

# Den danske lægevagt i internationalt perspektiv

- en sammenlignende undersøgelse af lægevagter i  
Danmark, England, Holland, Norge og Sverige

Marts 2010



## Den danske lægevagt i internationalt perspektiv

- en sammenlignende undersøgelse af lægevagter i  
Danmark, England, Holland, Norge og Sverige

*Lone Flarup, cand.scient.san.*

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

*Morten Bondo Christensen, speciallæge i almen medicin, ph.d.*

*Peter Vedsted, professor, ph.d., læge, ass. forskningsleder*

*Frede Olesen, professor, dr.med., speciallæge i almen medicin, forskningsleder*

*Copyright:* Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet. Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

*Udgivet af:* Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, Bartholins Allé 2, 8000 Århus C, Telefon: 8942 6010, E-post: [fe@alm.au.dk](mailto:fe@alm.au.dk)

*ISBN:* 978-87-90004-11-8 (elektronisk version)

*Version:* 1. version

*Versionsdato:* 3. marts 2010

Publikationen er tilgængelig på [www.alm.au.dk](http://www.alm.au.dk)

*Citeres som:* Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vedsted P, Olesen F. Den danske lægevagt i internationalt perspektiv - en sammenlignende undersøgelse af lægevagter i Danmark, England, Holland, Norge og Sverige.

Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis. 2010.

## Indhold

Forord .....	2
1. Indledning .....	3
2. Den danske lægevagt .....	3
3. Metode .....	11
4. Resultater .....	11
4.1 Organisation og kapacitet.....	12
4.2 Aktivitet og service .....	17
4.3 Økonomi og kvalitet .....	21
4.4 "The ideal world..." .....	29
5. Diskussion .....	30
Organisation og kapacitet .....	30
Aktivitet og service .....	30
Økonomi og kvalitet .....	31
Svagheder ved dette studie.....	32
Konklusion .....	32
6. Resume .....	34
7. Referencer .....	35
Bilag 1 .....	39
Bilag 2 .....	43
Bilag 3 .....	44

## Forord

I 1992 gennemgik den danske lægevagt en meget stor ændring, som gav genlyd i vagttilrettelægningsen i en række lande. Siden har lægevagten undergået en stille udvikling med mere raffinerede edb- og telefonsystemer og med forsøg med involvering af sygeplejepersonale i konsultationen og en udvikling af kørselssystemerne med brug af taxaordninger. Grundlæggende har udviklingen fulgt 1992-reformens linje, og Danmark har en lægevagt, der nationalt er mere homogen end i de fleste lande, vi sammenligner os med.

I de seneste 2 – 3 år har der været en intensiv debat om ændring af sygehusenes akutfunktioner. På mange måder er ideerne de samme, som lå bag 1992-reformen. Patienten skal direkte vurderes af en speciallæge som led i effektiv visitation og behandling, og der skal være en præcis triagefunktion. Der er dog en væsentlig forskel på de to akutfunktioner, idet stort set alle sygehushenvendelser ender i konsultationer og tilsyn, medens mere end halvdelen af patienterne i lægevagten kan og vil nøjes med lægeligt eller andet fagligt råd. Den kvalitetsforbedring og driftsharmonisering, som sygehusenes akutfunktion nu undergår, kalder naturligt på overvejelser om, hvordan lægevagten klinisk og funktionelt fremover kan og skal samordnes med sygehusenes fælles akutmodtagelser og skadestuer.

Dette medfører igen spørgsmål om, hvad der er den mest hensigtsmæssige telefonindgang til at søge hjælp og spørgsmål om, hvordan bemandingen af triage- og rådgiverfunktionen i lægevagten bør være, og endelig rejser det spørgsmål om, hvorvidt man kan integrere og samordne de forskellige akutfunktioner, hvor også 112-funktionen er inddraget i form af bl.a. en nyorganiseret faglig visitation i denne funktion. Mange af disse spørgsmål og flere andre med relation til organisering, funktion og kvalitet kræver en nærmere belysning, inden man har et godt politisk, fagpolitisk og fagligt beslutningsgrundlag.

Uafhængigt af denne udvikling har Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus i flere omgange arbejdet med forskning i dele af lægevagts funktion, og vi har under ledelse af Lone Flarup, Grete Moth, Morten Bondo Christensen, Peter Vedsted og undertegnede planlagt en kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse i lægevagten. Vi fandt det derfor i december 2009 naturligt at sige ja til en opfordring fra Lægeforeningen om at bidrage til beskrivelsen af lægevagts funktion i et internationalt perspektiv, og dette er grundlaget for nærværende rapport.

