)	30 (2,1)	29 (3,8)*
Injektion	35	5 (0,3)	30 (4,1)	24 (1,7)	11 (1,4)
Gips eller skinne	41	4 (0,3)	37 (5,0)	31 (2,1)	10 (1,3)
Sår lukket m. steristrips	55	12 (0,8)	43 (5,8)	36 (2,5)	19 (2,5)
Sårlimning	31	3 (0,2)	28 (3,8)	16 (1,1)	15 (2,0)
Suturering	38	4 (0,3)	34 (4,6)	24 (1,7)	14 (1,8)
Fjerne fremmedlegeme	17	5 (0,3)	12 (1,6)	10 (0,7)	7 (0,9)
Øjenforbinding	2	-	2 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)
Udlevering af medicin	3	2 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,3)
Øjendrypning	2	-	2 (0,2)	1 (0,1)	1 (0,1)
Venflon	1	-	1 (0,1)	1 (0,1)	-
Inhalationsmaske	-	-	-	-	-
Øjenskyl	-	-	-	-	-
IV-behandling	-	-	-	-	-
Kateterisering	-	-	-	-	-
Epistaxis	-	-	-	-	-

### Information, observation og koordination

De tre hyppigste sygeplejeopgaver inden for "information, observation og koordination" var at give psykisk omsorg til patient (n = 310) og pårørende (n = 148) samt information om det videre behandlingsforløb (n = 214)(Figur 7).

**Figur 7.** Information, observation og koordination i alt (både assisterende og selvstændige behandleropgaver)(ud af 2.502 registreringer i lægevagten).





Sygeplejerskerne registrerede 1.045 *assisterende* behandleropgaver inden for emnet "information, observation og koordination". Andelen var 69,3 % i lægevagten ved akutafdelinger og 30,7 % i lægevagten ved akutklinikker (Tabel 7). Endvidere var andelen større i den vestlige del end i den østlige del (vest: 58,4 %, øst: 41,6 %). Oplysninger om information, observation og koordination for *selvstændige* behandleropgaver findes i Bilag 5.

**Tabel 7.** Information, observation og koordination udført som *assisterende* behandleropgaver af sygeplejersker i lægevagten, fordelt på type af afdeling og geografisk placering.

	Behandlinger i alt N	Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
		Akutafdelinge r N = 1468 n (%)	Akutklinikker N = 736 n (%)	Øst N = 1442 n (%)	Vest N = 762 n (%)
<b>I alt</b>	1.045	724 (69,3)	321 (30,7)*	435 (41,6)	610 (58,4)*
Psykisk omsorg til patienten	310	288 (19,6)	22 (3,0)*	50 (3,5)	260 (34,1)*
Inf. videre behandlingsforløb	214	97 (6,6)	117 (15,9)*	113 (7,8)	101 (13,3)*
Psykisk omsorg til pårørende	148	135 (9,2)	13 (1,8)*	28 (1,9)	120 (15,7)*
Fulgt pt. til røntgenafdeling	96	31 (19,7)	65 (8,8)*	54 (3,7)	42 (5,5)
Overflyttet pt. til sengeafd.	90	53 (3,6)	37 (4,0)	61 (4,2)	29 (3,8)
Svar på undersøgelser/prøver	56	37 (2,5)	19 (2,6)	45 (3,1)	11 (1,4)
Udfyldt henvisning til røntgen	30	14 (1,0)	16 (2,2)	16 (1,1)	14 (1,8)
Obs. af pt. efter behandling	52	39 (2,7)	13 (1,8)	36 (2,5)	16 (2,1)
Hjælp ved akut dårlig pt.	20	12 (0,8)	8 (1,1)	13 (0,9)	7 (0,9)
Bestille transport	23	12 (0,8)	11 (1,5)	15 (1,0)	8 (1,0)
Kontakte pårørende til pt.	4	4 (0,3)	-	2 (0,1)	2 (0,3)
Kontakte hjemmeplejen	2	2 (0,1)	-	2 (0,1)	-

### Omvisitering af patienter fra lægevagt til sygehus

#### Patientkarakteristik

I løbet af to uger havde sygeplejerskerne omvisiteret 2,2 % (n = 160) af alle patienthenvendelser fra lægevagtkonsultationen til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker uden involvering af vagtlægerne (dvs. 160 ud af 7.118: nævner udgør 6.660 i alt + 160, der blev omvisiteret + 298, som sygeplejerskerne selv behandlede)(Tabel 8). Patienter, som blev omvisiteret, var oftest mænd (56,2 % mænd, 42,6 % kvinder) og personer under 18 år (43,7 %) (Tabel 8). Omvisiteringerne fandt oftere sted i lægevagten ved akutafdelingerne (70,0 %) end i lægevagten ved akutklinikkerne (30,0 %) fandt også oftere sted i den østlige del (98,1 %) af regionen end i den vestlige del (1,9 %).

**Tabel 8.** Køn og alder på omvisiterede patienter, fordelt på type af afdeling og geografisk placering.

		Akutafdelinger	Akutklinikker	Øst	Vest
		N = 112 n (%)	N = 48 n (%)	N = 157 n (%)	N = 3 n (%)
<b>Køn</b>					
Mænd	90 (56,2)	60 (66,7)	30 (33,3)	89 (98,9)	1 (1,1)
Kvinder	68 (42,6)	50 (73,5)	18 (26,5)	66 (97,1)	2 (2,9)
Manglende oplysninger	2 (1,2)	2 (100,0)	0 (-)	2 (100,0)	0

Alder i år					
<18	70 (43,8)	49 (70,0)	21 (30,0)	69 (98,6)	1 (1,4)
18 - 30	23 (14,4)	17 (73,9)	6 (26,1)	22 (95,7)	1 (4,3)
31 - 50	35 (21,9)	24 (68,6)	11 (31,4)	34 (97,1)	1 (2,9)
51 - 70	21 (13,1)	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100,0)	0 (-)
70 +	11 (6,9)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100,0)	0 (-)

Den hyppigste årsag til omvisitering fra lægevagtens venteområde til sygehusregi var ”skadens omfang” (76,3 %)(Tabel 9). Der blev indhentet diagnosekoder (ICD-10) for alle patienter, der blev overflyttet til skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker (manglende oplysninger for to patienter). Det viste sig, at de hyppigste diagnoser var: læsioner, åbne sår, frakturer, hjernerystelser, distorsioner, kontusioner, luksationer og andengradsforbrænding (data ikke vist).

**Tabel 9.** Årsag til patientoverflytning.

Skadens omfang	122 (76,3)
Spidsbelastning i lægevagten	19 (11,9)
Patientens fysiske tilstand var ustabil	12 (7,5)
Andet	7 (4,4)

## Diskussion

### Hovedresultater

Denne undersøgelse viser, at sygeplejerskerne assisterede vagtlægerne i 33,0 % af alle patient-kontakter til lægevagtskonsultationerne i Region Midtjylland. De assisterende behandleropgaver fyldte meget for lægevagtskonsultationer ved både akutafdelinger og akutklinikker. Endvidere udførte sygeplejerskerne oftest assisterende opgaver, når der var mange patienter i lægevagtskonsultationerne både på hverdage og i weekenderne. I øst blev der udført næsten dobbelt så mange selvstændige opgaver ved akutafdelingerne som i vest, men samlet udgjorde selvstændige behandleropgaver kun en lille del af sygeplejerskernes arbejde i lægevagten.

Sygeplejerskernes arbejde bestod oftest i at tage blodprøver (CPR, blodprocent og blodsukker), foretage urinundersøgelser ved stix, måle temperatur, udføre sårbehandling, give injektioner, yde psykisk omsorg til patienter og pårørende samt informere om det videre behandlingsforløb.

I alt blev 2,2 % af alle patienter i lægevagtskonsultationerne omvisiteret til sygehusregi. Skadens omfang var sygeplejerskernes primære grund for at omvisitere patienterne. Det var oftest yngre personer og mænd, som blev omvisiteret. På baggrund af diagnosekoder fra skadestuerne fandt vi, at omvisiterede patienter oftest havde læsioner, åbne sår, frakturer, hjernerystelser, distorsioner, kontusioner, luksationer og andengradsforbrænding.

### Fortolkning af resultater

#### *Type af behandleropgaver*

Det tyder på, at sygeplejerskerne er kommet godt i gang med arbejdet i lægevagtskonsultationerne. De assisterer vagtlægerne i 33,0 % af alle patienter i konsultationerne, særligt når der er mange patienter. Efter akutaftalen er antallet af lægevagtskonsultationer steget med 11,7 %, hvilket formentlig kan tilskrives skader (data fra Region Midtjylland).

Selvstændige behandleropgaver udgør kun en lille andel af sygeplejerskernes arbejde i lægevagten, og det gælder både i lægevagten ved akutafdelinger og akutklinikker. Spørgsmålet er, om andelen kunne være højere. Det er ikke tydeligt, om sygeplejerskernes faglige kompetencer anvendes optimalt i lægevagten. Halvfjerds procent af sygeplejerskerne i undersøgelsen var behandlersygeplejersker, som er uddannet til selvstændigt at undersøge, diagnosticere, behandle og dokumentere lægeudpegede patientgrupper ud fra beskrevne instrukser (e-dok.rm.dk). På nuværende tidspunkt har behandlersygeplejerskerne på skadestuerne klare instrukser for, hvilke patientgrupper de selvstændigt kan behandle (e-dok.rm.dk). Lignende instrukser findes kun for behandlersygeplejerskernes arbejde i lægevagten ved akutklinikkerne (5), hvorimod der ikke er tilsvarende instrukser ved akutafdelingerne.

Undersøgelsen viser, at sygeplejerskerne overvejende bruger tiden på assisterende opgaver og ikke på selvstændige behandleropgaver. Sygeplejerskerne bidrager i den forbindelse med en lang række forskellige opgaver i lægevagten. Ud over de mere traditionelle sygeplejerskeopgaver står de i stor udstrækning for at udføre de nye tests og undersøgelser, der er blevet mulige at gennemføre i lægevagten efter indførelsen af akutaftalen. Det betyder, at de nye muligheder ikke har medført en meget mærkbar øgning af tidsforbruget blandt vagtlægerne, da det ville kræve flere læger i konsultationerne. Omvendt er lægerne erfarne i behandlingen af patienterne, og de kan færdiggøre behandlinger hurtigt. At sygeplejerskerne assisterer mere end de behandler selvstændigt kan derfor være udtryk for en rationel anvendelse af deres tid, hvilket er med til at sikre et højt patientflow. Hertil kommer, at vagtlægerne har det overordnede ansvar for konsultationerne – også for aktiviteter udført af sygeplejerskerne. Derfor er det naturligt, at lægerne er involveret i langt de fleste forløb i konsultationerne, og at sygeplejerskerne derfor langt hyppigst vil have assisterende opgaver. Endelig giver honoreringsstrukturen et incitament til, at lægerne selv udfører behandlingerne.

#### *Omvisitering af patienter fra lægevagten til sygehusregi*

Den enstrengede indgang til sundhedsvæsenet betyder, at alle patienter nu skal telefonvisiteres af vagtlægerne til akut behandling (bortset fra alarm 1-1-2) uden for dagtid. Ud af de telefonvisiterede patienter til lægevagtkonsultation blev 2,2 % omvisiteret af sygeplejerskerne til behandling i sygehusregi – særligt i øst. Den primære årsag til omvisitering var omfanget af skade – og særligt yngre personer og mænd blev omvisiteret. Andre undersøgelser underbygger, at det oftest er yngre personer og mænd, som behandles på skadestuerne (6-7). Det er imidlertid uvist, om alle omvisiteringer var relevante, da beslutningen tages på baggrund af en subjektiv vurdering af sygeplejerskerne. Det er usikkert, om den påkrævede behandling lå uden for vagtlægernes kompetenceområder, eller om sygeplejerskerne generelt mangler indsigt i, hvilke opgaver vagtlægerne kan honorere i konsultationerne. Endvidere kan en del af sygeplejerskernes omvisiteringer være en følge af ikke-optimal visitation i første omgang, eller patienternes tilstand kan have ændret sig undervejs i forløbet i lægevagtkonsultationerne.

#### **Metodediskussion**

Undersøgelsens styrke er, at alle lokaliteter med lægevagtkonsultationer i Region Midtjylland deltog. Registrering af patienternes CPR-numre gjorde det muligt at kombinere skemaerne og supplere med oplysninger fra regionens databaser. Undersøgelsen indeholder væsentligt flere registreringer for lægevagten i den østlige del af regionen end i den vestlige del. Det skyldes forskel i befolkningstæthed. Derfor forekommer det også naturligt, at størstedelen (76 %) af sygeplejerskerne arbejdede i konsultationer i den østlige del af regionen.

Flere sygeplejersker svarede, at de havde haft travlt i vagten, og at de derfor ikke nåede at udfylde et skema for alle patienter. Hvis deres aktiviteter var anderledes, når de havde travlt, vil det have påvirket vores resultater, men det har vi vanskeligt ved at afgøre. Sandsynligvis har det under-

estimeret antallet af udførte opgaver. Derudover fandt vi flere fejlregistreringer i skema 1, som skulle omkodes for at øge undersøgelsens validitet.

Endvidere kunne der være en vis usikkerhed i definitionen af "selvstændig" behandling, hvilket kan have givet "bias" i registreringen af disse. I princippet vil en patientkontakt, hvor sygeplejersken helt selvstændigt står for håndteringen, automatisk blive omvisiteret til sygehusregi, da vagtlægen ikke registrerer hverken et notat eller en regning. Sygeplejersker i akutklinikker skal altid konferere med en vagtlæge, før en patient kan afsluttes. Her kan sygeplejerskerne i visse tilfælde godt have opfattet deres håndtering af patienten som "selvstændig", men vagtlægen vil som en del af akutaftalen også registrere denne kontakt med både et notat og en afregning.

I undersøgelsen fokuserer vi på antallet og typen af sygeplejerskernes arbejdsområder i lægevagt-konsultationerne. Vort fokus har således ikke været på grundlæggende sygeplejehandlinger, som ydes til alle patienter i lægevagten.

## Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsen, kan følgende punkter foreslås til nærmere afklaring:

- 1) Om sygeplejerskerne kan og bør involveres mere i patientbehandlingerne i lægevagten.
- 2) Om sygeplejerskerne kan og bør udføre flere selvstændige behandlingsopgaver og – i så fald – hvordan det kan organiseres.
- 3) Om der er behov for yderligere instrukser eller retningslinjer for samarbejdet mellem sygeplejerskerne og vagtlægerne omhandlende forventede arbejdsopgaver.

## Konklusion

Sygeplejerskerne er kommet godt i gang i lægevagtkonsultationerne i Region Midtjylland, og de er involveret i en tredjedel af alle patientkontakter. Deres funktioner består oftest i at assistere vagtlægerne med arbejdsopgaver som blodprøvemåling, urinundersøgelse, temperaturmåling, sårbehandling og injektioner. Derudover yder de ofte psykisk omsorg til patienter og pårørende og informerer om det videre behandlingsforløb. De står således i stor udstrækning for at lave de nye typer af test og undersøgelser, som er blevet mulige i konsultationerne i lægevagten efter implementeringen af akutaftalen.

Selvom meget tyder på, at sygeplejerskerne ofte involveres i patientbehandlingerne, kan det ikke af denne undersøgelse udledes, om deres nuværende deltagelse er tilstrækkelig, eller om der ville være en gevinst ved en større involvering af sygeplejersker ved konsultationerne i lægevagten.

Sygeplejerskerne omvisiterer kun 2,2 % fra lægevagten til sygehusregi - oftest på grund af skadens omfang. Det betyder, at visitationen af skader via vagtlægerne i visitationen ser ud til at fungere godt i langt de fleste tilfælde.

## Litteraturliste

1. Akutsamarbejde, udvidet samarbejde på akutområdet mellem praktiserende læger, lægevagt, akutklinikker og akutafdelinger. August 2012.
2. Samarbejdsaftale mellem Lægevagten og Akutafdeling, Hospitalsenheden Vest. Region Midtjylland. Oktober 2012. Version 2.
3. Samarbejdsaftale mellem Lægevagten og Akutklinikkerne i Silkeborg og Skive. Region Midtjylland. Marts 2012.
4. Samarbejdsaftale mellem Lægevagten, Region Midtjylland og Fælles AKUT afdeling, Aarhus Universitetshospital. Region Midtjylland. December 2012.
5. Flowdiagrammer for behandlersygeplejersker i akutklinikker i Region Midtjylland. Region Midtjylland. Januar 2013.
6. Chmiel C, Huber CA, Rosemann T, et al. Walk-ins seeking treatment at an emergency department or general practitioner out-of-hours service: a cross-sectional comparison. *BMS Health Services Research* 2011. 11:94
7. Giesen P, Franssen E, Mookink H, et al. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23: 731-734.

## Bilag 1 – skema 1

### Skema 1

#### Registreringsskema til undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen

Skemaet anvendes ved hver patientkontakt, hvor I har været involveret – uanset om det er **selvstændig diagnostik/behandling, eller om I har assisteret vagtlægen**. Skemaet anvendes *udelukkende* til registrering af opgaver udført af sygeplejersker i lægevagtkonsultationen.

Patientens cpr-nummer (evt. label):					
Dato og tidspunkt for patientkontakt:					
Dine initialer:					
<b>Type af behandlingsopgave:</b> <input type="checkbox"/> Selvstændig sygeplejebehandling og afslutning af lægevagtpatient - uden involvering eller supervision af vagtlægen (uanset om opgaven blev udført i lægevagtkonsultationen eller skadestue/akutafdeling/akutklinik) <input type="checkbox"/> Behandling hvor jeg assisterede vagtlægen (inkl. klargøring og afslutning af lægevagtpatient) <input type="checkbox"/> Andet (skriv evt. på bagsiden):					
Sæt kryds ved dine arbejdsopgaver i denne patientkontakt. Sæt også kryds hvis arbejdsopgaven var uddelegeret af vagtlægen (Ud*).					
Undersøgelser og prøver	Ud*	Skadebehandling	Ud*	Information, observation og koordination	Ud*
<input type="checkbox"/> Blodsukker <input type="checkbox"/> Blodprøver <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Podning <input type="checkbox"/> Podning sendt til D+R <input type="checkbox"/> TOKS <i>eller</i> <input type="checkbox"/> Blodtryk <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> Saturation <input type="checkbox"/> Respirationsfrekv. <input type="checkbox"/> Temperatur <input type="checkbox"/> Urinstix <input type="checkbox"/> Urin sendt til D+R  <input type="checkbox"/> Andet (skriv): (skriv evt. på bagsiden)		<u>Fjernelse fremmedlegeme i:</u> <input type="checkbox"/> Hud <input type="checkbox"/> Næse <input type="checkbox"/> Øre <input type="checkbox"/> Øje  <u>Sårbehandling:</u> <input type="checkbox"/> Forbinding af sår <input type="checkbox"/> Sårvask/rensning <input type="checkbox"/> Limning af sår <input type="checkbox"/> Lukning med steristrips <input type="checkbox"/> Suturering af sår  <u>Båndagering:</u> <input type="checkbox"/> Don joy <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Mitella <input type="checkbox"/> Støttebind <input type="checkbox"/> Walker  <u>IV-behandling:</u> <input type="checkbox"/> Anlagt venflon <input type="checkbox"/> Opsat IV-behandling  <u>Lunaeterapi:</u> <input type="checkbox"/> Inhalationsmed. på maske  <u>Andet:</u> <input type="checkbox"/> Behandl. næseblødning <input type="checkbox"/> Kateterisation <input type="checkbox"/> Udleveret rp. medicin <input type="checkbox"/> Udført rp. injektion <input type="checkbox"/> Øjenforbinding <input type="checkbox"/> Øjendrypning <input type="checkbox"/> Øjenskylning  <input type="checkbox"/> Andet (skriv): (skriv evt. på bagsiden)		<u>Informeret patienten om:</u> <input type="checkbox"/> Svar undersøgelser/prøver <input type="checkbox"/> Videre behandlingsforløb  <u>Observation:</u> <input type="checkbox"/> Obs. pt. efter behandling <input type="checkbox"/> Assistere ved akut dårlig pt.  <u>Psykisk omsorg til:</u> <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Patientens pårørende  <u>Koordinerende opgaver:</u> <input type="checkbox"/> Bestilt hjemtransport <input type="checkbox"/> Klargjort til lægeundersøgelse <input type="checkbox"/> Kontaktetede pt. pårørende <input type="checkbox"/> Kontaktetede hjemmeplejen <input type="checkbox"/> Overflyt pt. til sengeafdeling <input type="checkbox"/> Fulgt patient til rtg. <input type="checkbox"/> Udfyldt henvisning til rtg.  <input type="checkbox"/> Andet (skriv): (skriv evt. på bagsiden)	

Lægevagten Viborg

**Skema 1**

**Registreringsskema til undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen**

Skemaet anvendes ved hver patientkontakt, hvor I har været involveret – uanset om det er **selvstændig diagnostik/behandling, eller om I har assisteret vagtlægen**. Skemaet anvendes *udelukkende* til registrering af opgaver udført af sygeplejersker i lægevagtkonsultationen.

