

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
Skadekontakters 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 enstrenget 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/øjnemingelser, 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.

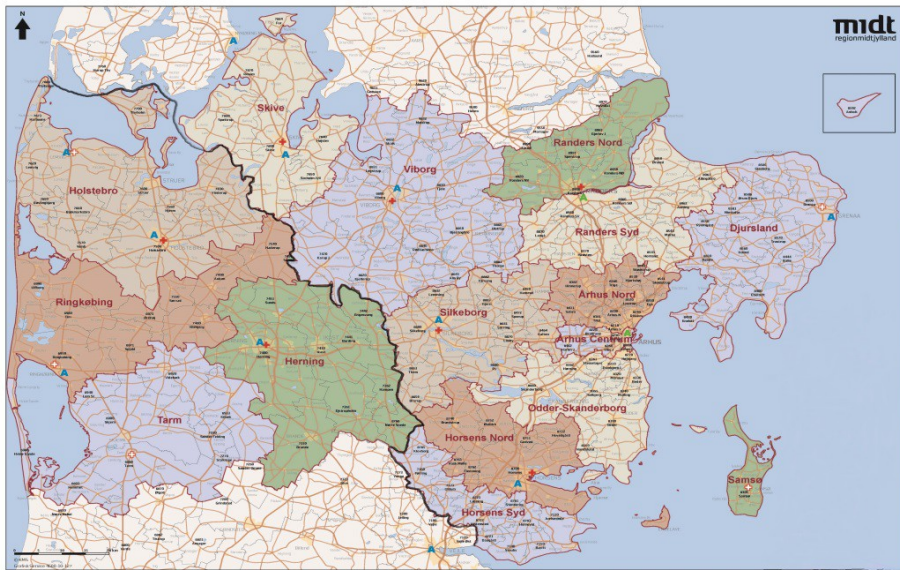
Baggrundsdata

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 chi²-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 kontakttyper 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 (%)
Læger i alt	121 (100)	165 (100)	143 (100)	222 (100)
Køn				
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)
Alder (år)				
<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)
Region				
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).

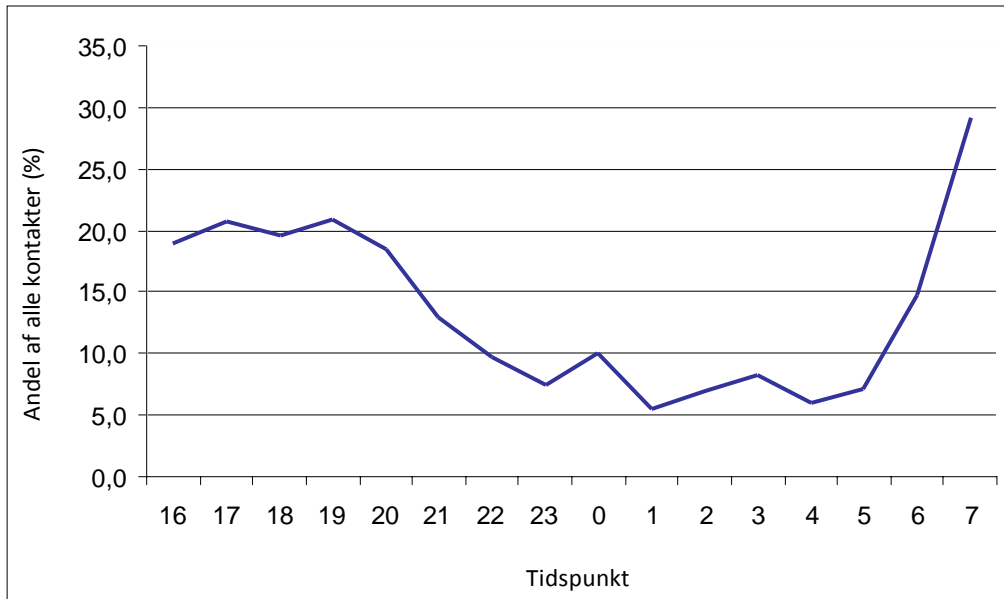
	Telefonkontakter ¹		Konsultationer	
	Skader %	Alle kontakter %	Skader %	Alle kontakter %
Hverdag vs weekend				
Hverdage	41,8	40,0	39,8	36,7
Weekend dage (inkl. fredag aften/nat)	58,2	60,0	60,2	63,3
Vagttyper				
Dagvagt (8-16)	26,1	27,3	28,6	28,8
Aftenvagt (16-24) ²	65,0	58,9	68,4	66,2
Nattevagt (0-8) ²	8,9	13,8	3,0	5,0
Region				
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

¹ Telefonkonsultationer + telefonvisitationer

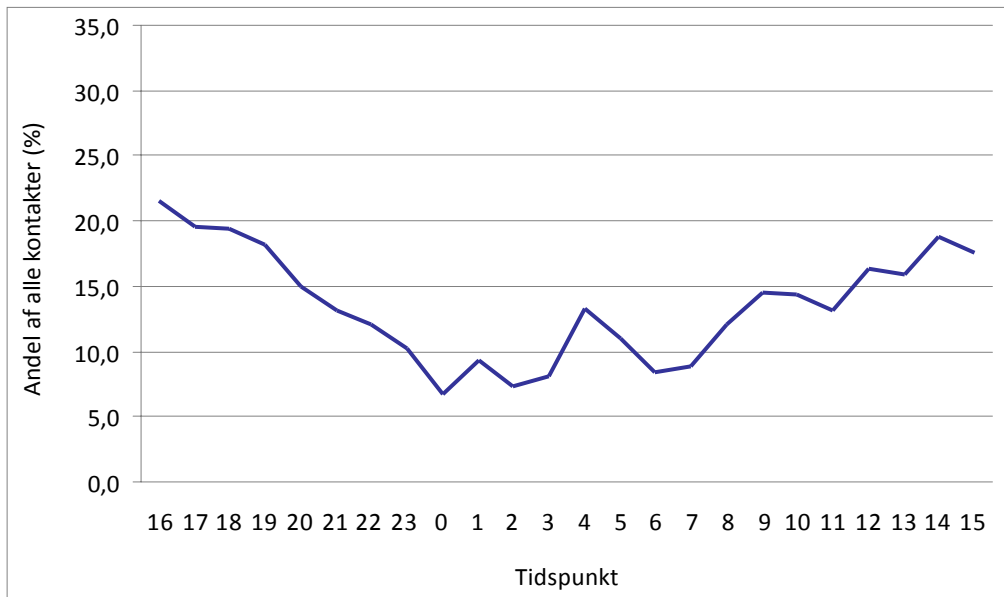
² Både hverdage og weekender

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.

Tablet 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 (%)
Muskel-skelet i alt	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)
Hud i alt	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)
Fordøjelse i alt	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)
Øjne i alt	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)
Ører i alt	6 (100)	11 (100)

Fremmedlegeme	2 (33,3)	5 (45,5)
Andet	4 (66,7)	6 (54,5)
Nervesystemet i alt	118 (100)	19 (100)
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)
Luftveje i alt	28 (100)	16 (100)
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 af skade-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 ¹	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)

¹Summen 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 ¹	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)

¹Summen 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 de 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 kontaktårsag
Skadestype...
Anden kontaktårsag:

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 bevægeapparatskader
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 besøgslæge 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