Rapporten er således blevet til under et naturligt og stimulerende tidspres, som imidlertid har forhindret normal eksterne peer-review processer, ligesom vi af tidsmæssige hensyn næppe er kommet så langt ned i den statistiske dataindsamling og kvalitetskontrol, som det var muligt. Rapporten er blevet til i et perfekt teamsamarbejde mellem Forskningsenhedens personale og talrige mail- og telefonkontakter og anden form for kontakt med relevante kolleger i vort internationale forskernetværk. Flere af de internationale kolleger har deltaget i et møde i Århus og et døgnsseminar i København. Vi retter en varm tak til dem for deres velvilighed og åbenhed. Det samme gælder for en række personer i Danmark med relation til området.

Til slut skal det understreges, at vort mål ikke har været at foreslå løsningsmodeller, da disse vidtgående skal styres af en blanding af politiske, fagpolitiske og faglige rationaler. Vort mål har alene været at give vidensinput, som kan sikre en kvalificeret debat og et bedre beslutningsgrundlag.

Århus den 3.3.2010

Frede Olesen, Professor, forskningsleder, dr. med.

## 1. Indledning

Sundhedsvæsenet i Danmark er opbygget ud fra et princip om, at alle borgere skal have fri adgang til behandling døgnet rundt. Forskellige mekanismer skal sikre, at det sker på en relevant og kosteffektiv måde. Akutindsatsen er delt mellem lægevagt (fra kl. 16-08 på hverdage, og døgnet rundt i weekender og på helligdage), skadestue og 112. Derudover har den kommunale hjemmepleje akutfunktion i et vist omfang.

Akutområdet er ofte til diskussion, og den seneste debat har haft fokus på at nytænke og eventuelt ændre organiseringen af hele området, herunder den danske lægevagt, så den vil ligne vagtordninger i vore nabolande. Samtidig er det påfaldende, at både den politiske og faglige debat også foregår i vore nabolande. I 2000 demonstrerede hollandske praktiserende læger over lægevagts vilkår (9), og i England er konservative politikere fortsat stærkt uenige i Labours beslutning fra 2004 om at flytte ansvar og forpligtelse for Out Of Hours (OOH) fra de praktiserende læger til National Health Service (NHS) med henvisning til, at man nu har mistet en betydelig ressource og faglighed i varetagelsen af lægevagtopgaven (9). På baggrund af disse diskussioner og forslag har Lægeforeningen bedt Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet om at udarbejde en analyse af erfaringer med den danske lægevagtordning i et internationalt perspektiv og således bidrage med en forskningsmæssig og sundhedsfaglig vinkel på lægevagten.

I analysen sammenholdes den danske lægevagt med tilsvarende ordninger i henholdsvis England, Holland, Sverige og Norge. Analysen har en generel og overordnet tilgang til organisatoriske forhold i de implicerede lande og går således ikke i detaljer mht. organisering. Særligt England, Holland og Norge er interessante i sammenligningen med Danmark, fordi OOH i disse lande har undergået en udvikling inden for de seneste år, som har været stærkt inspireret af den store reform af den danske lægevagt i 1992. (10) Baggrunden for denne reform var en tiltagende utilfredshed med øget arbejdspress i vagttid, et udbredt ønske om reduktion i såvel vagtbinding som arbejdsbelastning, og ligelig fordeling af vagtbyrde samt behandlingstilbud mellem land og by. Den danske inspiration har dog den væsentlige begrænsning, at visitationen i de nævnte lande i stort omfang eller udelukkende varetages af sygeplejersker, dvs. svarende til den visitationskonstruktion, som aktuelt er til debat i Danmark - en debat, som fortrinsvis drejer sig om inddragelse af andre faggrupper i lægevagten. Yderligere en forskel i forhold til England og Sverige er, at der her væsentligst på grund af tilgængeligheds- og kapacitetsproblemer er indført en døgnåben, sygeplejerskebemandet telefonrådgivning, som i stigende omfang søges integreret med lægevagten.

## 2. Den danske lægevagt

Den aktuelle debat om lægevagten er et led i at nytænke den samlede akutorganisation i sundhedsvæsenet. I debatten indgår således overvejelser om at lade lægevagtordningen indgå i en samlet telefonisk akutvisitation og derved inddrage andre faggrupper i visitering af patienter til akut behandling, herunder også til lægevagten.