Kommentarer:



## Bilag 2 – skema 2



### Skema 2

#### Registrering af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen

##### Registrering af ventende lægevagtpatienter, der overflyttes til behandling i skadestuen

I forbindelse med undersøgelsen "Registrering af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen" ønsker vi at kortlægge omfanget af ventende lægevagtpatienter, der overflyttes til behandling i skadestuen samt grunden til overflytningen. Jeres registreringer indgår i evalueringen af akutaftalen i Region Midtjylland; det er derfor vigtigt, at I prioriterer at udfylde skemaet.

For hver ventende lægevagtpatient der overflyttes til behandling i skadestuen, bedes I udfylde ét skema med grunden til overflytningen. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet.

<b>Dato og tidspunkt for overflytning:</b>
<b>Patientens cpr-nummer:</b>
<b>Dine initialer:</b>
<b>I hvilken lægevagtskonsultation har du vagt?</b> <input type="checkbox"/> Grenaa <input type="checkbox"/> Horsens <input type="checkbox"/> Silkeborg <input type="checkbox"/> Aarhus <input type="checkbox"/> Herning <input type="checkbox"/> Randers <input type="checkbox"/> Skive <input type="checkbox"/> Holstebro <input type="checkbox"/> Ringkøbing <input type="checkbox"/> Viborg
<b>Hvorfor blev patienten overflyttet?</b> <input type="checkbox"/> Patientens fysiske tilstand var ustabil <input type="checkbox"/> Pga. spidsbelastning i lægevagten <input type="checkbox"/> Pga. skadens omfang – beskriv:
<b>Kommentarer:</b>

## Bilag 3 – skema



### Deltagelse i undersøgelsen Registrering af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen Engangsregistrering af baggrundsplysninger

#### Kære sygeplejerske i lægevagten

I forbindelse med undersøgelsen "Registrering af sygeplejerskernes arbejdsopgaver i lægevagtkonsultationen" vil vi bede dig udfylde nedenstående med dine baggrundsplysninger. Dine oplysninger behandles fortroligt og afrapporteres anonymt.

#### Hvad er dit køn?

- Kvinde
- Mand

#### Hvad er din alder?

År:

#### Hvad er din profession?

- Sygeplejerske
- Behandlersygeplejerske
- Andet (*skriv*):

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

År:

#### Hvor mange års anciennitet har du som sygeplejerske i skadestuen?

År:

#### Hvor mange års anciennitet har du som behandlersygeplejersker i skadestuen?

År:

#### Hvilke initialer bruger du i lægevagten?

(Du bestemmer selv hvilke initialer, du anvender i undersøgelsesperioden. Det vigtigste er, at du ved registreringen altid bruger de samme initialer på alle skemaer).

Dine initialer er:

## Bilag 4

**Tabel 1.** Selvstændige behandleropgaver – afdelingstype og geografisk placering.

	Behandlinger		Afdelingstype		Øst-vest-fordeling	
	i alt		Akutfdelinger	Akutklinikker	Øst	Vest
	N	N = 1.468	N = 736	N = 1.442	N = 762	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Blodprøver	5	2 (0,1)	3 (0,4)	4 (0,3)	1 (0,1)	
Urinstix	1	-	1 (0,1)	1 (0,1)	-	
Temperatur	2	2 (0,1)	-	1 (0,1)	1 (0,1)	
Blodtryk	4	2 (0,1)	2 (0,3)	3 (0,2)	1 (0,1)	
Puls	2	2 (0,1)	-	1 (0,1)	1 (0,1)	
Podning	3	-	3 (0,4)	3 (0,2)	-	
Saturation	1	1 (0,1)	-	1 (0,1)	-	
EKG	1	-	1 (0,1)	1 (0,1)	-	
Respirationsfrekvens	0	-	-	-	-	
Urin D + R	0	-	-	-	-	
Podning D + R	0	-	-	-	-	

D + R = dyrkning og resistensbestemmelse

## Bilag 5

**Tabel 1.** Information, observation og koordination (selvstændige behandleropgaver), fordelt på afdelingstype og geografisk placering.

	Behandlinger i alt N	Type af afdeling		Øst-vest-fordeling	
		Akutfdelinger	Akutklinikker	Øst	Vest
		N = 1468 n (%)	N = 736 n (%)	N = 1442 n (%)	N = 762 n (%)
<b>I alt</b>	129	62 (4,2)	67 (9,1)	100 (6,9)	29 (3,8)
Psykisk omsorg til patienten	6	3 (0,2)	3 (0,4)	1 (0,1)	5 (0,7)
Inf. videre behandlingsforløb	45	43 (2,9)	2 (0,3)	30 (2,1)	15 (2,0)
Psykisk omsorg til pårørende	2	-	2 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)
Fulgt pt. til røntgenafdeling	17	2 (0,1)	15 (2,0)	14 (1,0)	3 (0,4)
Overflyttet pt. til sengeafd.	6	4 (0,3)	2 (0,3)	6 (0,4)	-
Svar på undersøgelser/prøver	14	-	14 (1,9)	13 (0,9)	1 (0,1)
Udfyldt henvisning til røntgen	34	10 (0,7)	24 (3,3)	30 (2,1)	4 (0,5)
Ob. af pt. efter behandling	2	-	2 (0,3)	2 (0,1)	-
Hjælp ved akut dårlig pt.	0	-	-	-	-
Bestille transport	3	-	3 (0,4)	3 (0,2)	-
Kontakte pårørende til pt.	0	-	-	-	-
Kontakte hjemmeplejen	0	-	-	-	-

# 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 lægevagtens funktion 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 evalueringsundersøgelser, 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 enstregen 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 kommentarboxe 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.

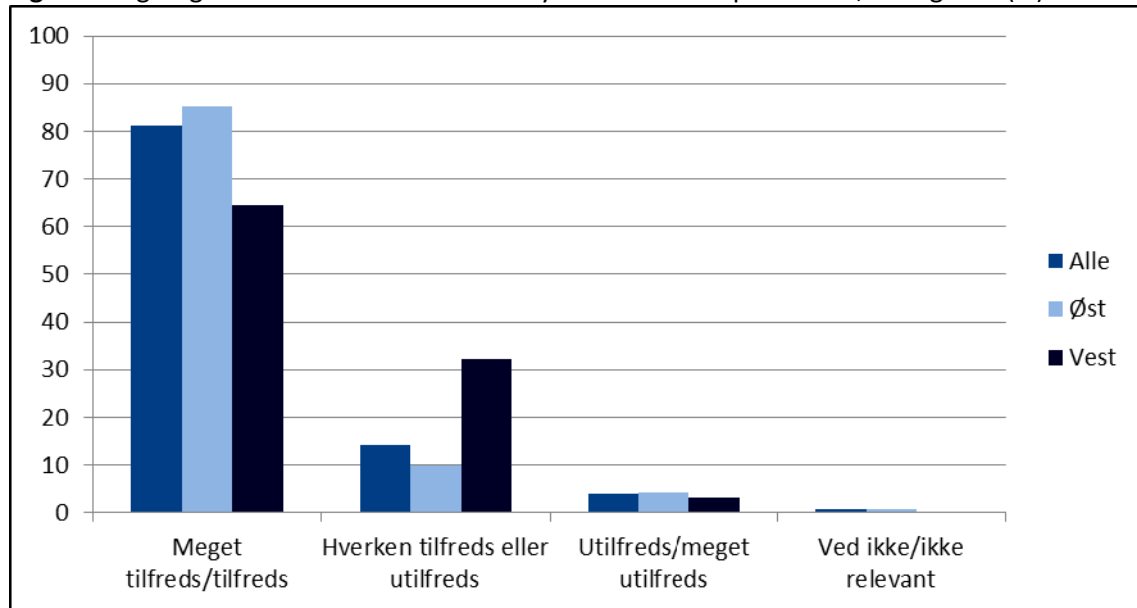
	Alle N = 123	Øst N = 87	Vest N = 36
<b>Køn, n (%)</b>			
Mænd	2 (2)	2 (2)	-
Kvinder	121 (98)	85 (98)	36 (100)
<b>Alder, antal år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	46 (23 - 64)	46 (23 - 64)	48 (30 - 60)
<b>Anciennitet som sygeplejerske, år i gennemsnit (min.-maks.)</b>	20 (0,5 - 41)	20 (0,5 - 41)	22 (6 - 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".

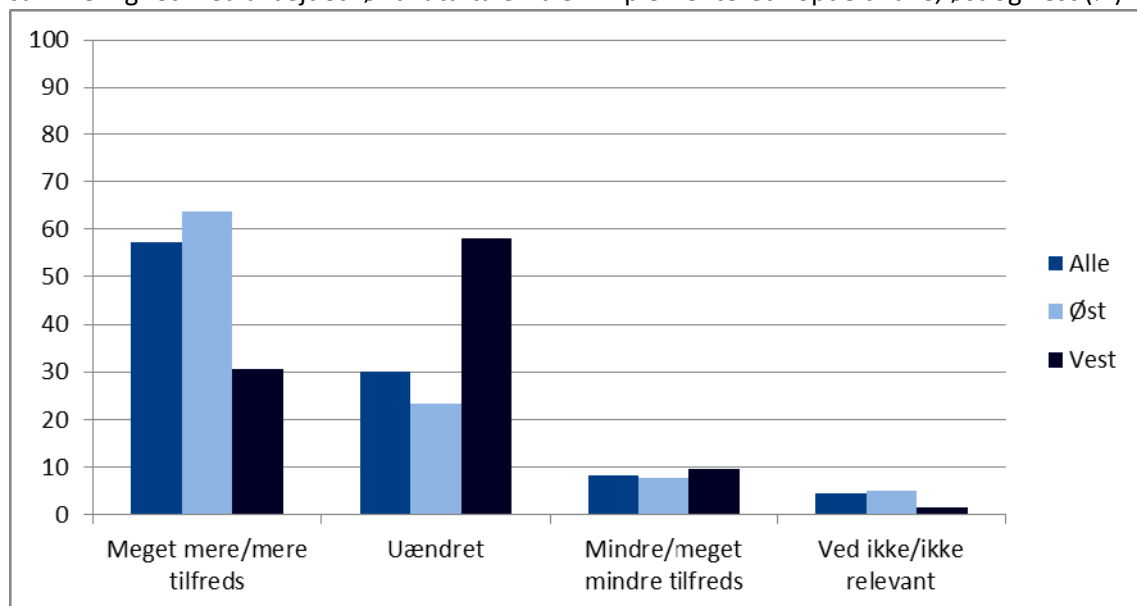
**Figur 1.** Vagtlægenes tilfredshed med den nye akutaftale - opdelt i alle, øst og vest (%).



\*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 (%).



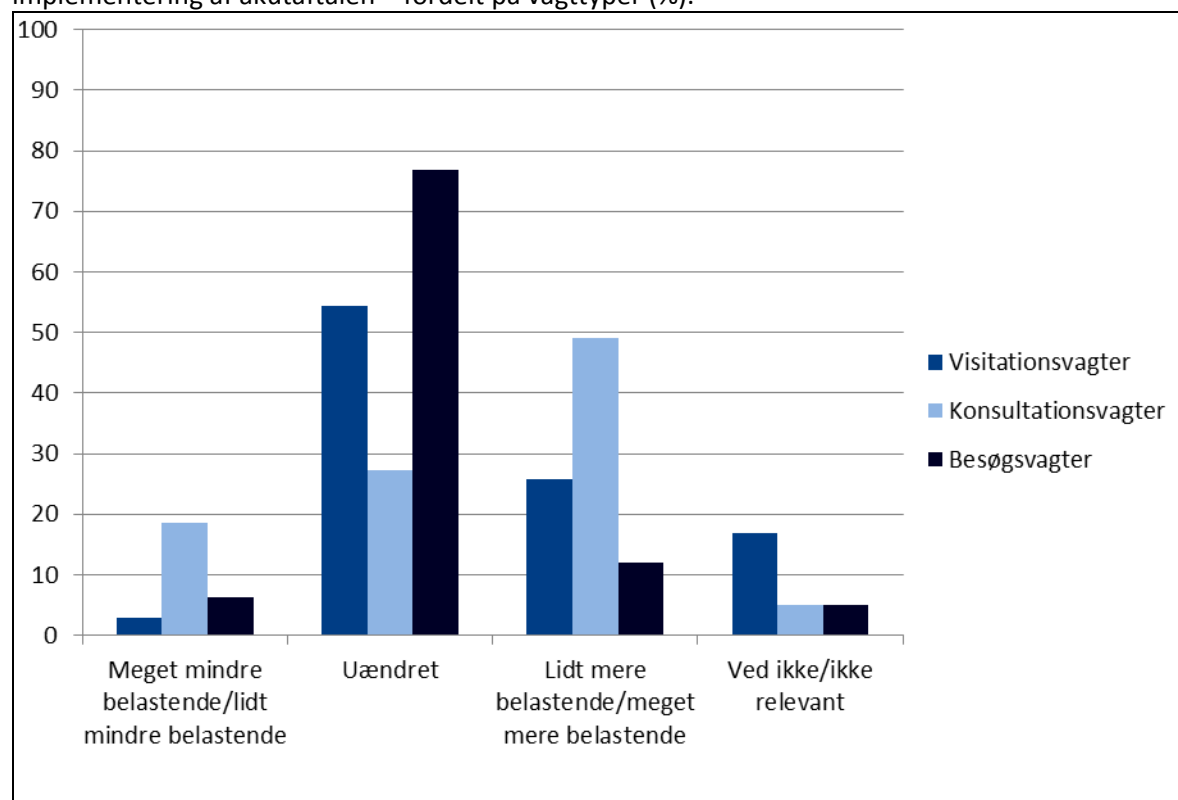
\*Signifikant forskel mellem lægerne fra øst og vest



### 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 %).

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

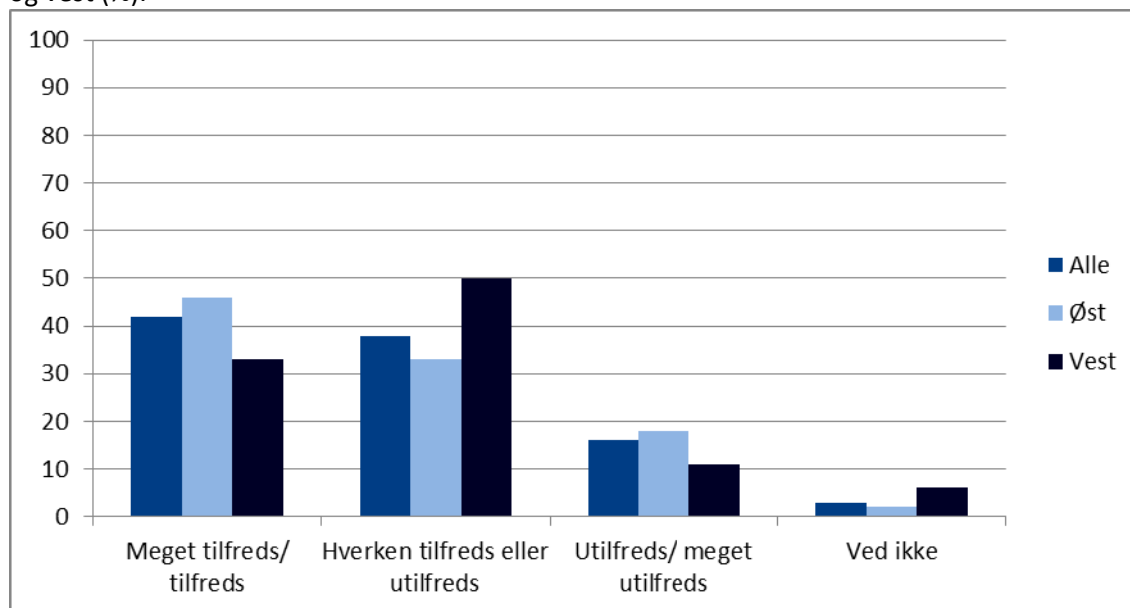
	Øst N = 256				Vest N = 62			
	Meget/ lidt mindre	Uændret	Mere/ meget mere	Ved ikke	Meget/ lidt mindre	Uændret	Mere/ meget mere	Ved ikke
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Visitationsvagter*	6 (2)	138 (54)	78 (30)	34 (13)	3 (5)	35 (56)	4 (6)	20 (32)
Konsultationsvagter*	47 (18)	45 (18)	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

#### General 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).

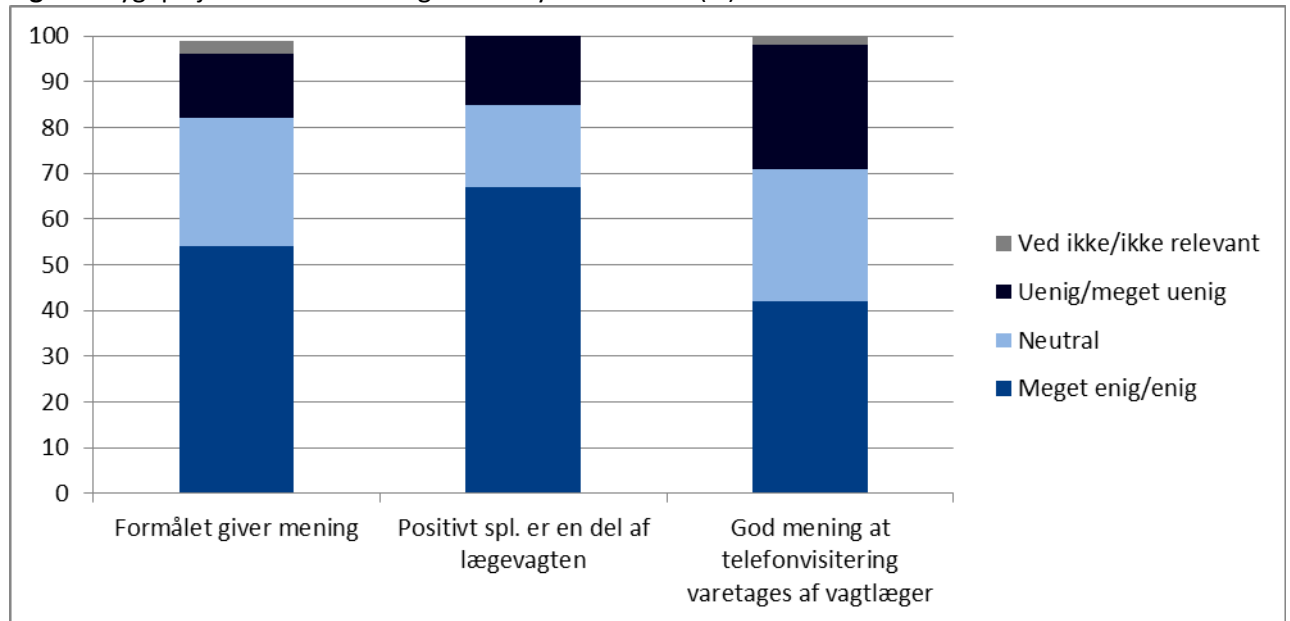
**Figur 4.** Sygeplejerskernes overordnede tilfredshed med hele den nye akutaftale - opdelt i alle, øst og vest (%).