Den aktuelle danske lægevagtordning er forankret i almen praksis, og ifølge landsoverenskomsten for almen lægegerning (11) har de praktiserende læger organisatorisk og lægefagligt ansvar for etablering og tilrettelæggelse af akut almenmedicinsk behandling til alle borgere døgnet og året rundt, i tæt samarbejde med regionerne. Således er lægevagtordningen første kontakt ind i sundhedsvæsenet ved akut sygdom i vagttid, nøjagtigt svarende til de praktiserende lægers funktion og ansvarsområde i dagtid. Principperne for

lægevagtordningen har i store træk altid været sådan, men organisering, planlægning og ydelsesfordeling ændrede sig markant med lægevagtreformen i 1992.

Reformen i 1992 var et resultat af et stigende ønske hos de praktiserende læger om en omlægning af arbejdet. Lægerne havde i løbet af 1980'erne oplevet en tiltagende søgning til vagtlæge og dermed et øget pres på arbejdstilrettelæggelse og arbejdstid. Den enkelte praktiserende læge har altid haft det lægefaglige ansvar for sine egne patienter 24 timer i døgnet, men før 1992 var lægen alene om at organisere denne forpligtelse. I byerne var løsningen typisk, at flere læger delte forpligtelsen i en vagtordning, hvor Falck ofte stod for visitation, og hvor sygebesøg var den dominerende ydelse. På landet var lægen oftest alene eller samlet i smågrupper på 3-10 læger om at dele vagten, og hvor lægens familie i et vist omfang hjalp med visitation, når han var på sygebesøg. Som følge deraf oplevede landlæger et markant forøget arbejdspress, uden til gengæld at opnå løn eller øvrige vilkår på lige fod med bylægerne. Tilsvarende var servicetilbuddet til landets borgere meget uens med besøgdominerende ydelser i byen og ofte telefonisk rådgivning og henvisning til dagtid på landet. Det betød samlet en for befolkningen uens og ofte uforståelig ulighed.

Der var derfor naturligt et generelt krav om organisationsforandring, som kunne tilgodese såvel den lægeli-ge forpligtelse, rimelige arbejdsvilkår samt en retfærdig honorering og et service- og kvalitetsmæssigt ensartet tilbud over hele landet. Desuden var der et udbredt ønske om reduktion i såvel vagtbinding som arbejdsbelastning og en mere ligelig fordeling af vagtbyrden mellem land- og bylæger.

De basale principper i den nye overenskomst var, at praktiserende læger skulle bevare 24-timers forpligtelsen over for patienterne, at man døgnet rundt skulle kunne komme i kontakt med en praktiserende læge enten telefonisk eller visiteret til konsultation eller hjemmebesøg, og at lægevagtopgaven næsten udelukkende skulle varetages af praktiserende læger med en femårig speciallægeuddannelse i almen medicin. Det blev i tilrettelægningen et centralt princip, at visitorator ubetinget skulle være uddannet speciallæge i almen medicin med daglig funktion i det kliniske arbejde, samt at overenskomsten skulle tilgodese, at den enkelte vagt kun måtte vare 8 timer, at man kun var forpligtet til en nattevagt hver 35. dag og aftenvagt hver 15. dag. Aflønningen var fortsat baseret på honorar pr. ydelse. Samtidig forventede - og opnåede - man en reduktion i omkostninger til lægevagt, således at midler skulle overføres fra vagt- til dagtid. Det samlede antal kontakter er steget ca. 20 % fra før reformen i 1992 til 2008. Samtidig er der sket en væsentlig omfordeling af ydelser fra de mere omkostningstunge besøg/konsultationer til telefonkonsultationer. Dvs. at en væsentlig større andel nu (57,7 %) afsluttes med en telefonkonsultation i visitationen. Honorarstrukturen har været uændret fra 1992. Stigningen i antallet af henvendelser til lægevagten har kunnet klares inden for den samme økonomiske ramme når denne korrigeres for inflation. Antallet af henvendelser er steget med 10% fra 2000 til 2008 og honoraromkostningerne med 16%, hvilket næppe svarer til mere end inflationen i den periode.

Den nuværende organisering af lægevagtordningen er således resultatet af overenskomstaftalen mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner (Amtsrådsforeningen før strukturreformen i 2007), som trådte i kraft d. 1. januar 1992. Et af de bærende fundamentet i aftalen er, at PLO som samlet organisation hæfter for lægevagtforpligtelsen uden for praktiserende lægers almindelige åbningstid, fordelt i regionale organisationer, således at samtlige praktiserende læger i hver region indgår i en regional vagtorganisation. Hvert af de fem regionale vagtudvalg påtager sig det overordnede ansvar for tilrettelæggelse og organisering af lægevagtordningen i egen region. Principielt deles alle praktiserende læger i regionen således om ydelse af lægevagt til samtlige patienter i regionen, herunder også forpligtelsen til at bemane og

drive henholdsvis telefonisk visitation, vagtlægekonsultation og hjemmebesøgsordning. (12-14). Ofte har yngre praktiserende læger påtaget sig en relativt større andel, end de er forpligtet til og ældre læger en mindre. Denne kollegiale medstyring af den overordnede vagttilrettelægning har givet en betydelig fleksibilitet med hensyn til at klare bemandingskriser og med hensyn til op- og nedskalering af ydelsesudbud ved epidemier og i ikke-travle perioder.