#### 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)

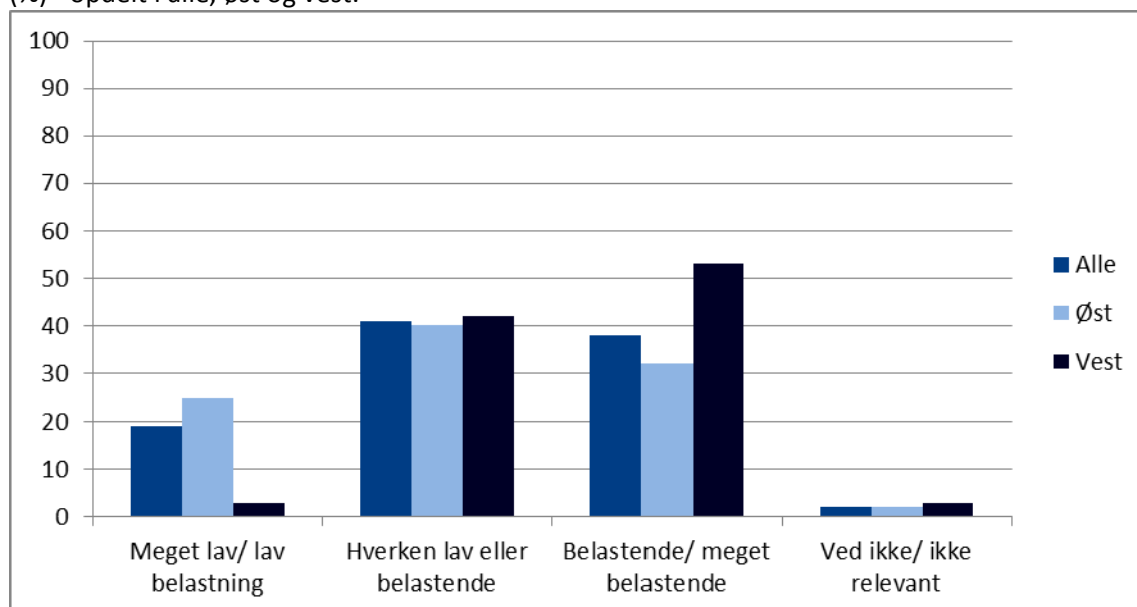
Andelene af svarkategorien "ved ikke/ ikke relevant" varierede mellem 1 % og 6 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen.

\*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 %) ( $p = 0,02$ ).

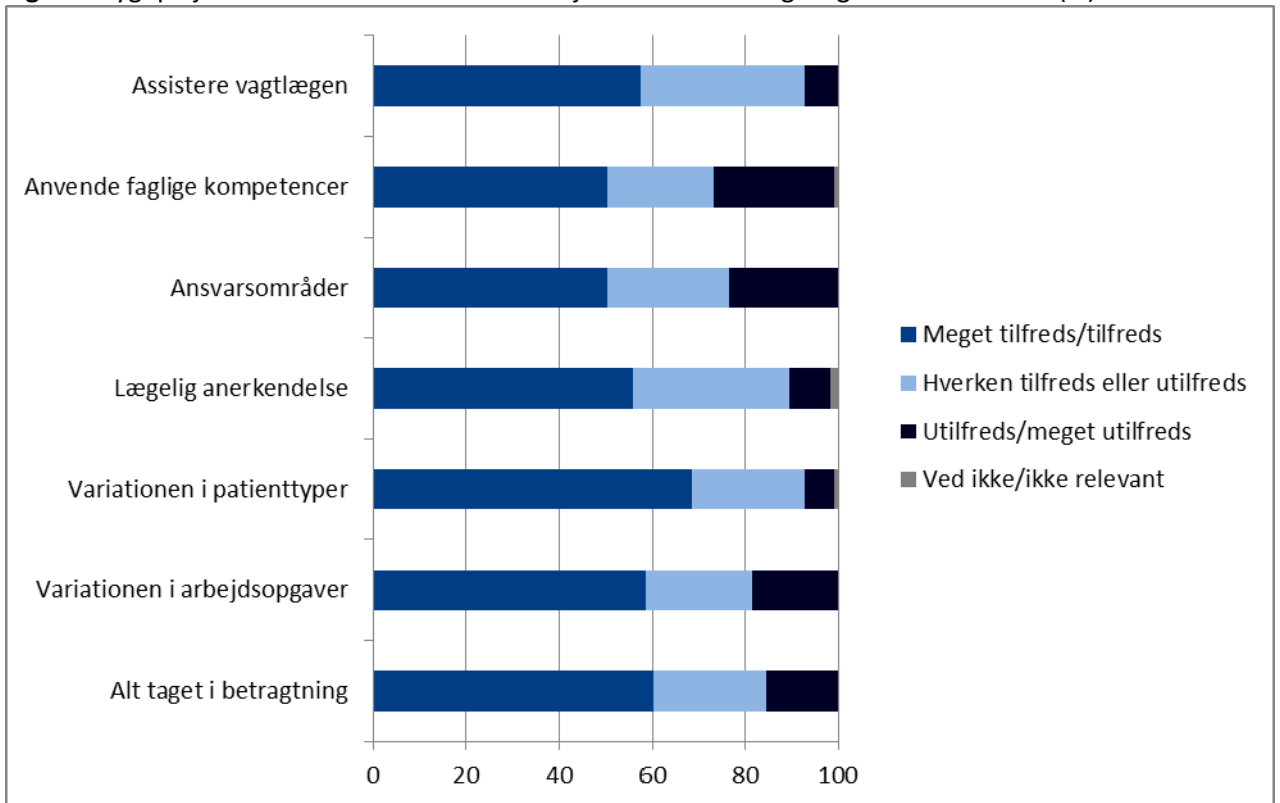
**Figur 6.** Sygeplejerskernes samlede vurdering af arbejdsbelastningen i lægevagtskonsultationen (%) - opdelt i alle, øst og vest.



### 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 arbejds-elementer 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 arbejdslementer 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)	-

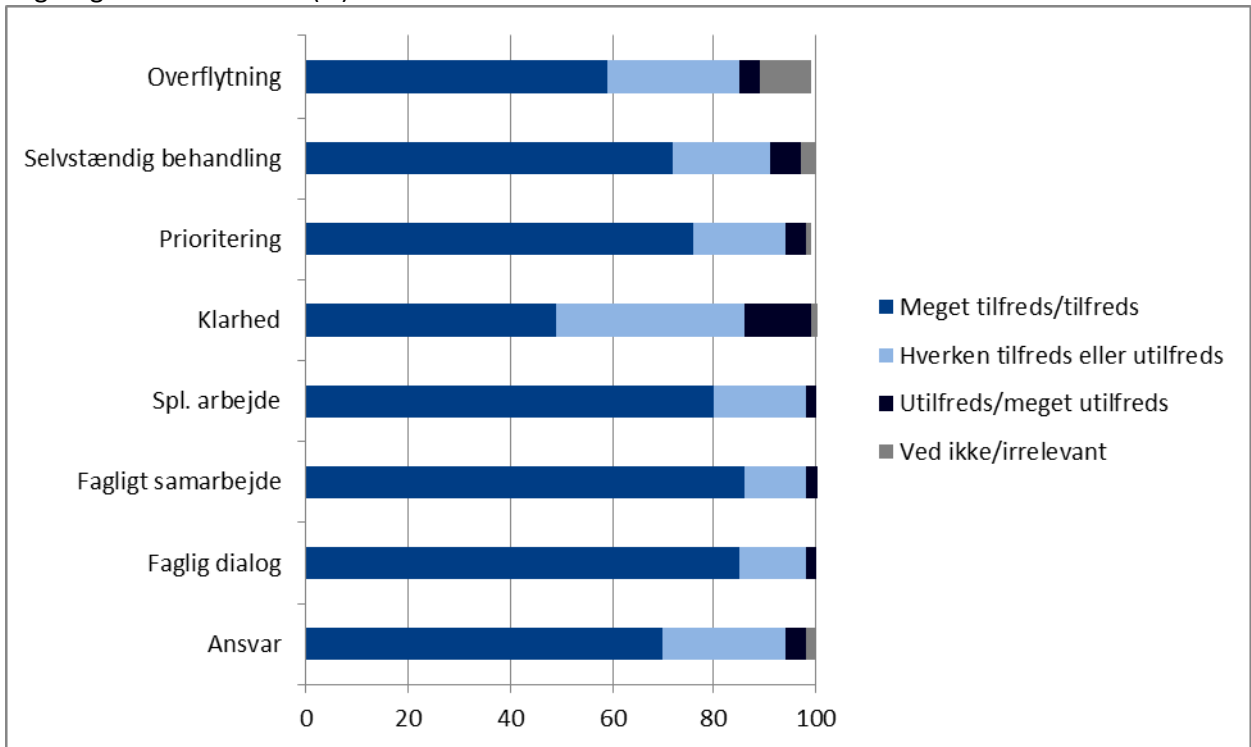
Andelene af svarkategorien "ved ikke/ ikke relevant" varierede mellem 0 % og 3 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen. \*Signifikant forskel mellem sygeplejerskerne fra øst og vest

### 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.** Vagtlægernes tilfredshed med delelementer i samarbejdet med sygeplejersker i lægevagtskonsultationen - opdelt i øst og vest (%).

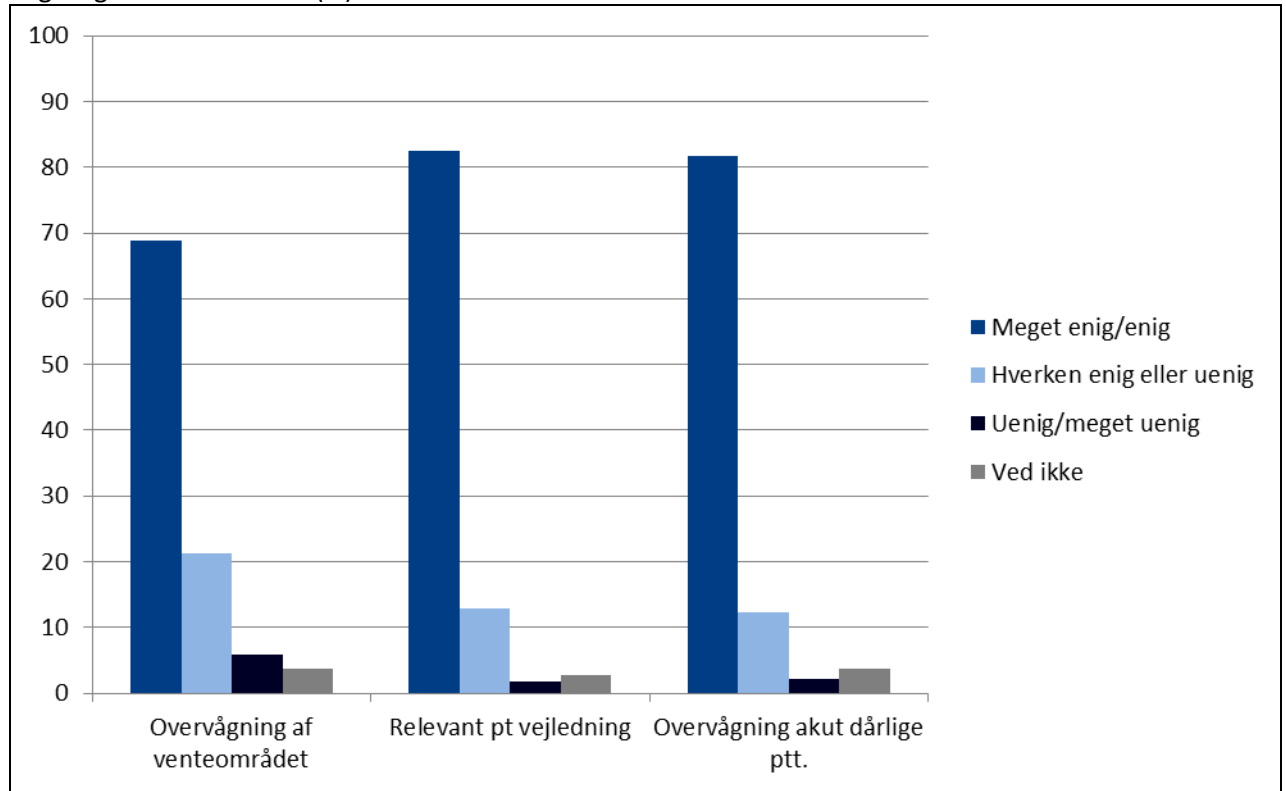
	Øst N = 256				Vest N = 62			
	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Ved ikke	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Ved ikke
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
At vagtlægen har ansvaret for sygeplejerskernes 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)

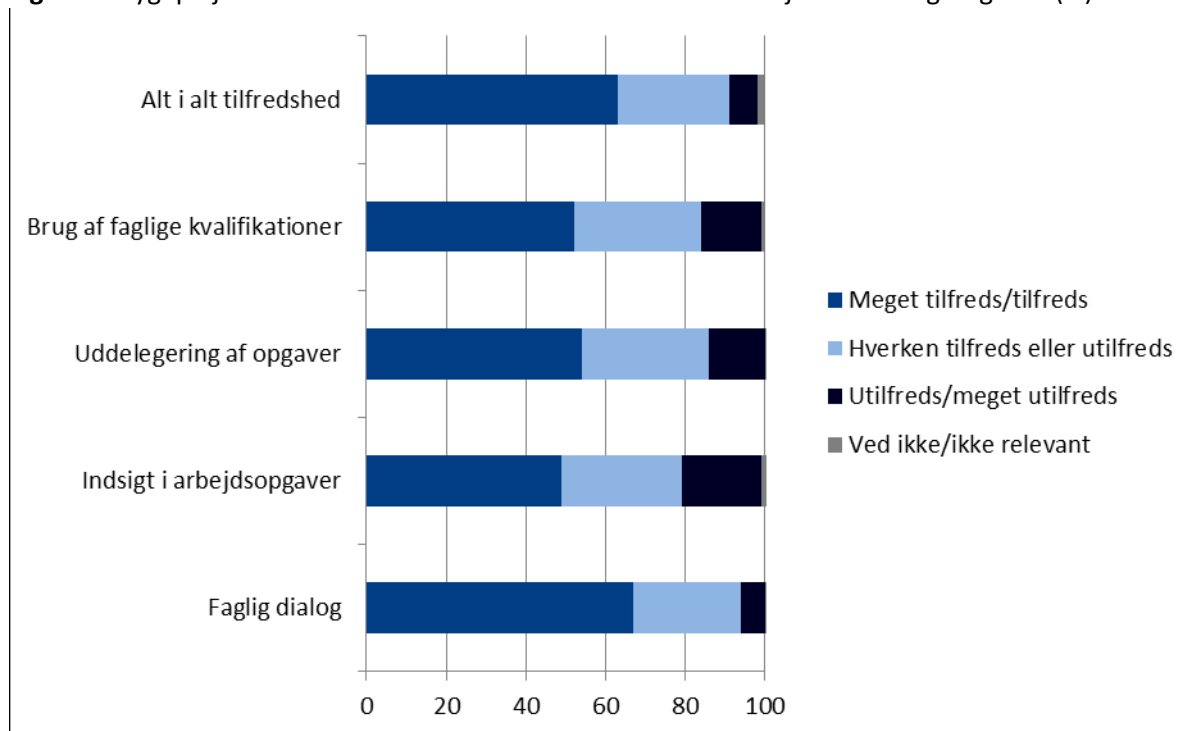
Andel af svarkategorien ”ved ikke/ ikke relevant” varierede mellem 0 % og 4 % og er derfor ikke præsenteret i tabellen.

\*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 vagtlægenes indsigt i deres arbejde, 14 % med vagtlægenes uddelegering af arbejdsopgaver og 15 % med vagtlægenes 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 vagtlægenes indsigt i sygeplejerskernes arbejdsopgaver end deres kolleger i vest (14 %). Sygeplejerskerne fra øst (15 %) var også oftere utilfredse med vagtlægenes uddelegering af arbejdsopgaver end sygeplejerskerne i vest (11 %) og med vagtlægenes 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 (%).

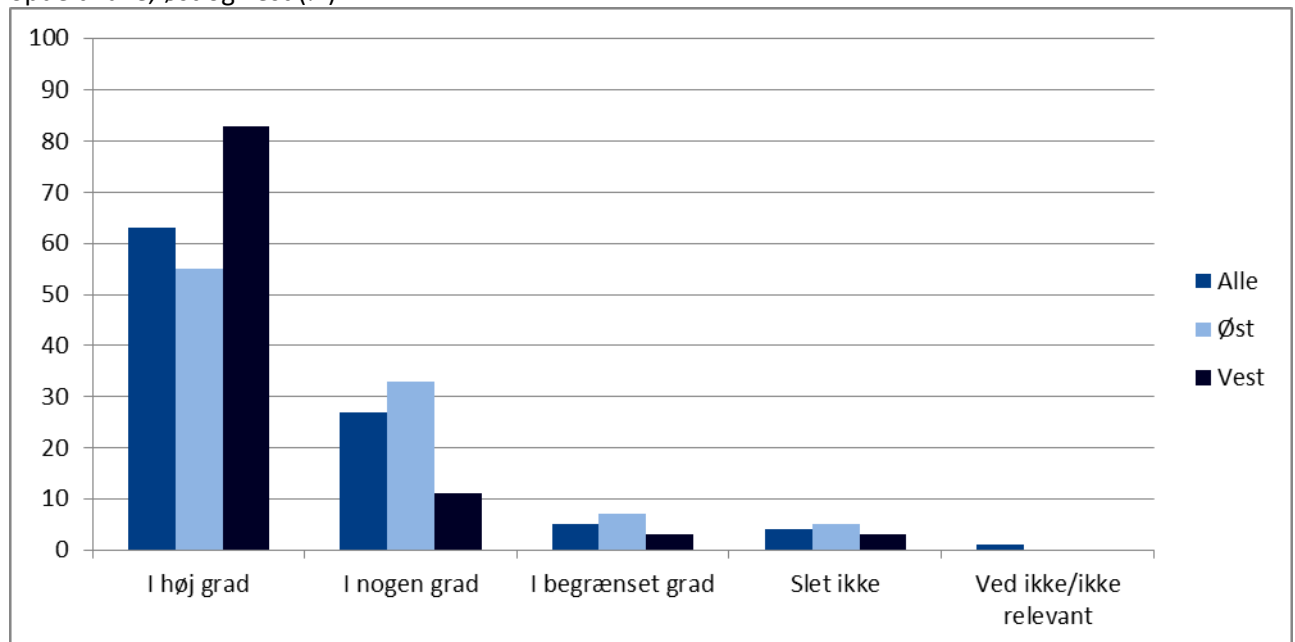
	Øst N = 87		Vest N = 36			
	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds	Meget tilfreds/ tilfreds	Hverken tilfreds eller utilfreds	Utilfreds/ meget utilfreds
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Den faglige dialog med vagtlægerne	56 (64)	23 (26)	7 (8)	26 (72)	10 (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 behandlersygeplejerskernes 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 behandlersygeplejersker i konsultationsarbejdet for at sikre flowet – det kan basissygeplejersker også gøre. Behandlersygeplejerskerne 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. Dokumentationen 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 deres opgaver.