Som en naturlig følge af it-udviklingen i almen praksis er der også tidligt etableret et universelt og efterhånden landsdækkende it-journalsystem med kobling til regionens sygesikringsregister, håndtering af patientstrømmene og honorering, elektronisk feedback af notater til patientens egen læge, kontakt til sygehus, apotek, cave-meddelelser m.v. - et system, som på trods af, at der ikke er adgang til de praktiserende lægers og sygehusenes journalsystemer, ikke ses tilsvarende andre steder i verden. Journalsystemet giver dels lægevagten et kvalificeret arbejdsredskab, dels understøtter det en ensartet telefonisk speciallægevurdering ved samtlige opkald. I tilslutning til systemet er der i de senere år i flere regioner udarbejdet forholdsvis enkle vagtinstrukser og andre beslutningsstøttemoduler.

Der blev således i 1992 etableret en overenskomst, som i vagttiden alene honorerer vagtlægen pr. ydelse, så den understøtter ønsket om at flytte ressourcer fra vagt- til dagtid. Derfor indeholder den takstmæssige incitamentter til at afslutte patientkontakten efter en medicinsk telefonisk rådgivning, og til evt. at henvise ikke-akutte ydelser til dagtid hvis muligt. Den øgede takst for en afsluttet telefonkonsultation sammenlignet med en viderevisitering skyldes også, at denne ydelse kræver mere tid og et sikkert lægefagligt skøn. Data fra Region Midtjylland fra 2010 viser, at vagtlæger kan visitere mindst 15 patienter pr. time.

I 2009 var der 4.111.000 grundydelse i lægevagten (visitationer, telefonkonsultationer, konsultationer og besøg). Af kontakter blev 58% afsluttet med en telefonkonsultation, 31% visiteret til en konsultation og 11% til besøg.

I 2009 var den samlede udgift til honorering af lægerne (grundydelse) i den danske lægevagt kr. 478,912,180 svarende til, at hver dansker er sygeforsikret for ca. 90 kr. årligt. Lægevagten i Danmark omfatter ca. 75% af den tid, sundhedsvæsenet fungerer døgnet rundt i Danmark.

Aktuelle udtræk fra lægevagtsystemet i Region Midtjylland viser, at 20-25% af alle telefonkonsultationer resulterer i en receptudskrivelse (omfatter både akut medicinsk behandling og receptfornyelser), hvilket svarer til ca. 14% af alle telefonhenvendelser. Forskningsenheden for Almen Praksis arbejder aktuelt på en nærmere analyse og videnskabelig beskrivelse af kontakt- og sygdomsmønstre i både dagtid ("KOS 2008") og i vagttid ("LV-KOS 2010") i Region Midtjylland, hvor de første resultater fra "KOS 2008" forventes offentliggjort medio 2010.

I de seneste to år efter kommunalreformen i 2007 (hvor lægevagten gik fra amtslig til regional organisering) har befolkningens brug af ydelser fra lægevagten ændret sig, så der i 2009 blev benyttet samlet set 4,5% færre vagtydelser sammenlignet med 2007. Faldet er sket i kraft af en lille stigning i visitationer, der afsluttes i telefonen, og deraf færre besøg og konsultationer. Samlet set er lægevagten således blevet 22 mio. kr. (3,2%) billigere at drive fra 2007 til 2009 (statistik fra Danske Regioner).

Ifølge Landsoverenskomsten, LOK, (§ 50) skal særlige krav opfyldes, for at en læge skal kunne fungere som lægevagt. For at kunne betjene den telefoniske visitation kræves det, at den visiterende læge er uddannet speciallæge i almen medicin og til dagligt fungerer som praktiserende læge (med dagtidnummer), er

færdiguddannet speciallæge i almen medicin eller i specialeuddannelsens afsluttende fase (fase III). De to sidstnævnte forudsætter en særlig aftale med det regionale samarbejdsudvalg for at få vagtydnummer. Kravet til vagtlæger i konsultation og på hjemmebesøg er, at de enten skal have daglig funktion som alment praktiserende læge, være uddannet speciallæge i almen medicin eller foruden at have autorisation som læge i tillæg have indgået en særlig aftale med det regionale samarbejdsudvalg. Derudover kan læger, som er i specialuddannelsens fase II og III, og læger fra andre specialer, efter særlig aftale med samarbejdsudvalget, fungere som lægevagt i konsultationen eller ved hjemmebesøg, men under forudsætning af, at de har en speciallæge i almen medicin som bagvagt. Iflg. LOK tilstræbes det, at den enkelte læge ikke har aftenvagt hyppigere end hver 15. døgn, og nattevagt hyppigere end hvert 35. døgn. (11).

I samarbejde med regionen er der indgået aftaler om lokaler til brug i vagten og regionsbetalt bloktilskud til edb, telefon mv. Den enkelte læge medbringer selv egne redskaber, som i egen praksis, fordi der i vagtkonsultationen oftest forefindes et begrænset udvalg af medicinsk udstyr og begrænset adgang til yderligere undersøgelser, som der i givet fald skal henvises til. Der findes ingen kvalitetskrav for regionernes indretning af konsultationslokaler. Besøgslæger medbringer egen lægetaske, og der findes endvidere mulighed for at tilmelde sig en kørselsordning, der organiseres af regionerne, typisk ved licitation til f.eks. taxi. Der findes ingen kvalitetskrav for regionens udrustning af disse biler.

Alment praktiserende læger og læger med vagtydnummer betaler et fast bidrag til den samlede organisation efter aftale med det regionale vagtudvalg.

På foranledning af Danske Regioner har regionerne, typisk i samarbejde med de lokale vagtudvalg, i løbet af ordningens funktionstid gradvist opstillet servicemål for almen praksis, herunder også for lægevagtordningen (15), eksemplificeret ved servicemål fra Region Midtjylland:

#### **Servicemål for lægevagtsordningen i Region Midtjylland (16)**

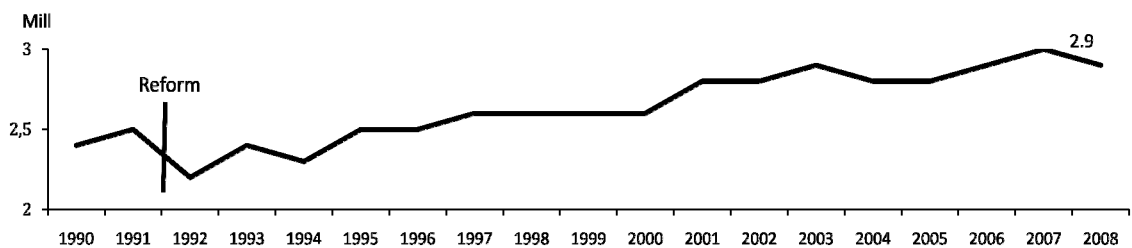
- 90 % af alle telefoniske henvendelser til lægevagten i Region Midtjylland besvares så vidt muligt af en læge inden for 5 minutter.
- 90 % af alle patienter skal så vidt muligt tilses af en vagtlæge i konsultationen senest 1 time efter ankomsten til konsultationsstedet.
- 90 % af alle hjemmebesøg aflægges af lægevagten inden for 3 timer.

Endvidere kan det forventes, at der i kraft af den praktiske udmøntning i løbet af 2010 af almen praksis' pligt til indberetning af utilsigtede hændelser (UTH) (lov nr. 288 af 15. april 2009 "Lov om ændring af sundhedsloven (Udvidet patientsikkerhedsordning)") kan dannes basis for en faglig læring og kvalitetsudvikling baseret på frivillige indberetninger. Sundhedsstyrelsen har i rapporten "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning" fra 2009 beskrevet dels patientsikkerhed, dels sundhedsfaglig, organisatorisk og brugeroplevelse kvalitet i den nuværende lægevagtordning (17).

Effekterne på ydelsesantal, ydelsesfordeling og arbejdsbelastning på områdets læger ses i Fig. 1 – 5.