Følgende opgaver blev foreslået af flere sygeplejersker:

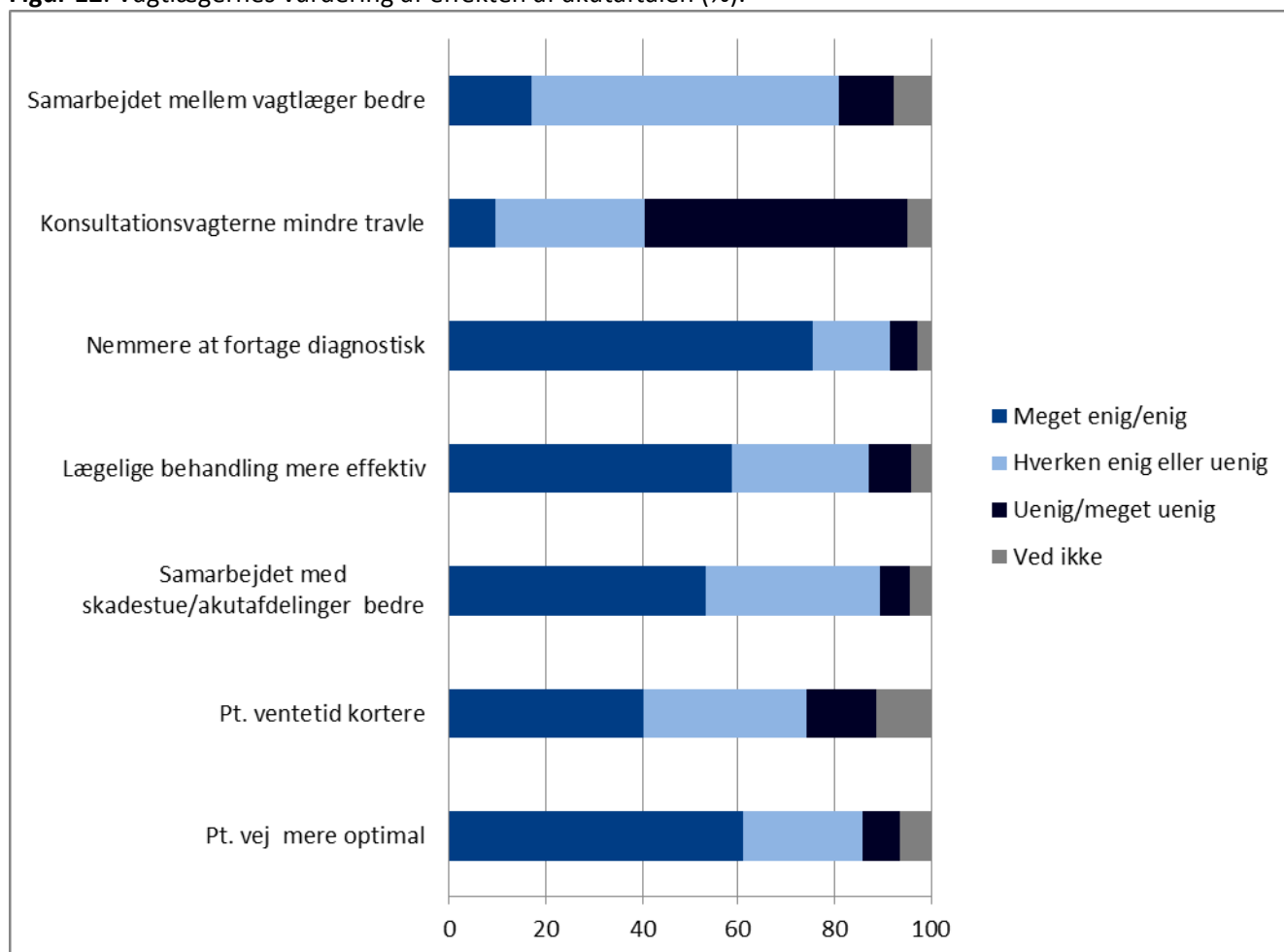
- At vurdere og videresende patienter til røntgenafdelingen selvstændigt – eventuelt en kort oplæring for basissygeplejersker
- At dokumentere og afslutte patientforløb i eget system
- At færdiggøre behandlinger selv (behandlersygeplejerskerne) og dermed udnytte egne kompetencer bedre uden tilsyn fra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

## Effekten af akutaftalen

### Vagtlægenes vurdering

Figur 12 viser fordelingen af vagtlægenes 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.** Vagtlægenes 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.** Vagtlægenes 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

Vagtlægernes 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 skadesten. 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 klaret 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, blodtryk, 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 KORTEST 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 KORTEST 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 besøgslæge, 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 indskræpes 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 selvhenvendere, 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 sygeplejersker 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. Sælger den 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. Behandlings sygeplejersker 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 behandlings sygeplejersker 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.

### **Tabel 3. Sygeplejersker: generelle kommentarer**

#### **Grenaa**

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.

#### **Herning**

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 fasteftaler 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 ekstrem 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 være uheldig, at der ikke har været så mange behandleropgaver 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 af 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 sikkerhedsnette!

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.

# Akuttaftalen

Evalueringsrapport

Telefontilgængelighed til almen praksis i  
dagtid

---



Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland  
Evalueringsrapport, juni 2014  
ISBN: 978-87-90004-27-9

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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





**Indholdsfortegnelse**

Indledning ..... 7  
Metode ..... 8  
Resultater..... 9  
Diskussion ..... 15  
Konklusion ..... 16



## Indledning

I 2012 blev der implementeret en ny akutaftale, der var aftalt mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland. Formålet med aftalen var blandt andet at opnå en enstrenget visitation af alle akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt til alarm 1-1-2. Man forventede, at denne visitationspraksis ville medføre en mere gennemskuelig kontaktvej til akutområdet, mindre ventetid og mere effektiv behandling ved rette instans.

Ét af tiltagene i akutaftalen er, at det udelukkende er praktiserende læger, der visiterer folk med akutbehov for lægehjælp. Inden for normal åbningstid i praksis er det "egen læge", der varetager visitationen, mens vagtlægerne visiterer uden for normal arbejdstid. I forbindelse med implementeringen af den nye visitationspraksis antages det, at almen praksis i dagtiden vil modtage flere telefonopkald end tidligere, hvilket kan betyde længere telefonventetider.

Formålet med denne undersøgelse er at klarlægge telefontilgængeligheden til almen praksis i dagtiden før og efter implementeringen af den nye akutaftale i Region Midtjylland.

## Metode

### Dataindsamling

Region Midtjylland har i samarbejde med et markedsundersøgelsesbureau indsamlet data til denne undersøgelse. Data før implementeringen af akutaftalen blev indsamlet fra den 11. juni til og med den 15. juni 2012, mens oplysninger efter implementeringen blev indhentet fra den 19. november til og med den 23. november 2012. Dataindsamlerne anvendte samme arbejdsmetode i de to perioder.

Samtlige almen praksis i Region Midtjylland blev kontaktet via telefon på tilfældige ugedage og tidspunkter inden for normal åbningstid. Hvis telefonlinjen var optaget, blev opkaldet gentaget hvert andet minut, indtil kontakt (inden for minutterne 0, 2, 4, 6, 8 og 10). Såfremt svartiden var mere end 10 minutter, blev opkaldet afbrudt og registreret som "ingen kontakt til praksis". Dette gjaldt, uanset om der var en "kø-funktion" i telefonsystemet hos den pågældende praksis eller ej.

### Datamateriale

Der blev indsamlet følgende oplysninger: kontaktoplysninger til praksis (praksisbetegnelse, adresse, postnummer, postdistrikt, telefonnummer), ydernummer, ugedag (mandag til fredag) og tidspunkt (klokkeslæt) for telefonopkald, svartid (inden for 0-2 min., 2-5 min., 5-10 min. og >10 min.), køfunktion (ja, nej), fast akutlinje (ja, nej, ved ikke), stedfortræder (ja, nej, ved ikke), praksistyper (enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis og delepraksis), lægekapacitet (antal "normerede læger" til ydernummeret).

I perioden efter implementeringen af akutaftalen blev der tilføjet endnu et spørgsmål; om praksis oplyste kønummer i ventetiden (ja, nej, ved ikke). Undersøgelsen inkluderer oplysninger for ugedag, tidspunkt, svartid, køfunktion, stedfortræder, fast akutlinje og praksistyper.

### Dataanalyse

Da der i Region Midtjylland ikke foreligger formelle servicemål for telefonventetiden i dagtiden for almen praksis, bliver der i analysearbejdet skelet til regionens servicemål for vagttid, hvor det tilstræbes, at 90 % af alle telefoniske henvendelser besvares inden for fem minutter.

I analysen bevares dataindsamlingernes geografiske tredeling af regionen; øst (tidligere Århus Amt), midt (praksis omkring Horsens og Viborg) og vest (tidligere Ringkøbing Amt).

Analysearbejdet i denne undersøgelse er udført af Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet.

## Resultater

### Repræsentativitet af telefonopkald

Før implementering af akutaftalen blev der udført 418 telefonopkald og efter akutaftalen 414 opkald til almen praksis i Region Midtjylland, hvilket udgør antallet af praksis på de respektive tidspunkter, hvor data blev indsamlet. Som forventet er antallet af praksis størst i den østlige del af regionen, hvor 61 % af regionens praksis var placeret (Tabel 1). De hyppigste praksistyper var enkeltmandspraksis (49 %) og kompagniskabspraksis (40 %), og der var ingen forskel i denne fordeling før og efter akutaftalen (Tabel 2). Der ses en jævn fordeling af de ugedage og tidspunkter (inden for normale åbningstider for praksis), hvor telefonopkaldene blev foretaget både før og efter implementering af akutaftalen (Tabel 3).

**Tabel 1.** Geografisk placering af praksis (øst, midt, vest) før og efter implementering af akutaftalen.

	I alt N	Øst n (%)	Midt n (%)	Vest n (%)
Før	418	255 (61)	79 (19)	84 (20)
Efter	414	254 (61)	78 (19)	82 (20)

<sup>1</sup> Sammenligning af geografisk placering af praksistyper fordelt på før og efter akutaftalen, Chi2-test, p=0,99

**Tabel 2.** Antal telefonopkald til almen praksis i dagtid på praksistype (enkeltdmandspraksis, kompagniskabspraksis, delepraksis) før og efter implementering af akutaftalen.

	I alt N	Enkeltdmandspraksis n (%)	Kompagniskabspraksis n (%)	Delepraksis n (%)
Før	418	206 (49)	168 (40)	44 (11)
Efter	414	202 (49)	167 (40)	45 (11)

Sammenligning af praksistyper fordelt på før og efter akutaftalen, Chi2-test, p = 0,98

**Tabel 3.** Tidspunkt for telefonopkald fordelt på ugedage før og efter implementering af akutaftalen.

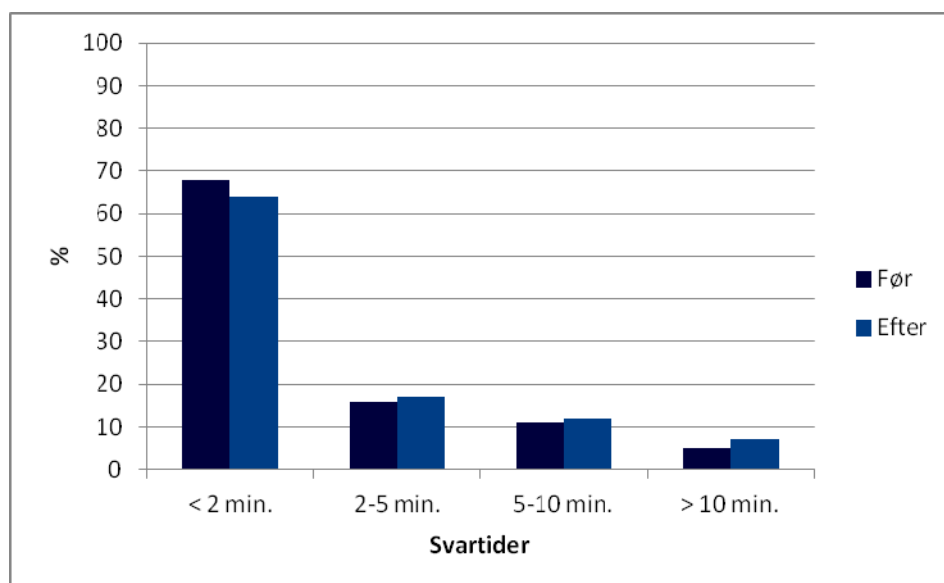
Ugedag	Telefon-opkald i alt n	Telefon-opkald Kl. 8-9 n (%)	Telefon-opkald Kl. 9-11 n (%)	Telefon-opkald Kl. 11-13 n (%)	Telefon-opkald Kl. 13-15 n (%)	Telefon-opkald Kl. 15-16 n (%)
<b>Mandag<sup>1</sup></b>						
Før	84	11 (13)	20 (24)	21 (25)	21 (25)	11 (13)
Efter	84	11 (13)	20 (24)	22 (26)	20 (24)	11 (13)
<b>Tirsdag<sup>1</sup></b>						
Før	84	11 (13)	20 (24)	22 (26)	20 (24)	11 (13)
Efter	82	11 (13)	20 (24)	20 (24)	20 (24)	11 (14)
<b>Onsdag<sup>1</sup></b>						
Før	82	11 (13)	20 (24)	20 (24)	20 (24)	11 (14)
Efter	82	11 (13)	20 (24)	20 (26)	20 (24)	11 (13)
<b>Torsdag<sup>1</sup></b>						
Før	84	11 (13)	20 (24)	22 (26)	20 (24)	11 (13)
Efter	82	11 (13)	20 (24)	20 (24)	20 (24)	11 (13)
<b>Fredag<sup>1</sup></b>						
Før	84	11 (13)	20 (24)	22 (26)	20 (24)	11 (13)
Efter	84	11 (13)	20 (24)	22 (26)	20 (24)	11 (13)

<sup>1</sup> For hver ugedag blev det undersøgt, om der var en forskel i tidspunktet for telefonopkald i forhold til før og efter akutaftalen, og de fem Chi2-tests viste samme resultat; p = 1,00

### Svartider

Størstedelen af telefonopkaldene til almen praksis blev besvaret inden for fem minutter (Figur 1): 84 % før implementeringen af akutaftalen og 81 % efter implementeringen. En sammenligning af svartiderne før og efter akutaftalen viser, at telefonventetiderne hverken er blevet kortere eller længere efter indførelsen af akutaftalen, hvilket gælder alle praksis i Region Midtjylland (Tabel 4), uanset praksistyper (Tabel 5).

**Figur 1.** Fordeling af opkald til almen praksis fordelt på svartider i dagtiden fordelt på før (N = 418) og efter (N = 414) implementering af akutaftalen.



**Tabel 4.** Svartider (på under og over 5 minutter) før og efter akutaftalen fordelt på geografisk placering af praksis (øst, midt og vest).

	I alt n (%)	Øst n (%)	Midt (%)	Vest n (%)
<b>Før</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	351 (84)	212 (83)	67 (85)	72 (86)
Over 5 min. <sup>2</sup>	67 (16)	43 (17)	12 (12)	12 (14)
I alt	418 (100)	255 (100)	79 (100)	84 (100)
<b>Efter</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	334 (81)	209 (82)	60 (77)	65 (79)
Over 5 min. <sup>2</sup>	80 (19)	45 (18)	18 (23)	17 (21)
I alt	414 (100)	254 (100)	78 (100)	82 (100)

<sup>1</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på under 5 min. for øst, midt og vest, Chi2-test, p = 0,84

<sup>2</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på over 5 min. for øst, midt og vest, Chi2-test, p = 0,62

**Tabel 5.** Svartider (på under og over 5 minutter) før og efter akutaftalen fordelt på praksistype (enkeltdandspraksis, kompagniskabspraksis, delepraksis).

	I alt n (%)	Enkeltdandspraksis n (%)	Kompagniskabspraksis n (%)	Delepraksis n (%)
<b>Før</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	351 (84)	173 (84)	142 (85)	36 (82)
Over 5 min. <sup>2</sup>	67 (16)	33 (16)	26 (15)	8 (18)
I alt	418 (100)	206 (100)	168 (100)	44 (100)
<b>Efter</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	334 (81)	161 (80)	138 (82)	35 (80)
Over 5 min. <sup>2</sup>	80 (19)	41(20)	30 (18)	9 (18)
I alt	414 (100)	202 (100)	168 (100)	44 (100)

<sup>1</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på under 5 min. for praksistype, Chi2-test, p = 0,96

<sup>2</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på over 5 min. for praksistype, Chi2-test, p = 0,97

Svartiderne var meget ensartede for de enkelte ugedage inden for normale åbningstider i praksis – både før og efter implementeringen af akutaftalen (Tabel 6). Størstedelen af svartiderne over 5 minutter fandt sted om formiddagen (tidsrummet 8-13), hvilket gik igen ved begge målinger (Tabel 7). I bilag 1 ses en udspecificering af svartider på over fem minutter fordelt på ugedage før og efter



akutaftalen. Da antallet af opkald var lavt, er der ikke udført statistiske analyser. På baggrund af disse frekvenser ses der ingen nævneværdige forskelle på de længste svartider for de enkelte ugedage før og efter akutaftalen.

**Table 6.** Svartider (på under og over 5 minutter) før og efter akutaftalen fordelt på ugedage.

	I alt n (%)	Mandag n (%)	Tirsdag n (%)	Onsdag n (%)	Torsdag n (%)	Fredag n (%)
<b>Før</b>						
Under 5 min. <sup>1</sup>	351 (84)	72 (86)	70 (83)	74 (90)	68 (81)	67 (80)
Over 5 min. <sup>2</sup>	67 (16)	12 (14)	14 (17)	8 (10)	16 (19)	17 (20)
I alt	418 (100)	84 (100)	84 (100)	82 (100)	83 (100)	84 (100)
<b>Efter</b>						
Under 5 min. <sup>1</sup>	334 (81)	69 (82)	68 (83)	64 (78)	69 (84)	64 (76)
Over 5 min. <sup>2</sup>	80 (19)	15 (18)	14 (17)	18 (22)	13 (16)	20 (24)
I alt	414 (100)	84 (100)	82 (100)	82 (100)	82 (100)	84 (100)

<sup>1</sup> sammenligning mellem før og efter akutaftalen på under 5 min og ugedag, Chi2-test, p = 0,98

<sup>2</sup> sammenligning mellem før og efter akutaftalen på over 5 min og ugedag, Chi2-test, p = 0,98

**Table 7.** Svartider (på under og over 5 minutter) før og efter akutaftalen fordelt på formiddag og eftermiddag.

	I alt n (%)	Formiddag <sup>a</sup> n (%)	Eftermiddag <sup>b</sup> n (%)
<b>Før</b>			
Under 5 min. <sup>1</sup>	351 (84)	198 (78)	153 (93)
Over 5 min. <sup>2</sup>	67 (16)	56 (22)	11 (7)
I alt	418 (100)	254 (100)	164 (100)
<b>Efter</b>			
Under 5 min. <sup>1</sup>	334 (81)	197 (76)	137 (88)
Over 5 min. <sup>2</sup>	80 (19)	62 (24)	18 (12)
I alt	414 (100)	259 (100)	155 (100)

<sup>1</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på under 5 min. og formiddag samt eftermiddag, Chi2-test, p = 0,50

<sup>2</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på over 5 min. formiddag samt eftermiddag, Chi2-test, p = 0,37

<sup>a</sup> Kl. 8-13

<sup>b</sup> Kl. 13-16

### Stedfortræder

Før akutaftalen blev dataindsamlerne i 9 % (n = 36) af opkaldene videresendt til en stedfortræder for praksis. Resultatet var stort set det samme efter akutaftalen (10 % (n = 42))(Tabel 8). I de fleste tilfælde blev der orienteret om brugen af stedfortræder inden for 5 minutter (78 % før og 81 % efter akutaftalen). I de resterende tilfælde var ventetiden mere end 5 minutter, før der blev orienteret om stedfortræder. I alt 15 % (n = 3) før og 10 % (n = 3) efter akutaftalen ventede 10 minutter, før de blev henvist til at kontakte en stedfortræder (data er ikke vist i tabellen).

**Tabel 8.** Telefonopkald med henvisning til stedfortræder (fordelt på svartider på under og over 5 minutter) før og efter akutaftalen.