Figur 1. Antal kontakter til lægevagten 1990-2008



Figur 2. Fordeling af kontakter til lægevagten 1990-2008

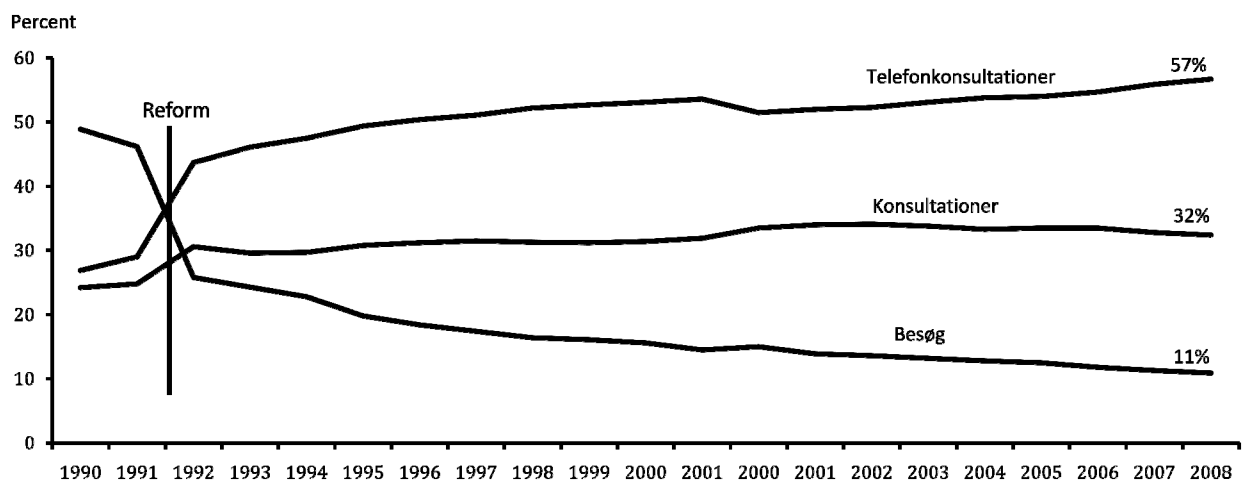


Fig. 1 viser ændringer i ydelsesforbruget efter lægevagten i 1992. Ændringerne skyldes, at såvel skadestueforbrug som lægevagtforbrug - i modsætning til forholdene for mange mere alvorlige medicinske og kirurgiske tilstande - vidtgående er styret af både biomedicinsk behov (need) og forbrugerefterspørgsel. Denne forbrugerefterspørgsel er ikke alene styret af medicinsk behov, men også af serviceønsker og ønske om lægekontakt til f. eks. receptfornyelser i vagttid (udbyderinduceret efterspørgsel). Således er det i en dansk sammenhæng tidligere vist, at skadestueforbruget varierede med en faktor 8 – 10 mellem danske amter, og at forskellen i det væsentlige skyldes forskelle i antal henvendelser om lægevagtlignende ydelser (18;19).

Hertil kommer, at behandling afhænger af behandlerens erfaring og baggrund. Et klassisk studie fra England om lette skadestuetilfælde påviste store forskelle i omfanget af den iværksatte udredning og behandling afhængigt af, om behandleren var en yngre skadestuelæge, en overlæge eller en vagtlæge, og uden forskelle i behandlingseffekt (Tabel 1).

**Table 1.** Omkostninger pr. henvendelse ved Skadestuen London Kings-College-Hosp. Fordelt på, om det er en kirurgisk overlæge, en yngre læge eller en praktiserende læge, der er læge i skadestuen. Patienter med problemer hørende til almen praksis udgjorde 41%. Der fandtes ikke forskelle ved mål af tilfredshed og brug af almen praksis op til 10 dage efter henvendelsen til skadestuen.

Læge	Excl. henvisning		Incl. henvisning	
	£	Relativ	£	Relativ
Overlæge	19,30	100	68,25	100
Yngre læge	17,97	93	44,68	77
Praktiserende læge	11,70	61	32,30	55

Kilde: Dalet & al. BMJ 1996;312:1340-4.

I Figur 2 ses at vagtomlægningen førte til store ændringer i ydelsesfordelingen i Danmark. Det er vigtigt at bemærke, at de udenlandske ordninger ikke på samme nationale måde har ændret en 'før 1992 model' til en 'efter 1992 model'. De har derimod ændret ordningerne til en dansk inspireret model med sygeplejerskebemandet eller anden paramedicinsk bemandet visitation. Dette forhold gør det vanskeligt eller rettere umuligt at bruge udenlandske erfaringer til at estimere ændringer i lægeforbrug ved en dansk omlægning anno 2010 til ikke-lægelig visitation (Boks 1).

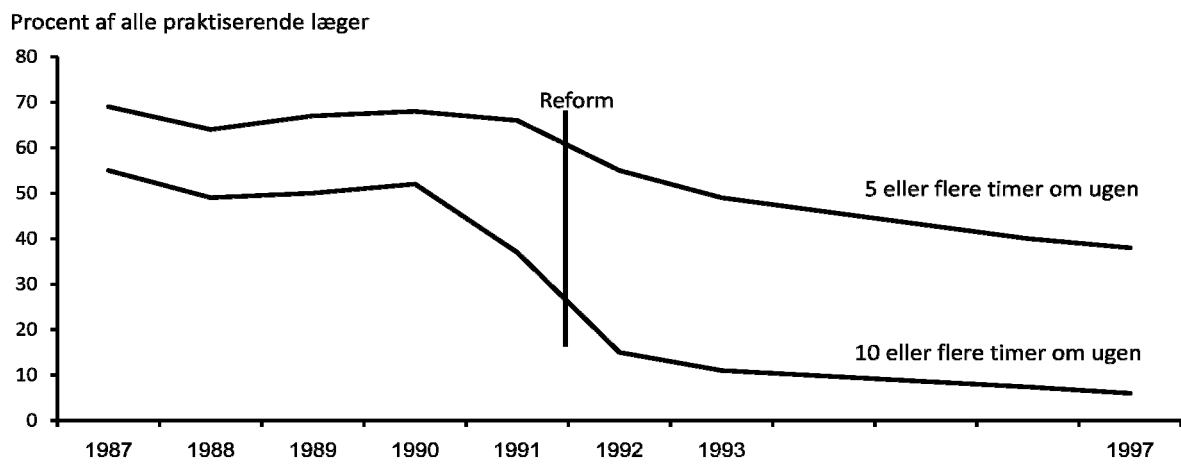
Den bemandingsmæssige rationalisering, der kan opnås ved en omlægning, blev således set i Danmark i 1992 og årene derefter. Det aktuelle forskningsspørgsmål er, om man i det samlede system kan opnå yderligere bemandings- og omkostningsmæssige effekter af at introducere sygeplejevisitering. Som det senere vil fremgå, kan dette spørgsmål ikke besvares på grundlag af den foreliggende litteratur, som i øvrigt skal tolkes med yderste varsomhed på grund af den store dynamik, der er i systemet ved omlægning (Boks 1).

#### **Boks 1**

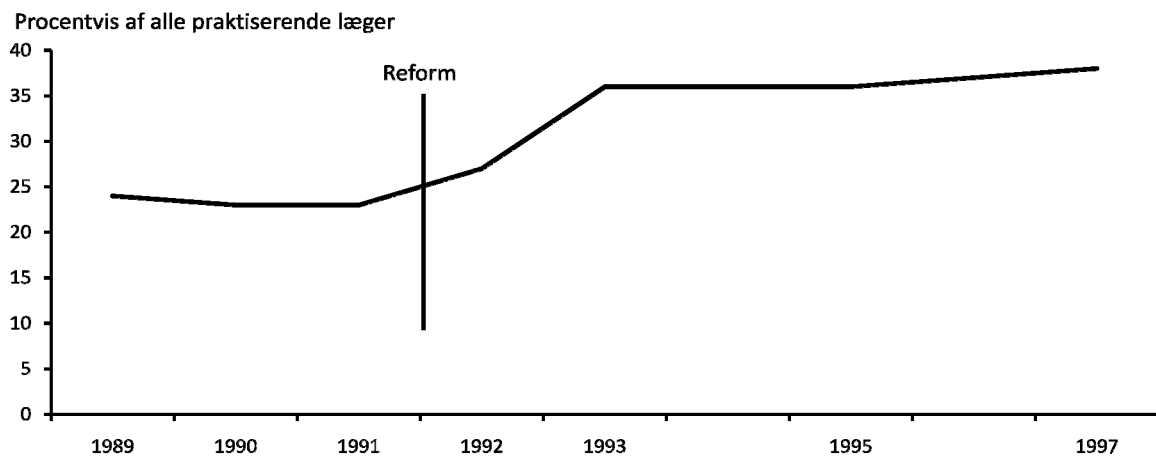
Udenlandske artikler med estimater om mulige besparelser i lægeforbrug i vagten skal tolkes med yderste forsigtighed, hvis de skal omsættes til danske forhold anno 2010. Disse artikler sammenligner typisk et lægescenarie, som har store lighedstræk til situationen i Danmark før 1992 med en situation med sygeplejevisitation efter en dansk 2010-model. Vi har ikke kendskab til scenarier, hvor man sammenligner en lægebemandet 2010-lignende model med en sygeplejebemandet 2010 model. En sådan sammenligning vil være den relevante som led i et dansk beslutningsgrundlag for eventuelt at ændre lægevagten.

Det er endeligt bemærkelsesværdigt, at flere praktiserende læger står uden for lægevagten nu, selv om alle overenskomstmæssigt er forpligtigede til at tage deres andel. Dette skyldes, som illustreret i Fig. 3–5, at en del praktiserende læger og kommende praktiserende læger har været rede til at tage mere end deres relative, forpligtigede andel. Denne koordinerede arbejdsfordeling sker i samarbejde med lokale lægevagtsudvalg.