	I alt n (%)	Stedfortræder Ja n (%)	Stedfortræder Nej n (%)	Stedfortræder Ved ikke n (%)
<b>Før</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	351 (84)	28 (78)	323 (88)	0 (-)
Over 5 min. <sup>2</sup>	67 (16)	8 (22)	43 (12)	16 (100)
I alt	418 (100)	36 (100)	366 (100)	16 (100)
<b>Efter</b>				
Under 5 min. <sup>1</sup>	334 (81)	34 (81)	300 (81)	0 (-)
Over 5 min. <sup>2</sup>	80 (19)	8 (19)	72 (19)	0 (-)
I alt	414 (100)	42 (100)	372 (100)	0 (-)

<sup>1</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på under 5 min. og stedfortræder, Chi2-test, p = 0,32

<sup>2</sup> Sammenligning mellem før og efter akutaftalen på over 5 min. og stedfortræder, Chi2-test, p = 0,00

### Akutlinje

Før implementeringen af akutaftalen svarede 70 % af alle praksis, at de havde en telefonisk akutlinje. Efter implementeringen af akutaftalen reduceres denne andel til 46 % (Tabel 9). Det er et påfaldende resultat, eftersom det synes urealistisk, at et så stort antal praksis nedlægger akutlinjen. En forklaring kan være, at spørgsmålet om, hvorvidt praksis havde akutlinje, blev skarpere formuleret i undersøgelsen efter akutaftalen. Begrundelsen herfor bliver nærmere omtalt i diskussionsafsnittet.

**Tabel 9.** Akutlinje før og efter akutaftalen.

	I alt N	Akutlinje Ja n (%)	Akutlinje Nej n (%)	Akutlinje Ved ikke n (%)
Før	418	294 (70)	65 (16)	59 (14)
Efter	414	195 (47)	147 (36)	72 (17)

Sammenligning mellem før og efter akutaftalen fordelt på akutlinje, Chi2-test, p=0,00

### Køfunktion

Godt to tredjedele af praksis havde etableret en telefonisk køfunktion (ingen forskel mellem før og efter implementering af akutaftalen) (Tabel 10). I perioden efter implementeringen blev der indsamlet information om, hvorvidt der ved ventetiden blev oplyst, hvilket nummer man var i telefonkøen. Omkring en tredjedel (32 %, n = 133) af praksis oplyste kønummer (data er ikke vist i tabellen).

**Tabel 10.** Telefonisk køfunktion før og efter akutaftalen.

	I alt N	Køfunktion Ja n (%)	Køfunktion Nej n (%)	Køfunktion Ved ikke n (%)
Før	418	281 (67)	82 (20)	55 (13)
Efter	414	286 (69)	124 (30)	4 (1)

Sammenligning af køfunktion før og efter akutaftalen, Chi2-test, p=0,00

## Diskussion

Vores resultater viser, at indførelsen af akutaftalen ikke har påvirket telefonsvartiderne hos de praktiserende læger i Region Midtjylland. Størstedelen (81 - 84 %) af telefonhenvendelserne blev besvaret inden for fem minutter.

### Telefonsvartider

Efter implementeringen af akutaftalen blev det antaget, at praksis ville modtage flere telefonopkald end tidligere fra personer med akutte problemstillinger (bortset fra alarm 1-1-2), og at det dermed kunne blive sværere at opnå telefonkontakt til "egen læge". Hvorvidt antallet af telefonopkald er forøget efter akutaftalen er uvist, da denne oplysning er utilgængelig i det nuværende datamateriale. Men vi kan på baggrund af vores resultater udlede, at de ændrede visitationsregler (jf. akutaftalen) ikke har haft betydning for telefonsvartiderne i praksis. Dette kan formentlig skyldes, at de særligt akutte henvendelser trods alt udgør en lille del af de samlede henvendelser til praksis.

### Stedfortræder

I de fleste tilfælde (78-81 %), hvor praksis henviste til en stedfortræder, skete dette inden for 5 minutter.

### Akutlinje

Det er påfaldende, at antallet af praksis med akutlinjer blev reduceret med 23 % efter implementeringen af akutaftalen. Årsagen hertil er formentlig ikke relateret til ændringer i forbindelse med akutaftalen, men derimod til fortolkning af begrebet "akutlinje". Markedsundersøgelsesbureauet erfarede under den første dataindsamling, at praksis havde en uens fortolkning af begrebet "akutlinje". Nogle opfattede det således som en evt. intern telefonlinje fra praksis til sygehuse, apoteker, andre læger eller Falcks servicelinje – altså ikke telefonlinjer ind, der var tiltænkt akutte patienter. For at opnå en mere ensartet fortolkning af "akutlinje" blev det besluttet, at der i den anden dataindsamling blev spurgt mere præcist ind til, om praksis havde en fast akutlinje. Her blev det derfor uddybet, at der blev spurgt til en tilgængelig telefonlinje for akutte patienter inden for normal åbningstid. I dataindsamlingen efter akutaftalen blev det registreret, at 47 % af almen praksis havde en akutlinje.

Man kan formode, at flere praksis nu har fået en sådan akutlinje, men tallet ligger langt fra målsætningen om, at alle praksis skal have en akutlinje (jf. aftalegrundet mellem Region Midtjylland og Praksisudvalget i Region Midtjylland). Det vil kræve endnu en undersøgelse at undersøge dette nærmere.

### Køfunktion

Over to tredjedele af praksis havde etableret en telefonisk køfunktion, og en tredjedel oplyste også det tildelte nummer i telefonkøen. I takt med at flere praksis skifter til mere moderne

telefonsystemer, må man formode, at flere praksis får mulighed for både køfunktion og oplysning om "nummer i køen".

### **Metodediskussion**

En styrke ved denne undersøgelse er, at alle praksis i Region Midtjylland er repræsenteret i undersøgelsen. Data blev indsamlet systematisk, og alle telefonkontakterne er jævnt fordelt på ugedage og tidspunkter både før og efter implementering af akutaftalen, hvilket styrker grundlaget for at sammenligne de to perioder.

Vores resultater om tilstedeværelse af en akutlinje i praksis blev udfordret af, at man valgte at ændre i spørgeteknikken undervejs, hvilket svækker grundlaget for at sammenligne de to resultater, fordi de bygger forskellige oplysninger.

### **Konklusion**

Den indledende antagelse om, at akutaftalen ville medføre længere telefoniske svartider hos egen læge, afvises i denne undersøgelse. Resultaterne viser, at 81-84 % af alle opkald blev besvaret inden for 5 minutter. Det tyder således på, at svartiderne ikke er blevet påvirket af den nye visitationsmodel, der blev indført med akutaftalen.

# Akuttaftalen

## Evalueringsrapport

Registerundersøgelse af henvendelser  
til almen praksis,  
skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker  
og præhospitalet

---



Evaluering af akutaftalen i Region Midtjylland

Evalueringsrapport, september 2014

ISBN: 978-87-90004-35-4

Rapporten er udarbejdet af:

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

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

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

Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, ph.d.

Forskningsenheden for Almen Praksis

Aarhus Universitet

Bartholins Allé 2

DK-8000 Aarhus C

T: 871 68059

E: fe.aarhus@alm.au.dk

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet.

Gengivelse af figurer og tabeller er tilladt med tydelig kildeangivelse.



## Indholdsfortegnelse

Sammenfatning.....	6
Indledning .....	10
Begrebsafklaring .....	11
Metode .....	12
Undersøgesdesign og dataindsamling .....	12
Datamateriale.....	12
Datamanagement.....	13
Analysemetode.....	14
Resultater.....	15
National udvikling i almen praksis og lægevagten .....	15
Akutaftalen i Region Midtjylland .....	18
Patientkarakteristik .....	22
Tillægsydelse .....	23
Røntgenundersøgelser .....	24
Laboratorieundersøgelser .....	25
Recepter .....	26
Patientflow .....	27
Diskussion .....	28
Konklusion .....	31
Litteraturliste .....	32



## Sammenfatning

**Indledning:** I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var udviklet i et samarbejde mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Formålene med akutaftalen var at etablere en enstrengt patientindgang til akutsystemet (bortset fra alarm 1-1-2) og opnå en bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer.

Kerneopgaverne i akutaftalen var at inddrage almen praksis som en integreret del af akutberedskabet i dagtid og at etablere et samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger i lægevagtkonsultationerne. Akutaftalens initiativer medførte desuden, at vagtlægerne fik adgang til flere diagnostiske undersøgelser.

Formålet med delundersøgelsen er at beskrive, om implementeringen af akutaftalen:

- Har påvirket antallet og typen af patienthenvendelser i almen praksis i dag- og vagttid.
- Har påvirket antallet af patienthenvendelser til skadestuer og præhospitalet.

**Metode:** Undersøgelsen blev gennemført som en registerundersøgelse på baggrund af data, som blev indsamlet i perioden fra 1. september 2011 til 31. august 2013. Der er indhentet data fra Nære Sundhedstilbud og præhospitalet i Region Midtjylland bestående af alle patienter med en kontakt til egen læge i dagtid, vagtlægen i vagttid, skadestuerne og alarm 1-1-2 i den angivne periode. Derudover blev der anvendt data fra Danmarks Statistik bestående af antal patientkontakter i dag- og vagttid for hhv. 2011, 2012 og 2013 fordelt på de fem regioner i Danmark.

**Resultater:** Fra 2011 til 2013 var der et generelt fald i antallet af patienthenvendelser til almen praksis i dagtid i alle fem regioner (fald på 1,8 % i Region Midtjylland). Der var især færre telefonkonsultationer (fald på 0,9 % i Region Midtjylland) og konsultationer (fald på 13,9 % i Region Midtjylland). Til gengæld var der en markant stigning i antallet af e-konsultationer (stigning på 41,0 % i Region Midtjylland). Antallet af sygebesøg steg i fire ud af fem regioner (stigning på 5,2 % i Region Midtjylland).

I vagttid havde Region Midtjylland og Region Sjælland en generel stigning i antallet af patienthenvendelser fra 2011 til 2013 (stigning på 6,6 % i Region Midtjylland), mens de andre regioner havde et fald. Antallet af telefonkonsultationer steg i tre ud af fem regioner, deriblandt Region Midtjylland (stigning på 5,1 %), der samtidig havde en stigning i antallet af konsultationer (6,6 % stigning). Antallet af sygebesøg faldt i fire ud af fem regioner (fald på 4,8 % i Region Midtjylland).

### Akutaftalen i Region Midtjylland

#### *Dagtid*

Efter akutaftalen var der 2,2 % færre patienthenvendelser til almen praksis i dagtid. Selvom patientantallet faldt i dagtid fyldte skaderelaterede behandlinger mere efter indførelse af akutaftalen. Deriblandt blev der udført flere førstebehandlinger af større sår (4,5 %), anlæggelser af immobiliserende bandager (2,4 %), fjernelser af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg i dagtid (2,0 %). Til gengæld blev der udført færre fjernelser af fremmedlegeme under hud eller negl (12,1 %).

### *Vagttid*

Efter indførelse af akutaftalen var der i vagttid en markant stigning i antallet af telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %). Antallet af tillægsydelse for skaderelateret behandling steg markant efter indførelse af akutaftalen. Der var blandt andet en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser – særligt i lægevagten.

### *Skadestue og præhospitalet*

Skadestuerne havde efter indførelse af akutaftalen 12,0 % færre patienter end før akutaftalen. Derudover blev der udført 20,8 % færre røntgenundersøgelser. Præhospitalet havde efter akutaftalen 1,8 % flere borgerhenvendelser end før akutaftalen. Stigningen udgjordes især af henvendelser, der blev afsluttet med telefonrådgivning.

### *Patientflow*

Før implementeringen af akutaftalen havde 10,6 % af patienterne kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling inden for 24 timer efter konsultationen i lægevagten, mens det gjaldt for 9,5 % af patienterne efter akutaftalen (Tabel 15). Andelen af patienter med en ny kontakt inden for 24 timer faldt således med 10,6 %.

## **Diskussion**

### **Dagtid**

I forbindelse med akutaftalens nye visitationsregler forventede man, at almen praksis i dagtid ville modtage flere patienthenvendelser – især vedrørende skader. Denne undersøgelse viser, at der var 2,2 % færre patientkontakter i dagtid efter implementeringen af akutaftalen, hvilket således er modsat det forventede. Det faldende antal patientkontakter skyldes næppe akutaftalen, da der er et generelt fald i aktiviteten i almen praksis i hele landet i samme periode. Skønt det samlede antal kontakter falder i dagtid, fylder skaderelaterede behandlinger mere efter indførelse af akutaftalen.

### **Vagttid**

Efter indførelse af akutaftalen var der i vagttid en markant stigning i antallet af telefonkonsultationer (stigning på 9,3 %) og konsultationer (stigning på 11,7 %). Dette var en forventet udvikling, eftersom vagtlægerne i forbindelse med akutaftalen overtog visitationen af de kontakter, der før var rettet til skadestuernes telefonvisitation. Derudover forventede man, at vagtlægerne ville behandle flere skader end før, hvilket også var tilfældet, da antallet af tillægsydelse for skaderelateret behandling er steget markant efter indførelse af akutaftalen.

Det stigende antal af røntgenundersøgelser blandt patienter, der har været i kontakt med almen praksis, tyder desuden på, at alment praktiserende læger påbegynder behandling af flere skader end tidligere i både dag- og vagttid.

#### Ny kontakt til sundhedsvæsenet 1-3 dage efter en konsultation i lægevagten

Efter indførelsen af akutaftalen ses et relativt fald i andelen af patienter fra konsultationen i lægevagten, der havde en ny kontakt til enten lægevagt, egen læge og skadestuen indenfor de næste 1 og 3 døg på henholdsvis 10,6 % og 10,3 %.

Dette kan tolkes som, at lægevagten generelt er velfungerende i relation til at færdigbehandle patienter, der kommer i konsultationen, og at der med indførelsen af akutaftalen er færre patienter, der nu har behov for kontakt til egen læge og lægevagten efter en lægevagtkonsultation. Det skyldes formentlig forbedrede muligheder for diagnostiske test i konsultationen i lægevagten. Men en medvirkende årsag kan også være, at der nu er flere med en mindre skade i konsultationen i lægevagten – og at der i mindre udstrækning er behov for en ny kontakt ved denne type henvendelser. Det sidste er mere vanskeligt at vurdere, da der formentlig også ofte vil være en opfølgning ved ex egen læger efter mindre skader (forstuvninger, sår osv.).

#### Præhospitalet

Antallet af borgerhenvendelser til præhospitalet er steget lidt (1,8 %) efter implementeringen af akutaftalen. Der var især flere henvendelser, som blev afsluttet i telefonen efter akutaftalen end før.

#### Laboratorieundersøgelser

Efter akutaftalen var der en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser, særligt i lægevagten, hvor der dog også blev udført meget få undersøgelser før indførelse af akutaftalen. Det tyder dermed på, at vagtlægerne og de assisterende sygeplejersker gør brug af de diagnostiske redskaber, som blev tilgængelige efter indførelse af akutaftalen. Om der er en sammenhæng mellem (vagt)lægenes adgang til flere diagnostiske redskaber og færre indløste recepter er dog uvist. Det kan dog ikke afvises, at en bredere vifte af blodprøveresultater kan underbygge (vagt)lægenes beslutning om f.eks. ikke at starte behandling med antibiotika.

#### Diagnostiske redskaber

Tanken bag flere diagnostiske redskaber var bl.a., at vagtlægerne kunne afslutte flere patienter end tidligere. Overordnet er det ganske få patienter, der inden for 24 eller 72 timer efter en konsultation i lægevagten har en efterfølgende kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling. Det gælder både før og efter implementeringen af akutaftalen, selvom andelen af patienter med en ny kontakt falder lidt efter indførelse af akutaftalen. Dette kan tolkes som, at lægevagten generelt er velfungerende i forhold til færdigbehandling af patienter, der kommer i

konsultationen, og at akutaftalen har bevirket, at endnu færre patienter har kontakt til egen læge og lægevagten efter første lægevagtkonsultation.

### **Konklusion**

Samlet set har der været et fald i antallet af patienthenvendelser til almen praksis i både dag- og vagttid i hele landet. Efter implementeringen af akutaftalen er antallet af patienthenvendelser til skadestuerne ligeledes faldet.

Efter indførelsen af akutaftalen er andelen af patienter, der har været i konsultationen i lægevagten og som indenfor de næste 1 og 3 døgn har haft en ny kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestuen faldet med henholdsvis 10,6 % og 10,3 %.

## Indledning

I september 2012 blev der i Region Midtjylland implementeret en ny akutaftale, som var udviklet i et samarbejdet mellem PLO-Midtjylland og Region Midtjylland. Formålene med akutaftalen var at etablere en enstregnet patientindgang til akutsystemet (bortset fra alarm 1-1-2) og opnå en bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer.

Kerneopgaverne i akutaftalen var at inddrage almen praksis som en integreret del af akutberedskabet. Det indbefattede, at de skulle visitere alle akutte henvendelser samt håndtere og behandle flere småskader i både dag- og vagttid end tidligere. Desuden skulle der etableres et samarbejde mellem sygeplejersker og vagtlæger i lægevagtkonsultationen.

En del af akutaftalen var således, at alment praktiserende læger skulle visitere akutte henvendelser (bortset fra alarm 1-1-2). Denne visitation varetages af egen læge inden for den normale åbningstid i almen praksis og af lægevagten uden for normal åbningstid.

Vagtlægerne fik samtidig adgang til flere diagnostiske redskaber, hvilket skulle gøre det nemmere at henvise patienter til røntgenundersøgelser og udføre flere forskellige typer af blodprøver som f.eks. c-reaktivt protein (CRP), blodprocent (hæmoglobin) og blodsukker. Disse initiativer havde til hensigt at sikre, at vagtlægerne kunne afslutte flere patienter end hidtil.

Det er således et naturligt led i evalueringen af akutaftalen at undersøge udviklingen af patienthenvendelser og kontaktårsager til de forskellige sundhedstilbud, der er en del af akutaftalen.

Formålet med delundersøgelsen er at beskrive, om implementeringen af akutaftalen:

- Har påvirket antallet og typen af patienthenvendelser i almen praksis i dag- og vagttid.
- Har påvirket antallet af patienthenvendelser til skadestuer og præhospitalet.

## Begrebsafklaring

I denne undersøgelse anvendes en række begreber, som defineres nedenfor.

### Før og efter

I undersøgelsen anvender vi begreberne *før* og *efter* akutaftalen, hvilke er defineret som:

- *Før* er perioden 1. september 2011 til og med 31. august 2012
- *Efter* er perioden 1. september 2012 til og med 31. august 2013

### Øst-vest-fordeling

Derudover anvender vi begrebet *øst-vest-fordeling*, som er genereret ud fra patienternes postnummer og grupperet ud fra lægevagtområderne i Region Midtjylland.

### Diagnosekoder fra skadestuer

Diagnosekoderne fra skadestuerne er defineret ud fra International Classification of Diseases version 10 (ICD-10).



## Metode

### Undersøgelhedsdesign og dataindsamling

Undersøgelsen er gennemført som en registerundersøgelse, og data er indsamlet i perioden fra 1. september 2011 til 31. august 2013. Vi indhentede data fra Nære Sundhedstilbud og præhospitalet i Region Midtjylland. Fra Nære Sundhedstilbud fik vi oplysninger på alle patienter, som havde været i kontakt med almen praksis i dagtid, lægevagten og skadestuerne/akutafdelingerne/akutklinikkerne i den angivne periode. Fra præhospitalet fik vi oplysninger på alle borgerhenvendelser i den angivne periode.

### Datamateriale

I datamaterialet for almen praksis i dag- og vagttid udvalgte vi ydelsesnumre, tillægsydelse og laboratorieundersøgelser, der var relevante for undersøgelsesformål (Boks 1, Boks 2 og Boks 3). Data indeholdt desuden CPR-nummer på patienterne, kontakttidspunkt og -dato samt postnummer for patientens bopæl.

#### Boks 1. Ydelser og ydelsesnumre for dagtid og vagttid.

Ydelser i dagtid <sup>1</sup> og vagttid <sup>2</sup>	Ydelsesnumre
Konsultation (dagtid og vagttid)	0101
E-konsultation (dagtid)	0105
Telefonkonsultation (dagtid)	0201
Telefonkonsultation (vagttid)	0501
Sygebesøg (dagtid)	0411, 0421, 0431, 0441, 0451, 0461
Sygebesøg (vagttid)	0471

<sup>1</sup> Mandag – fredag kl. 08 – 16

<sup>2</sup> Mandag – fredag kl. 16 – 22, weekender og helligdage

#### Boks 2. Tillægsydelse og ydelsesnumre for dagtid og vagttid.

Tillægsydelse i dagtid og vagttid	Ydelsesnumre
Fjernelse af fremmedlegeme fra øje, øregang, næse og svælg	2105
Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl	2107
Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtrækning	2108
Anlæggelse af immobiliserende bandage	2109
Førstebehandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led	2111
Førstebehandling af større sår	2112
Fjernelse af negl	2115
Førstebehandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	2122
Reposition af store ledske, fod, knæ, hofte, albue eller skulder	2123
Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger	2124

### Boks 3. Laboratorieundersøgelser og ydelsesnumre for dagtid og vagttid.

Laboratorieundersøgelser i dagtid og vagttid	Ydelsesnumre
Blodprøvetagning fra blodåre	2101
Urinundersøgelse ved stix	7101
Svælg-/streptokok-antigen	7109
Maskinel leukocyt- og differentialtælling	7115
C-reaktivt protein (CRP)	7120
Hæmoglobin	7108
Glukose	7136

Boks 4 viser data fra skadestuerne, som vi fandt relevante for undersøgelsen.

### Boks 4. Data for kontakter til skadestuerne i Region Midtjylland.

Dataoplysninger
CPR-nummer for alle patienter
Kontakttidspunkt og -dato
Postnummer for patient
Diagnosekoder ifølge International Classification of Diseases, version 10 (ICD-10))
Tillægskoder til radiologiske procedurer
Blodprøver: leukocytter, differentialtælling af leukocytter, hæmoglobin, C-reaktivt protein (CRP), blodsukker, urinundersøgelse ved stix, leukocytter-stix

Boks 5 viser udvalgte data fra præhospitalet, som var relevante i forhold til ændringer af visitationsregler og skadehåndtering i almen praksis i dag- og vagttid.

### Boks 5. Data for kontakter til præhospitalet i Region Midtjylland.

Dataoplysninger
CPR-nummer på alle patienter
Dato og tidspunkt for borgerhenvendelse

Endvidere indhentede vi oplysninger fra Danmarks Statistik for at kunne lave en oversigt over udviklingen i antal og type af ydelser i almen praksis i både dag- og vagttiden (telefonkonsultationer, konsultationer, e-konsultationer og sygebesøg) i årene 2011 til 2013 for alle fem regioner i Danmark (dvs. Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland).

## Datamanagement

### Dagtid

Data for dagtid indeholdt flere dobbeltregistrerede ydelsesnumre for samme patientkontakt. Da det var uklart, hvilke af dobbeltregistreringerne der var ydet patienten, valgte vi at ekskludere kontakten. Vi ekskluderede:

- E-konsultation (ydelse 0105) og telefonkonsultation (ydelse 0201)(n = 26.285)
- E-konsultation (ydelse 0105) og besøg (ydelse 0411 + 0421 + 0421 + 0441 + 0451 + 0461)(n = 4.878)

- Sygebesøg (ydelse 0411 + 0421 + 0421 + 0441 + 0451 + 0461) og telefonkonsultation (ydelse 0201)(n = 8.542)
- Konsultation (ydelse 0101) og e-konsultation (ydelse 0501)(n = 45.648)
- Konsultation (ydelse 0101) og telefonkonsultation (ydelse 0201)(n = 111.040)
- Konsultation (ydelse 0101) og besøgs-konsultation (ydelse 0411 + 0421 + 0421 + 0441 + 0451 + 0461)(n = 1.509)

### Vagttid

Alle registreringer med 0602 som eneste ydelsesnummer blev ekskluderet fra undersøgelsen, da de drejer sig om visitationer til konsultation eller sygebesøg og derfor er de inkluderet via disse to ydelser i stedet.

I datamaterialet for vagttid fandt vi flere dobbeltregistreringer for telefonkonsultationer. Den samme patientkontakt var altså registreret med ydelsesnummer 0501 (konsultation uden besøg/konsultation = telefonkonsultation) og ydelsesnummer 0602 (konsultation med besøg/konsultation = visitation til besøg eller konsultation). Den type af dobbeltregistreringer havde 11.114 patienter. Alle patienter blev inkluderet og analyseret på ydelsesnummer 0501.

Vi valgte desuden at ekskludere patientkontakter med dobbeltregistreret lægevagtkonsultation (0101) og sygebesøg (0471)(n = 557). Ligeledes blev dobbeltregistreret telefonkonsultation (0501) og sygebesøg (0471)(n = 178) ekskluderet. Vi valgte at ekskludere disse to registreringsmåder for at undgå fejlfortolkning af data.

### Analysemetode

Der er udført deskriptive analyser (proportioner og procentdifferencer) af den nationale udvikling i antal ydelser (telefonkonsultation, konsultation, e-konsultation, sygebesøg) til almen praksis i dag- og vagttid fordelt på de fem regioner og kalenderårene 2011 til 2013. Disse årstal er medtaget, fordi de viser udviklingen før og efter implementeringen af akutaftalen. Dernæst er der udarbejdet proportioner og procentdifferencer på data fra Region Midtjylland og præhospitalet før og efter implementeringen af akutaftalen. Analyserne er udarbejdet i Stata, version 13.

## Resultater

### National udvikling i almen praksis og lægevagten

I det følgende beskriver vi antallet af ydelser i almen praksis i dag- og vagttid i hver af de fem regioner i Danmark i perioden 2011 – 2013.

#### Dagtid

Fra 2011 til 2013 faldt antallet af patienthenvendelser til almen praksis i dagtid, hvilket var en generel udvikling i alle regioner (Tabel 4). Antallet aftog dog mest i Region Syddanmark, hvor der var en nedgang på 3,0 %, herefter var rækkefølgen Region Sjælland (2,5 %), Region Nordjylland (2,3 %), Region Midtjylland (1,8 %) og Region Hovedstaden (1,1 %).

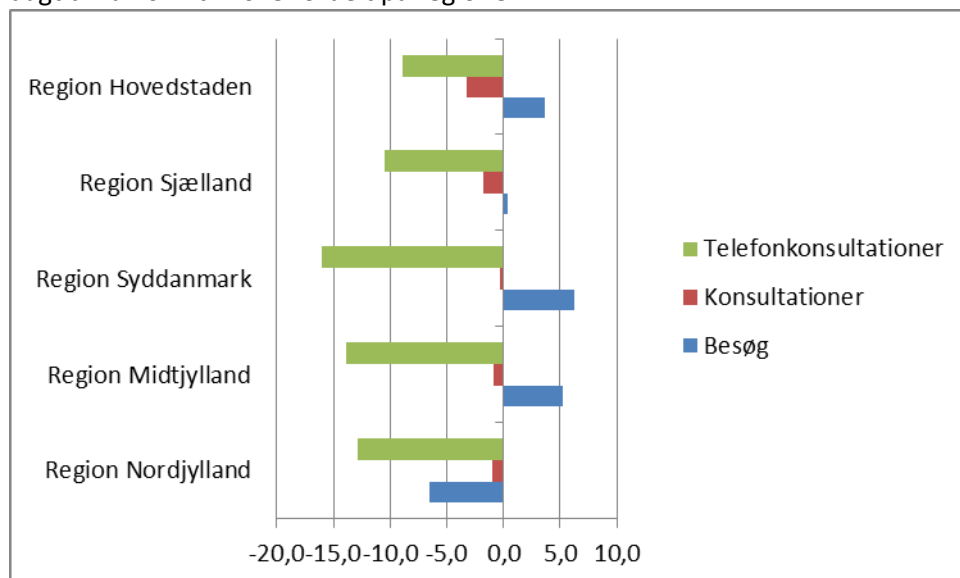
**Tabel 4.** Antal kontakter til almen praksis i dagtid for hver region i 2011, 2012 og 2013.

	2011 n (%)	2012 n (%)	2013 n (%)
<b>Region Hovedstaden</b>			
I alt	N = 10.552.382	N = 10.574.022	N = 10.432.787
Telefonkonsultationer	3.751.250 (35,5)	3.593.726 (34,0)	3.418.178 (32,8)
Konsultationer	5.797.164 (54,9)	5.762.694 (54,5)	5.613.930 (53,8)
E-konsultation	893.243 (8,5)	1.097.925 (10,4)	1.286.015 (12,3)
Besøg	110.725 (1,0)	119.677 (1,1)	114.664 (1,1)
<b>Region Sjælland</b>			
I alt	N = 5.612.479	N = 5.586.432	N = 5.469.371
Telefonkonsultationer	2.166.009 (38,6)	2.056.621 (36,8)	1.938.317 (35,4)
Konsultationer	2.998.768 (53,4)	3.026.424 (54,2)	2.943.670 (53,8)
E-konsultation	392.705 (7,0)	446.143 (8,0)	532.201 (9,7)
Besøg	54.997 (1,0)	57.244 (1,0)	55.183 (1,0)
<b>Region Syddanmark</b>			
I alt	N = 8.359.895	N = 8.355.762	N = 8.112.513
Telefonkonsultationer	3.212.766 (38,4)	2.990.133 (35,8)	2.698.694 (33,3)
Konsultationer	4.496.821 (53,8)	4.569.716 (54,7)	4.481.814 (55,2)
E-konsultation	567.092 (6,8)	708.891 (8,5)	843.629 (10,4)
Besøg	83.216 (1,0)	87.022 (1,0)	88.376 (1,1)
<b>Region Midtjylland</b>			
I alt	N = 8.319.742	N = 8.347.869	N = 8.172.415
Telefonkonsultationer	2.890.651 (34,7)	2.736.583 (32,8)	2.488.029 (30,4)
Konsultationer	4.605.935 (55,4)	4.646.908 (55,7)	4.565.410 (55,9)
E-konsultation	706.278 (8,5)	840.333 (8,5)	995.974 (12,2)
Besøg	116.878 (1,4)	124.045 (1,0)	123.002 (1,5)
<b>Region Nordjylland</b>			
I alt	N = 3.812.240	N = 3.821.759	N = 3.723.731
Telefonkonsultationer	1.358.975 (35,6)	1.289.307 (33,7)	1.184.183 (31,8)
Konsultationer	2.140.088 (56,1)	2.158.290 (56,5)	2.118.843 (56,9)
E-konsultation	286.621 (7,5)	349.034 (9,1)	395.889 (10,6)
Besøg	26.556 (0,7)	25.128 (0,7)	24.816 (0,7)

Der var generelt færre telefonkonsultationer og konsultationer i 2013 end 2011 (Tabel 4, Figur 1). I samme periode var antallet af e-konsultationer steget meget i alle regioner: 48,8 % i Region Syddanmark, 44,0 % i Region Hovedstaden, 41,0 % i Region Midtjylland, 38,1 % i Region

Nordjylland og 35,5 % i Region Sjælland (men stigningen kom fra et lavt startleje). Til gengæld var der en forøgelse i antallet af sygebesøg i fire ud af fem regioner: 6,2 % i Region Syddanmark, 5,2 % i Region Midtjylland, 3,6 % Region Hovedstaden og 0,3 % Region Sjælland. Region Nordjylland havde som den eneste region et fald på 6,6 % i antallet af besøg.

**Figur 1.** Procentvis ændring i antal kontakter (telefonkonsultationer, konsultationer og besøg) i dagtid fra 2011 til 2013 fordelt på regioner.



E-konsultation er ikke vist i figuren, fordi den store stigning vil ændre x-aksen (højere værdier), så udviklingen i telefonkonsultationer, konsultationer og besøgs-konsultationer ville blive svær at aflæse.

### Vagttid

Antallet af kontakter til lægevagten steg fra 2011 til 2013 i Region Midtjylland (4,3 %), Region Hovedstaden (2,1 %) og Region Sjælland (0,5 %). I de to andre regioner aftog antallet af patientkontakter i samme periode (3,8 % i Region Nordjylland og 1,3 % i Region Syddanmark).

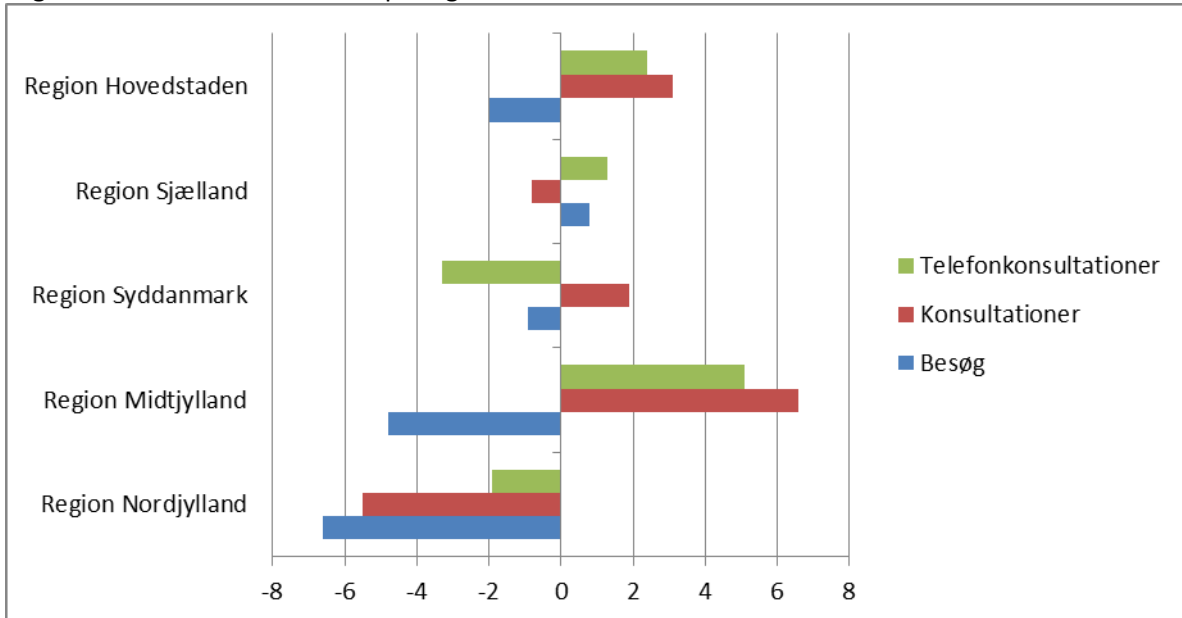
Antallet af telefonkonsultationer fra 2011 til 2013 steg ligeledes i Region Midtjylland (5,1 %), Region Hovedstaden (2,4 %) og Region Sjælland (1,3 %)(Tabel 5, Figur 2). I Region Midtjylland var der samtidig en stigning i antallet af konsultationer i lægevagten (6,6 %). Dette var også tilfældet i Region Hovedstaden (3,1 %) og Region Syddanmark (1,9 %). Antallet af konsultationer faldt derimod i Region Nordjylland (5,5 %) og Region Sjælland (0,8 %).

Antallet af besøg i lægevagten faldt i næsten alle regioner fra 2011 til 2013 (bortset fra Region Sjælland med en stigning på 0,8 %). I Region Nordjylland aftog antallet med 6,6 %, i Region Midtjylland med 4,8 %, i Region med Hovedstaden 2,0 % og i Region Syddanmark med 0,9 %.

**Tabel 5.** Antal kontakter til almen praksis i vagttid for hver region i 2011, 2012 og 2013.

	2011	2012	2013
Region Hovedstaden	n (%)	n (%)	n (%)
I alt	798.317	776.388	815.260
Telefonkonsultationer	475.363 (59,5)	468.845 (60,4)	486.584 (59,7)
Konsultationer	239.412 (30,0)	227.292 (29,3)	246.840 (30,3)
Besøg	83.542 (10,5)	80.251 (10,3)	81.836 (10,0)
<b>Region Sjælland</b>			
I alt	431.861	408.573	434.149
Telefonkonsultationer	241.381 (55,9)	231.092 (56,6)	244.437 (56,3)
Konsultationer	144.224 (33,4)	131.559 (32,2)	143.071 (33,0)
Besøg	46.256 (10,7)	45.922 (11,2)	46.641 (10,7)
<b>Region Syddanmark</b>			
I alt	587.769	580.506	579.936
Telefonkonsultationer	338.794 (57,6)	336.606 (58,0)	327.705 (56,5)
Konsultationer	196.310 (33,4)	191.825 (33,0)	200.053 (34,5)
Besøg	52.665 (9,0)	52.075 (9,0)	52.178 (9,0)
<b>Region Midtjylland</b>			
I alt	634.978	645.491	662.149
Telefonkonsultationer	375.403 (59,1)	387.301 (60,0)	394.683 (59,6)
Konsultationer	178.851 (28,2)	178.689 (27,7)	190.594 (28,8)
Besøg	80.724 (12,7)	79.501 (12,3)	76.872 (11,6)
<b>Region Nordjylland</b>			
I alt	299.752	283.852	288.350
Telefonkonsultationer	149.149 (49,8)	143.228 (50,5)	146.346 (50,8)
Konsultationer	124.047 (41,4)	115.496 (40,7)	117.188 (40,6)
Besøg	26.556 (8,9)	25.128 (8,9)	24.816 (8,6)

**Figur 2.** Procentvis ændring i antal kontakter (telefonkonsultationer, konsultationer og besøg) i vagttid fra 2011 til 2013 fordelt på regioner.



## Akutaftalen i Region Midtjylland

Vi fandt, at antallet af patientkontakter i almen praksis i dagtid aftog med 2,2 %, mens antallet steg med 8,7 % i lægevagten efter implementeringen af akutaftalen (Tabel 6). Efter akutaftalen havde skadestuerne 12,0 % færre patientkontakter end før akutaftalen. Antallet af henvendelser til præhospitalet steg med 1,8 % efter akutaftalen. Henvendelser som blev afsluttet med telefonrådgivning udgjorde over 50 % af den samlede stigning på trods af at denne type kontakter udgør mindre end 10 % af samtlige kontakter til præhospitalet.

I almen praksis i dagtid faldt antallet af telefonkonsultationer med 8,7 %, konsultationer faldt med 2,2 % og besøg faldt med 0,5 %. Derimod havde antallet af e-konsultation en stigning på 20,9 %. I lægevagten var der en forøgelse i antallet af telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %), mens der var færre besøg (-0,3 %) efter akutaftalen end før akutaftalen.

**Tabel 6.** Antal patientkontakter og procentvis ændring før og efter akutaftalen for hhv. almen praksis i dagtid, lægevagten, skadestuer og præhospitalet.

	Før akutaftalen <sup>1</sup>	Efter akutaftalen <sup>1</sup>	Ændring i (%)
<b>Almen praksis (dagtid) i alt</b>	8.090.459	7.912.579	-177.880 (- 2,2)
Telefonkonsultation	2.722.305	2.485.853	-236.452 (-8,7)
E-mail kommunikation	752.078	909.528	157.450 (20,9)
Konsultation	4.521.939	4.423.520	-98.419 (-2,2)
Besøg	94.137	93.678	-459 (-0,5)
<b>Lægevagten i alt</b>	638.449	693.819	55.370 (8,7)
Telefonkonsultation	380.233	415.609	35.376 (9,3)
Konsultation	177.253	197.969	20.716 (11,7)
Besøg	80.449	80.241	-208 (-0,3)
<b>Skadestuer i alt</b>	151.469	133.288	-18.181 (- 12,0)
<b>Præhospitalet i alt</b>	156.332	159.224	2.892 (1,8)
Ambulance	111.298	112.056	758 (0,7)
Liggende transport	32.265	32.794	529 (1,6)
Telefonrådgivning <sup>2</sup>	12.769	14.374	1.605 (12,6)

<sup>1</sup> Før: 1. september 2011 – 31. august 2012 og efter: 1. september 2012 – 31. august 2013

<sup>2</sup> n = 24.243 manglede dato og tidspunkt og er derfor umulige at gruppere før eller efter akutaftalen

Samlet set var der i dagtid et fald i antallet af kontakter på 2,1 % i den østlige del af regionen og 3,0 % i den vestlige del (Tabel 7). Det stigende antal patienthenvendelser til lægevagten efter akutaftalen var størst blandt patienter bosat i øst (øst: 9,2 %, vest: 4,4 %). I skadestuerne faldt antallet af patienthenvendelser efter akutaftalen - dette fald var størst i den østlige del af regionen (øst: 25,2 %, vest: 3,2 %). For præhospitalet steg antallet af henvendelser efter akutaftalen, hvilket var størst i den vestlige del af regionen (vest: 6,2 %, øst: 1,7 %).

**Table 7. Øst-vest-fordeling og procentvis ændring før og efter akutaftalen.**

	Øst			Vest		
	Før	Efter	Ændring (%)	Før	Efter	Ændring (%)
Almen praksis, dagtid <sup>1</sup>	6.800.313	6.659.548	-140.765 (- 2,1)	1.226.044	1.189.752	-36.292 (- 3,0)
Lægevagten <sup>2</sup>	527.158	575.817	48.659 (9,2)	91.443	95.440	3.997 (4,4)
Skadestuer	95.328	69.676	-25.652 (-26,9)	23.493	22.746	-747 (-3,2)
Præhospitalet <sup>3</sup>	85.360	86.847	1.487 (1,7)	21.069	22.383	1.314 (6,2)

<sup>1</sup> Før: 8.090.459 (i alt 64.102 havde postnummer uden for Region Midtjylland). Efter: 8,090,459 (i alt 63,279 havde postnummer uden for Region Midtjylland)

<sup>2</sup> Før: 639.131 (i alt 19.848 havde postnummer uden for Region Midtjylland). Efter: 694.607 (i alt 22.563 havde postnummer uden for Region Midtjylland)

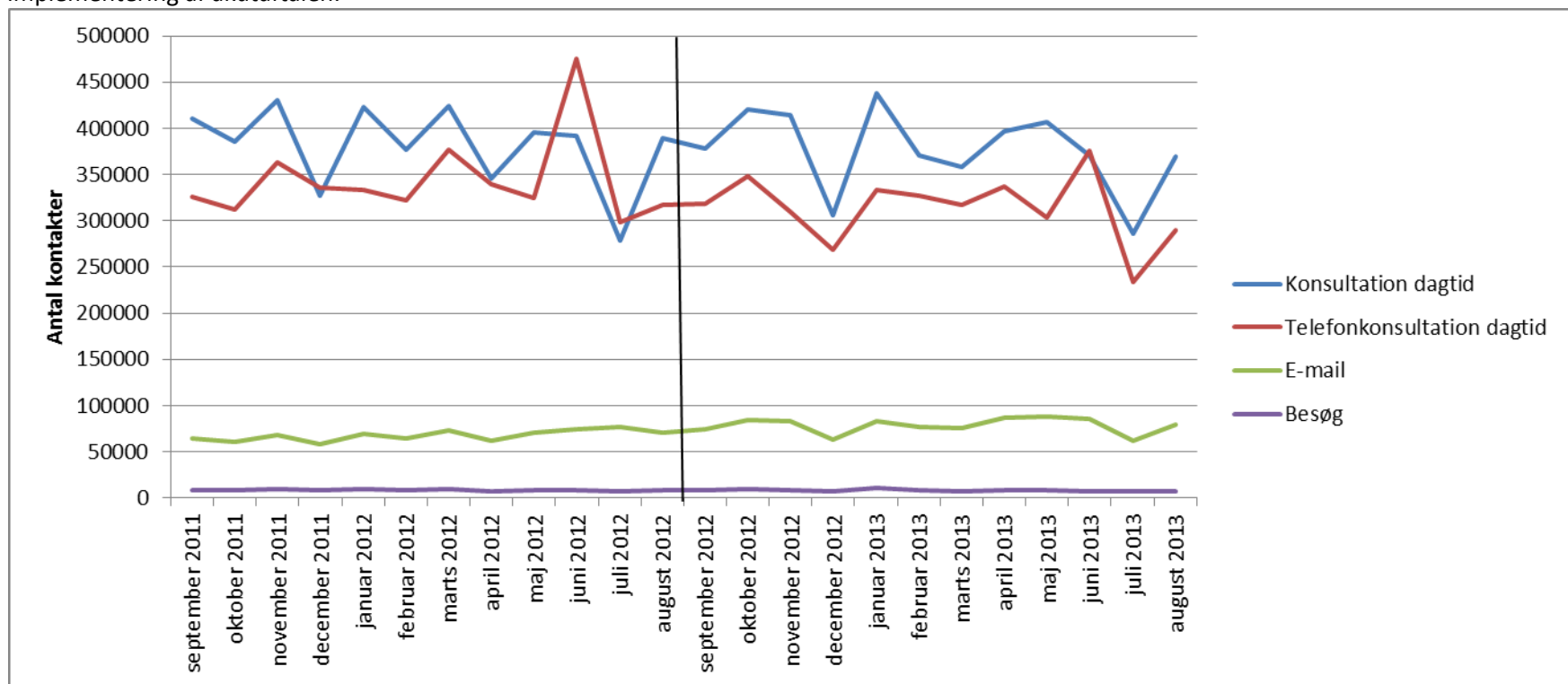
<sup>3</sup> Antal kontakter til præhospitalet i alt var 315.556, deraf manglede der postnummer for 99.897 kontakter

Figur 3 viser udviklingen i antal kontakter for de forskellige kontakttypen i dagtid (telefonkonsultation, konsultation, e-konsultation og besøg) for hver måned før og efter implementeringen af akutaftalen. De største ændringer ses i antallet af telefonkonsultationer med en faldende tendens over de viste måneder - dog med en kortvarigstigning i juni 2012. Antallet af e-konsultationer fortsatte stigningen også efter akutaftalen. Antallet af besøg var nærmest uændret i de viste måneder, ligesom antallet af konsultationer ikke varierede meget før og efter akutaftalen – dog med et fald i december 2012 og juli 2013. Man skal her igen huske på, at der på landsplan var et samlet fald i aktiviteten i almen praksis fra 2011 til 2013.

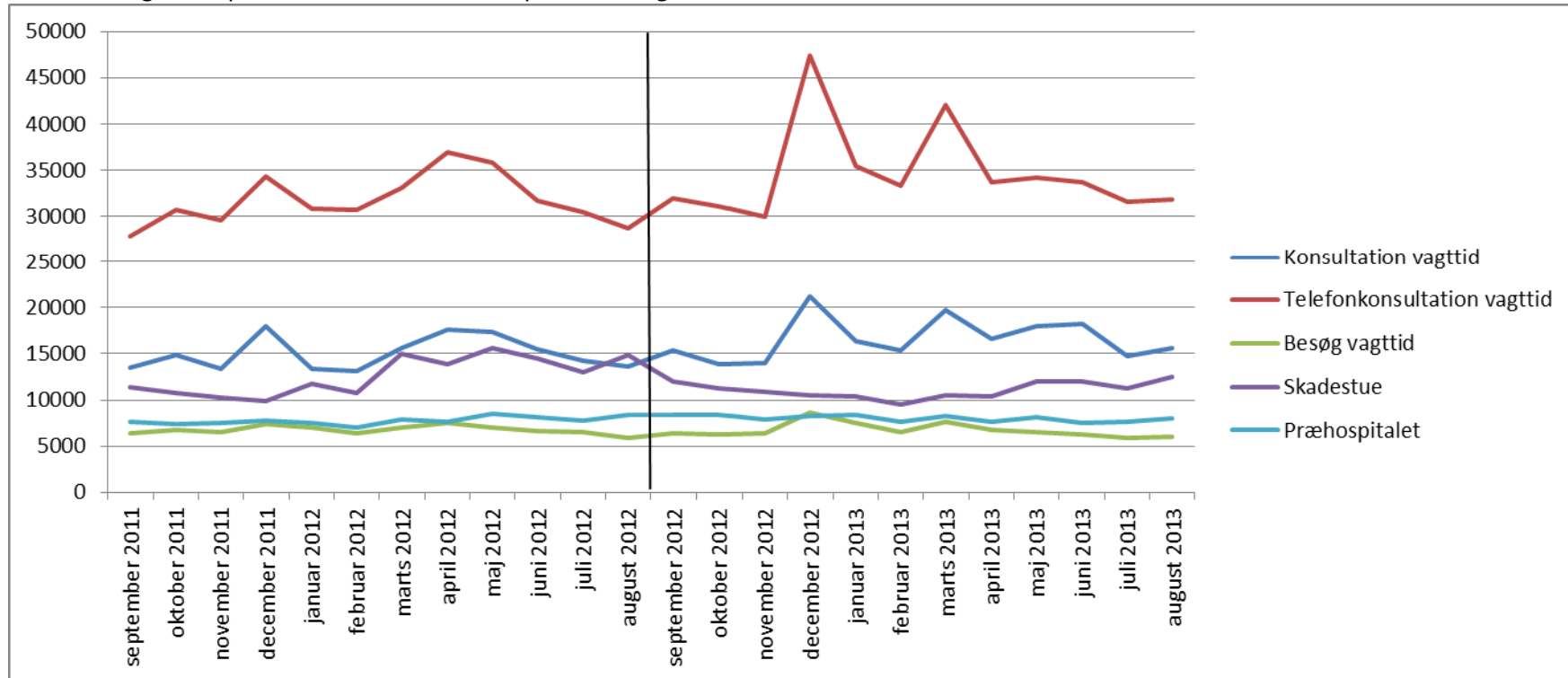
Figur 4 viser udviklingen i antallet af kontakttypen i vagttid før og efter akutaftalen. Det ses, at antallet af telefonkonsultationer og konsultationer i lægevagten er steget efter implementeringen af akutaftalen. Antallet af besøg ligger nærmest stabilt måned for måned, dog med en stigning i december 2012. Patientantallet i skadestuerne var støt faldende efter akutaftalen – på nær en lille stigning i april 2013.



**Figur 3.** Antal kontakter til almen praksis i dagtid fordelt på konsultationstype og måned. Den sorte lodrette streg ved september 2012 illustrerer implementering af akutaftalen.



**Figur 4.** Antal kontakter til lægevagten (telefonkonsultation, konsultation og besøg) og til skadestuer og præhospitalet fordelt på måned. Den sorte lodrette streg ved september 2012 illustrerer implementering af akutaftalen.



## Patientkarakteristik

I Region Midtjylland har patientpopulationen ikke ændret sig efter akutaftalen (Tabel 8). Det er stadig kvinder, som oftest kontakter almen praksis i dagtid (før akutaftalen: 60,1 % kvinder og 39,9 % mænd, efter akutaftalen: 60,3 % kvinder og 39,7 % mænd) og lægevagten (før akutaftalen: 55,0 % kvinder og 45,0 % mænd, efter akutaftalen: 54,6 % kvinder og 45,4 % mænd). Mænd udgør fortsat over halvdelen af kontakterne til skadestuen (før akutaftalen: 54,1 % mænd og 45,9 % kvinder, efter akutaftalen: 52,7 % mænd og 47,3 % kvinder).

I dagtid udgjorde patienter over 31 år størstedelen (før akutaftalen: 71,3 % > 31 år og 28,7 % < 31 år, efter akutaftalen: 71,5 % > 31 år og 28,5 % < 31 år). Derimod var det især yngre patienter, der kontaktede lægevagten, idet næsten halvdelen af patienterne var under 31 år (før akutaftalen: 55,4 %, efter akutaftalen: 54,5 %). Den yngre del af befolkningen var også overrepræsenteret på skadestuerne (før akutaftalen: 46,7 % < 31 år, efter akutaftalen: 42,7 %).

Kontakter med valide CPR-numre registreret i datamaterialet fra præhospitalet viser, at det oftest var mænd (før akutaftalen: 48,9 % mænd, 47,6 % kvinder, efter akutaftalen: 49,5 % mænd, 46,2 % kvinder) og personer over 50 år (før akutaftalen: 71,9 % > 50 år, 28,1 % < 50 år, efter akutaftalen: 71,3 % > 50 år, 24,4 % < 50 år), som kontaktede præhospitalet, men tallene har ikke ændret sig nævneværdigt efter implementeringen af akutaftalen. Datamaterialet fra præhospitalet manglede dog CPR-oplysninger på mange patienter, hvilket giver stor usikkerhed på estimaterne for køn og alder.

**Tabel 8.** Fordeling på køn og alder for patienter, der har haft kontakt med almen praksis i dagtid, lægevagten eller skadestue før og efter akutaftalen.

	Før akutaftalen			
	Almen praksis i dagtid N = 8.090.459 n (%)	Lægevagten N = 638.449 n (%)	Skadestuen N = 151.469 n (%)	Præhospitalet <sup>1</sup> N = 156.332 n (%)
<b>Køn</b>				
Mænd	3.231.203 (39,9)	287.586 (45,0)	81.947 (54,1)	76.499 (48,9)
Kvinder	4.859.256 (60,1)	350.863 (55,0)	69.522 (45,9)	74.370 (47,6)
<b>Alder i år</b>				
< 18	1.482.595 (18,3)	273.134 (42,8)	40.765 (26,9)	6.226 (4,0)
18 – 30	838.828 (10,4)	80.332 (12,6)	30.036 (19,8)	11.859 (7,6)
31 – 50	2.095.945 (25,9)	131.862 (20,7)	33.111 (21,9)	20.404 (13,1)
51 – 70	2.417.199 (29,9)	89.090 (14,0)	26.073 (17,2)	39.075 (25,0)
> 70	1.255.892 (15,5)	64.031 (10,0)	21.484 (14,2)	73.305 (46,9)
	Efter akutaftalen			
	Almen praksis i dagtid N = 7.912.579 n (%)	Lægevagten N = 693.819 n (%)	Skadestuen N = 133.288 n (%)	Præhospitalet <sup>2</sup> N = 159.224 n (%)
<b>Køn</b>				
Mænd	3.144.189 (39,7)	315.086 (45,4)	70.265 (52,7)	78.850 (49,5)
Kvinder	4.768.390 (60,3)	378.733 (54,6)	63.023 (47,3)	73.505 (46,2)
<b>Alder</b>				
< 18	1.422.756 (18,0)	292.358 (42,1)	30.405 (22,8)	6.929 (4,4)
18 – 30	835.108 (10,6)	86.234 (12,4)	26.550 (19,9)	11.455 (7,2)

31 – 50	2.038.310 (25,8)	144.537 (20,8)	28.445 (21,3)	20.434 (12,8)
51 – 70	2.364.035 (29,9)	99.420 (14,3)	25.346 (19,0)	40.941 (25,7)
> 70	1.252.370 (15,8)	71.270 (10,3)	22.542 (16,9)	72.596 (45,6)

<sup>1</sup> Før: i alt 156.332 (i alt 5.463 var registreret uden validt CPR-nummer)

<sup>2</sup> Efter: i alt 159.224 (i alt 6.869 var registreret uden validt CPR-nummer)

## Tillægsydelser

### Almen praksis dagtid

Samlet var der en lille stigning på 0,2 % i antallet af tillægsydelser efter akutaftalen i almen praksis i dagtid (Tabel 9). Der blev udført 9,4 % flere "næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk", 4,5 % flere "førstebehandling af større sår", 2,8 % flere "førstebehandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger", 2,4 % flere "anlæggelse af immobiliserende bandage" og 2,0 % flere "fjernelse af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg" efter akutaftalen. Derudover blev tillægsydelser i dagtid udført i mindre grad efter akutaftalen: 12,1 % færre "fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl", 9,1 % færre "førstebehandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led", 7,4 % færre "fjernelse af negl" og 4,0 % færre "reposition af store leddskred, fod, knæ, hofte, albue eller skulder".

**Tabel 9.** Antal og fordeling af tillægsydelser udført i almen praksis i dagtid i Region Midtjylland før og efter implementering af akutaftalen.

	Før akutaftalen n (%)	Efter akutaftalen n (%)	Ændring n (%)
Tillægsydelser i alt	84.484	84.644	160 (0,2)
Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger <sup>1</sup>	356 (0,4)	366 (0,4)	10 (2,8)
Reposition af store leddskred, fod, knæ, hofte, albue eller skulder <sup>2</sup>	124 (0,1)	119 (0,1)	-5 (-4,0)
Førstebehandling af brud på skinneben, lår, over- og underarm <sup>3</sup>	143 (0,2)	220 (0,3)	77 (53,8)
Fjernelse af negl <sup>4</sup>	1.182 (1,4)	1.094 (1,3)	88 (-7,4)
Førstebehandling af større sår <sup>5</sup>	32.588 (38,6)	34.069 (40,2)	1.481 (4,5)
Førstebehandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led <sup>6</sup>	12.737 (15,1)	11.579 (13,7)	-1.158 (-9,1)
Anlæggelse af immobiliserende bandage <sup>7</sup>	22.133 (26,2)	22.666 (26,8)	533 (2,4)
Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk <sup>8</sup>	181 (0,2)	198 (0,2)	17 (9,4)
Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl <sup>9</sup>	7.152 (8,5)	6.284 (7,4)	-868 (-12,1)
Fjernelse af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg <sup>10</sup>	7.888 (9,3)	8.049 (9,5)	161 (2,0)

<sup>1</sup>ydelseskode 2124, <sup>2</sup>ydelseskode 2123, <sup>3</sup>ydelseskode 2122, <sup>4</sup>ydelseskode 2115, <sup>5</sup>ydelseskode 2112, <sup>6</sup>ydelseskode 2111, <sup>7</sup>ydelseskode 2109, <sup>8</sup>ydelseskode 2108, <sup>9</sup>ydelseskode 2107, <sup>10</sup>ydelseskode 2105

## Almen praksis i vagttid

Udførte tillægsydelser steg med 34,7 % efter implementeringen af akutaftalen (Tabel 10).

Deriblandt blev der udført flere ”førstebehandling af større sår”, ”anlæggelse af immobiliserende bandage” og ”fjernelse af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg”.

**Tabel 10.** Antal og fordeling af tillægsydelser udført i lægevagten i Region Midtjylland før og efter implementeringen af akutaftalen.

	Før	Efter	Ændring
	akutaftalen	akutaftalen	
I alt	27.319	36.798	9.479 (34,7)
Behandling af store udbredte læsioner eller forbrændinger <sup>1</sup>	201 (0,7)	227 (0,6)	26 (12,9)
Reposition af store ledeskred, fod, knæ, hofte, albue eller skulder <sup>2</sup>	53 (0,2)	83 (0,2)	30 (56,6)
Førstebehandling af brud på skinneben, lår, over-og underarm <sup>3</sup>	451 (1,7)	563 (1,5)	112 (24,8)
Fjernelse af negl <sup>4</sup>	82 (0,3)	122 (0,3)	40 (48,8)
Førstebehandling af større sår <sup>5</sup>	13.357 (48,9)	18.200 (49,5)	4.843 (36,3)
Førstebehandling af mindre knoglebrud og reposition af skred i mindre led <sup>6</sup>	2.091 (7,7)	2.769 (7,5)	678 (32,4)
Anlæggelse af immobiliserende bandage <sup>7</sup>	6.663 (24,4)	9.663 (26,3)	3.000 (45,0)
Næsetamponade, standsning af blødning efter tandudtræk <sup>8</sup>	113 (0,4)	142 (0,4)	29 (25,7)
Fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl <sup>9</sup>	633 (2,3)	833 (2,3)	200 (31,6)
Fjernelse af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg <sup>10</sup>	3.675 (13,5)	4.196 (11,4)	521 (14,2)

<sup>1</sup>ydelseskode 2124, <sup>2</sup>ydelseskode 2123, <sup>3</sup>ydelseskode 2122, <sup>4</sup>ydelseskode 2115, <sup>5</sup>ydelseskode 2112, <sup>6</sup>ydelseskode 2111, <sup>7</sup>ydelseskode 2109, <sup>8</sup>ydelseskode 2108, <sup>9</sup>ydelseskode 2107, <sup>10</sup>ydelseskode 2105

## Skadestuer/akutafdelinger

I det følgende ser vi nærmere på skadestuekontakter, der kan relateres til skader. Her er valgt ICD-10-koderne for S00-T98, som har en samlet overskrift: læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger. I forhold til før akutaftalen fandt vi, at sygehuslægerne har registeret 13,1 % færre skader af denne type i undersøgelsesperioden efter indførelsen af akutaftalen (Tabel 11).

**Tabel 11.** Antal kontakter (med diagnosekode for skade) til skadestuer i Region Midtjylland før og efter akutaftalen.

	Før akutaftalen	Efter akutaftalen	Ændring
	n	n	
I alt (alle kontakter)	151.469	133.288	18.181 (-12,0)
Kontakter med ICD-10 kode: S00-T98	91.757	79.702	12.055 (-13,1)

## Røntgenundersøgelser

### Dagtid

En meget lille andel af patienterne i almen praksis får taget et røntgenbillede inden for 24 timer efter deres kontakt til praksis. Det var tilfældet både før akutaftalen (0,15 %) og efter (0,18 %) (Tabel 12).

### Vagttid

Før akutaftalen havde 3,2 % af patienterne i lægevagtskonsultationerne fået foretaget en røntgenundersøgelse inden for 24 timer. Efter akutaftalen var dette antal steget til 4,9 %. Efter akutaftalen var der således en relativ stigning på 53,0 %.

### Skadestuer

Før akutaftalen fik 28,7 % af alle skadestuepatienter udført en røntgenundersøgelse, hvilket faldt til 25,8 % efter akutaftalen. Efter akutaftalen blev der således samlet udført færre røntgenundersøgelser (-2.387) på patienter inden for 24 timer efter kontakt til enten almen praksis, lægevagten eller skadestue/akutafdeling/-klinik.

**Tabel 12.** Røntgenundersøgelser (radiologisk procedurekoder UXZ) inden for 24 timer efter kontakt til dagtid, vagttid og skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker før og efter akutaftalen.

	Før akutaftalen n (%)	Efter akutaftalen n (%)	Ændring <sup>1</sup> n (%)
<b>Dagtid</b>			
Antal patienter i alt (konsultation og besøg) <sup>2</sup>	4.616.076	4.519.198	
Patienter fra dagtid til røntgen	7.036 (0,15)	8.281 (0,18)	1.245 (20,2)
<b>Vagttid</b>			
Antal patienter i alt (konsultation og besøg) <sup>3</sup>	257.702	278.210	
Patienter fra lægevagt til røntgen	8.311 (3,2)	13.724 (4,9)	5.413 (53,0)
<b>Skadestuer</b>			
Antal patienter i alt	151.469	133.288	
Patienter fra skadestue til røntgen	43.409 (28,7)	34.364 (25,8)	-9.045 (-10,0)

<sup>1</sup>Ændring beregnet i absolutte antal og som ændring i andelene, der fik foretaget en røntgenundersøgelse

<sup>2</sup>Vi formoder, at en læge skal have tilset skaden, før patienten henvises til røntgen. N indeholder derfor kun patientkontakter for konsultation og besøg

<sup>3</sup>Vi formoder, at en læge skal have tilset skaden, før patienten henvises til røntgen. N indeholder derfor kun patientkontakter for konsultation og besøg

### Laboratorieundersøgelser

I dagtid faldt antallet af laboratorieydelse med 7,5 % efter implementeringen af akutaftalen (Tabel 13). Antallet af glukosemålinger faldt med 35,1 %, svælg-/streptokok-antigen-test faldt med 12,5 %, måling af hæmoglobin faldt med 2,3 % og urinundersøgelse ved stix faldt med 0,6 %.

I vagttiden var der derimod en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser (48,9 %) efter implementeringen af akutaftalen. Der blev især udført flere målinger af hæmoglobin, maskinel leukocyt- og differentialtælling og C-reaktivt protein (CRP). Startniveauet for disse målinger var meget lavt, hvorfor det giver nogle meget høje procentvise stigninger.

**Table 13.** Udførte laboratorieydelse i almen praksis i dagtid og i lægevagten i Region Midtjylland før og efter akutaftalen.

	Dagtid		
	Før akutaftalen N = 8.090.459 n (%)	Efter akutaftalen N = 7.912.579 n (%)	Ændring n (%)
I alt	1.239.081 (15,1)	1.146.173 (14,5)	-92.908 (-7,5)
Urinundersøgelse ved stix <sup>1</sup>	287.140 (3,5)	285.436 (3,6)	-1.704 (-0,6)
Svælg-/streptokok-antigen <sup>2</sup>	97.622 (1,2)	85.431 (1,1)	-12.191 (-12,5)
Maskinel leukocyt- og diff. tælling <sup>3</sup>	76.751 (0,9)	78.007 (1,0)	1.256 (1,6)
C-reaktivt protein (CRP) <sup>4</sup>	299.081 (3,7)	311.147 (3,9)	12.066 (4,0)
Hæmoglobin <sup>5</sup>	230.235 (2,8)	224.915 (2,8)	-5.320 (-2,3)
Glukose <sup>6</sup>	248.252 (3,1)	161.237 (2,0)	-87.015 (-35,1)
	Vagttid		
	Før akutaftalen N = 638.449 n (%)	Efter Akutaftalen N = 693.819 n (%)	Ændring n (%)
I alt	38.784 (6,1)	57.749 (8,3)	18.965 (48,9)
Urinundersøgelse ved stix <sup>1</sup>	13.677 (2,1)	15.501 (2,2)	1.824 (13,3)
Svælg-/streptokok-antigen <sup>2</sup>	19.069 (3,0)	17.726 (2,6)	-1.343 (-7,0)
Maskinel leukocyt- og diff. tælling <sup>3</sup>	37 (0,0)	218 (0,0)	181 (489,2)
C-reaktivt protein (CRP) <sup>4</sup>	4.202 (0,7)	21.063 (3,0)	16.861 (401,3)
Hæmoglobin <sup>5</sup>	195 (0,0)	1256 (0,2)	1.061 (544,1)
Glukose <sup>6</sup>	1604 (0,3)	1985 (0,3)	381 (23,8)

<sup>1</sup>Ydelseskode 7101, <sup>2</sup>ydelseskode 7109, <sup>3</sup>ydelseskode 7115, <sup>4</sup>ydelseskode 7120, <sup>5</sup>ydelseskode 7108, <sup>6</sup>ydelseskode 7136

### Recepter

Antallet af indløste recepter for alle patienter, der i en 12-måneders periode har været i kontakt med almen praksis i dag- eller vagttid faldt 4,7 % fra før til efter akutaftalen (Table 14). For mænd var der 5,1 % færre indløste recepter efter akutaftalen, mens der for kvinder var 3,7 % færre. Udviklingen med færre recepter gjaldt alle aldersgrupper, men var mest udtalt for patienter under 18 år (11,1 %).

**Table 14.** Antal indløste recepter for patienter (fordelt på køn og alder) før og efter akutaftalen.

	Almen praksis i dagtid og lægevagten		Ændring (%)
	Før akutaftalen N = 8.725.908 n (%)	Efter akutaftalen N = 8.606.398 n (%)	
<b>Indløste recepter i alt</b>	8.838.907 (101,2)	8.425.951 (97,9)	-412.956 (-4,7)
<b>Køn</b>			
Mænd	279.411 (3,2)	265.096 (3,1)	-14.315 (-5,1)
Kvinder	544.454 (6,2)	524.400 (6,1)	-20.054 (-3,7)
<b>Alder, år</b>			
< 18	94.228 (1,1)	83.809 (1,0)	-10.419 (-11,1)
18 – 30	110.554 (1,3)	106.282 (1,2)	-4.272 (-3,9)
31 – 50	184.469 (2,1)	173.350 (2,0)	-11.119 (-6,0)
51 – 70	197.335 (2,3)	194.702 (2,3)	-2.633 (-1,3)
70 +	237.279 (2,7)	231.353 (2,7)	-5.926 (-2,5)

Datamaterialet tillod ikke at difference mellem, om patienten havde været i dag- eller vagttid før receptindløsning

## Patientflow

I Tabel 15 har vi taget udgangspunkt i patienter, der har været i lægevagtkonsultationen. Vi har opgjort, hvor mange der har henvendt sig til egen læge, haft en ny kontakt til lægevagten eller en kontakt til skadestuen inden for henholdsvis 24 og 72 timer efter konsultationen i lægevagten. Med hensyn til kontakter til skadestue/akutafdeling, er tallene opgjort for 24 timer efter lægevagtkonsultation.

Før implementeringen af akutaftalen havde 10,6 % af patienterne kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling inden for 24 timer efter konsultationen i lægevagten, mens det gjaldt for 9,5 % af patienterne efter akutaftalen (Tabel 15). Andelen af patienter med en ny kontakt inden for 24 timer faldt således med 10,6 %. Tilsvarende havde 23,2 % en ny kontakt til sundhedsvæsenet indenfor 3 døgn før akutaftalen, mens det var 20,8 % efter (fald på 10,3 %).

Samlet set er det ca. 3,7 % af patienterne, som efter en lægevagtkonsultation havde en ny kontakt til lægevagten inden for 24 timer, mens det var 6,0 % inden for 72 timer.

**Tabel 15.** Kontakter til egen læge, lægevagt og skadestue/akutafdeling indenfor 24 og 72 timer efter en konsultation i lægevagten (opdelt på kontaktype).

	Før akutaftalen		Efter akutaftalen		Ændring (%) <sup>1</sup>	
	n = 177.253		n = 197.969			
	24 timer	72 timer	24 timer	72 timer	24 timer	72 timer
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Antal nye kontakter i alt</b>	18.794 (10,6)	41.095 (23,2)	18.764 (9,5)	41.165 (20,8)	-10,6	-10,3
<b>Dagtid</b>						
Telefonkonsultation	1.529 (0,9)	7.088 (4,0)	1.495 (0,8)	6.811 (3,4)	-12,5	-14,0
Konsultation	1.880 (1,1)	13.884 (7,8)	1.976 (1,0)	13.992 (7,1)	-5,9	-9,8
Besøg	21 (0,0)	92 (0,1)	28 (0,0)	104 (0,1)	19,4	1,2
<b>Lægevagt</b>						
Konsultationen	620 (0,3)	1.737 (1,0)	696 (0,4)	1.848 (0,9)	0,5	-4,7
Telefonkonsultation	6.024 (3,4)	9.091 (5,1)	6.267 (3,2)	9.610 (4,9)	-6,9	-5,4
Besøg	212 (0,1)	438 (0,2)	246 (0,1)	464 (0,2)	3,9	-5,1
<b>Skadestuen</b>	8.511 (4,8)	8.765 (4,9)	8.054 (4,1)	8.336 (4,2)	-15,3	-14,8

<sup>1</sup> Ændring beregnet som forskellen i andelen af patienter, der har haft en ny kontakt



## Diskussion

### Hovedresultater

Antallet af kontakter i almen praksis i dagtid faldt fra 2011 til 2013 i alle fem regioner (i Region Midtjylland var faldet 1,8 %). Der var generelt færre telefonkonsultationer og konsultationer i 2013 end i 2011 (i Region Midtjylland var der et fald i telefonkonsultationer på 13,9 % og et fald i konsultationer på 0,9 %). Til gengæld var der en markant stigning i antallet af e-konsultationer (i Region Midtjylland var der en stigning på 41,0 %). I fire ud af fem regioner var antallet af besøg steget (i Region Midtjylland var der en stigning 5,2 %).

I vagttid havde Region Midtjylland og Region Sjælland en stigning i antallet af patientkontakter fra 2011 til 2013 (stigningen i Region Midtjylland var på 6,6 %), mens de andre regioner havde et fald. Antallet af telefonkonsultationer i lægevagten steg i tre ud af fem regioner, deriblandt Region Midtjylland (stigning på 5,1 %), der samtidig havde en stigning i antallet af konsultationer (stigning på 6,6 %). Antallet af besøg faldt i fire ud af fem regioner (fald i Region Midtjylland på 4,8 %).

### Akutaftalen i Region Midtjylland

Indførelsen af akutaftalen har ikke ændret på køn- og aldersfordelingen på de patienter, som har kontakt med egen læge, lægevagten eller skadestue/akutafdeling. Det er fortsat kvinder, som oftest kontakter almen praksis i både dag- og vagttid, mens mænd og yngre udgør størstedelen af patientgruppen i skadestuerne, hvilket ikke adskiller sig fra den eksisterende litteratur (1-3). Det er oftest mænd og personer over 50 år, som kontakter præhospitalet. Det er dog vigtigt at nævne, at datamaterialet fra præhospitalet manglede CPR-oplysninger for mange patienter, hvilket giver stor usikkerhed på vores estimater for køn og alder.

### Dagtid

I forbindelse med akutaftalens nye visitationsregler forventede man, at almen praksis i dagtid ville modtage flere patienthenvendelser – især vedrørende skader. Denne undersøgelse viser, at der var 2,2 % færre patientkontakter i dagtid efter implementeringen af akutaftalen, hvilket således er modsat det forventede. Det faldende antal patientkontakter skyldes næppe akutaftalen, da der er et generelt fald i aktiviteten i almen praksis i hele landet i samme periode.

Selvom det samlede antal kontakter er faldet i dagtid, fylder skaderelaterede behandlinger mere efter indførelse af akutaftalen. Endvidere udføres der flere "første behandling af større sår" (4,5 %), "anlæggelse af immobiliserende bandage" (2,4 %) og flere "fjernelse af fremmedlegeme i øje, øregang, næse og svælg" i dagtid (2,0 %). Til gengæld udføres der færre "fjernelse af fremmedlegeme under hud eller negl" (12,1 %). Akutaftalen synes således at have forårsaget en stigning i antallet af kontakter på grund af skader, men denne stigning fylder mindre end den i øvrigt faldende aktivitet i almen praksis i dagtiden.

### Vagttid

Efter akutaftalen var der i vagttid en markant stigning i antallet af telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %). Dette var en forventet udvikling, eftersom vagtlægerne i forbindelse med akutaftalen overtog visitationen af de kontakter, der før var rettet til skadestuerne telefon-visitatation. Derudover forventede man, at vagtlægerne kunne behandle flere skader end før, hvilket også har vist sig at være tilfældet, da antallet af tillægsydelser for skaderelateret behandling er steget markant efter akutaftalen.

Det stigende antal af røntgenundersøgelser blandt patienter, der har været i kontakt med almen praksis, tyder desuden på, at alment praktiserende læger påbegynder behandling af flere skader end tidligere i både dag- og vagttid.

### Skadestue

Aktiviteten i skadestuerne/akutafdelingerne/akutklinikkerne er faldet efter implementeringen af akutaftalen, og der blev foretaget færre røntgenundersøgelser af patienterne. På baggrund af vores data kan vi ikke udlede, om der er tale om en generel udvikling i Danmark. For Region Midtjylland skyldes denne udvikling formentlig (i det mindste delvist) implementeringen af akutaftalen, idet lægevagten nu behandler flere småskader og sender flere patienter til røntgenundersøgelser end tidligere. Der er nu indgået en aftale om, at vurdering og behandling af alle patienter, som almen praksis sender til "skaderøntgen", overgår til skadestue/akutafdeling/akutklinikker. Det har øget aktiviteten lidt på skadestuerne, men har også været med til at fjerne usikkerheden om, hvorvidt en patient skulle retur til almen praksis efter røntgen, da der i den første periode efter indførelse af akutaftalen var forskellige rutiner i forskellige områder i regionen.

### Præhospital

Antallet af borgerhenvendelser til præhospitalet er steget lidt (1,8 %) efter implementeringen af akutaftalen. Der var især flere henvendelser, som blev afsluttet i telefonen efter akutaftalen end før.

### Undersøgelser

I forhold til før akutaftalen var der efter akutaftalen en markant stigning i antallet af laboratorieundersøgelser, særligt i lægevagten (hvor der dog også blev udført meget få undersøgelser før akutaftalen). Det tyder dermed på, at vagtlægerne og de assisterende sygeplejersker gør brug af de diagnostiske redskaber, som blev tilgængelige efter akutaftalen. Om der er en sammenhæng mellem (vagt)lægerne adgang til flere diagnostiske redskaber og færre indløste recepter er dog uvist. Det kan dog ikke afvises, at en bredere vifte af blodprøveresultater kan underbygge (vagt)lægerne beslutning om f.eks. ikke at starte behandling med antibiotika (ved normale infektionstal målt på en blodprøve). Det kan være meget relevant med yderligere undersøgelser af betydningen af de øgede diagnostiske muligheder for behandling, f.eks. ordination af antibiotika.

### Ny kontakt til sundhedsvæsenet 1-3 dage efter en konsultation i lægevagten

Når det er blevet muligt at lave flere diagnostiske tests i lægevagten, så kan man forvente, at vagtlægerne kan afslutte flere patienter/forløb end tidl. Fx vil det i færre tilfælde være relevant at opfordre patienten til at kontakte egen læge efterfølgende for at få målt CRP (vurdering af evt. bakteriel infektion).

Samlet havde 10,6 % af patienterne fra konsultationen i lægevagten en ny kontakt til enten lægevagt, egen læge og skadestuen indenfor 1 døgn efter lægevagtskonsultationen før implementeringen af akutaftalen. Tilsvarende havde 23,2 % en endnu en kontakt til sundhedsvæsenet indenfor 3 døgn. Efter indførelsen af akutaftalen faldt disse andele til 9,5 % og 20,8 % eller relative fald på henholdsvis 10,6 % og 10,3 %.

Antallet er "genhenvendelser" er lavere end der er påvist i internationale undersøgelser. Dog er det ikke helt samme måde, at tallene gøres op (4-6). Desuden ses, at der er færre af de, der har været i konsultationen i lægevagten, der har en ny kontakt til lægevagten, egen læge eller skadestuen efter implementeringen af akutaftalen indenfor de efterfølgende 1-3 dage.

Dette kan tolkes som, at lægevagten generelt er velfungerende i relation til at færdigbehandle patienter, der kommer i konsultationen, og at der med indførelsen af akutaftalen er færre patienter, der nu har behov for kontakt til egen læge og lægevagten efter en lægevagtskonsultation. Det skyldes formentlig forbedrede muligheder for diagnostiske test i konsultationen i lægevagten. Men en medvirkende årsag kan også være, at der nu er flere med en mindre skade i konsultationen i lægevagten – og at der i mindre udstrækning er behov for en ny kontakt ved denne type henvendelser. Det sidste er mere vanskeligt at vurdere, da der formentlig også ofte vil være en opfølgning ved ex egen læger efter mindre skader (forstuvninger, sår osv.).

### Metodediskussion

Denne undersøgelse er primært baseret på administrative registreringsdata fra Nære sundhedstilbud og præhospitalet i Region Midtjylland og er derfor en væsentlig styrke for validiteten af vores resultater.

Datakvaliteten er en generel udfordring ved det indhentede datamateriale. Dataene fra Nære Sundhed gav os udfordringer, fordi der var flere dobbeltregistrerede ydelsesnumre. Da vi ikke kunne afgøre, hvilken af ydelserne patienterne havde fået, valgte vi at ekskludere dobbeltregistreringerne for at undgå fejlfortolkning. Data fra præhospitalet indeholdt flere ikke-valide CPR-numre for patienter, hvilket betød, at vi måtte ekskludere flere patienter fra undersøgelsen.

## Konklusion

Samlet set har der været et fald i antallet af patienthenvendelser til almen praksis i både dag- og vagttid i hele landet. Efter implementeringen af akutaftalen er antallet af patienthenvendelser til skadestuerne ligeledes faldet

Efter indførelsen af akutaftalen er andelen af patienter, der har været i konsultationen i lægevagten og som indenfor de næste 1 og 3 døgn har haft en ny kontakt til egen læge, lægevagten eller skadestuen faldet med henholdsvis 10,6 % og 10,3 %.

## Litteraturliste

1. Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten, LV-KOS 2011. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 1. version. Udgivelsesår 2012
2. Chmiel C, Huber CA, Rosemann T, et al. Walk-ins seeking treatment at an emergency department or general practitioner out-of-hours service: a cross-sectional comparison. *BMS Health Services Research* 2011. 11:94
3. Giesen P, Franssen E, Mookink H, et al. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23: 731-734
4. Moll van Charante EP, Ter Riet G, et al. Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. *BMC Fam Practice* 2006;7:74
5. Van Uden CJ, Zwietering PJ, et al. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract* 2005;6:23
6. Snooks H, Peconi J, et al. An evaluation of the appropriateness of advice and healthcare contacts made following calls to NHS Direct Wales. *BMC Health Serv Res* 2009;9:178