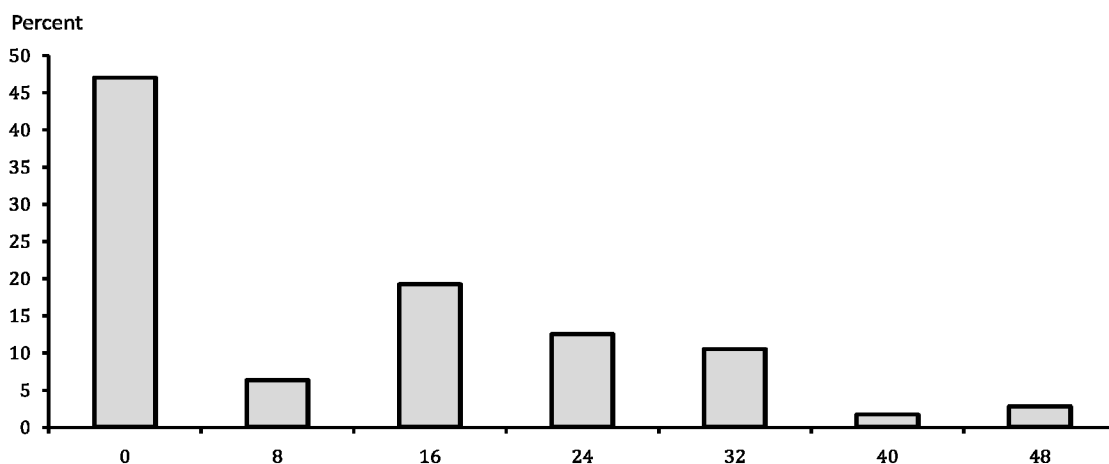
**Figur 3.** Vagtbelastning angivet som den procentvise andel af danske praktiserende læger, der har henholdsvis mindst 5 eller 10 timers lægevagtsarbejde pr. uge. (fra 1987 til 1997). (Ref.: Praksistælling 1987- 1998, PLO)



**Figur 4.** Procentvis andel af praktiserende læger, der ikke har vægtlægearbejde fra 1987 til 1997. (Ref.: Praksistælling 1987- 1998, PLO)



**Figur 5.** Antal timer med vagtarbejde pr. måned for praktiserende læger i Århus området 2010 (n=287 praktiserende læger). Ref.: Tal er oplyst af vagtchef Jens Peter Geil (Region Midtjylland)



En sammenligning af den danske lægevagt med især England, Norge og Holland er interessant uanset ovenstående principielle begrænsninger i den foreliggende litteratur, fordi man i disse lande har foretaget organisationsændringer i OOH-organiseringen lig de ændringer, der indgår i den danske debat (4;10;20;21). OOH er et felt, som giver anledning til lægefaglig, servicemæssig og politisk opmærksomhed, og i de tre lande har der været en relativt høj og voksende forskningsaktivitet på området sammenlignet med Danmark. Senest har man fra *Universitair Medisch Centrum St Radboud* iværksat et internationalt forskningsprojekt, som skal sammenligne befolkningers brug af samtlige akutydelser i OOH, hvor også Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet deltager. I Norge oprettede man i 2005 et nationalt finansieret forsknings- og videnscenter "*Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaktsmedisin*" ved det almenmedicinske miljø i Bergen, fordi feltet vurderes at have en særegen og væsentlig betydning i sundhedssektoren, og derfor behøver en særlig videnskabelig opmærksomhed. I Danmark har der ved de almenmedicinske forskningsmiljøer været forskning i flere aspekter af lægevagten (22;23). Danmark har dog ikke som i Norge haft en strategisk satsning på langvarig forskning og udvikling af området. I England mener sundhedsforskere, at OOH og akutområdet er ved at udvikle sig til et særligt medicinsk specialeområde.

Formålet med denne rapport er at analysere erfaringer med den danske lægevagt i et internationalt perspektiv i sammenligning med OOH i England, Holland, Sverige og Norge.

I analysen har der været fokus på tre overordnede spørgsmål:

- Hvor effektiv er den danske lægevagtordning sammenlignet med de nævnte øvrige lande?
- Hvilke erfaringer er der med hensyn til at have forskellige udbydere og forskellige sundhedsfaggrupper i bemanningen?
- Hvordan er sammenhængen med det øvrige akutsystem?

### 3. Metode

Denne rapport baserer sig på Forskningsenheden for Almen Praksis' hidtidige og igangværende forskning indenfor lægevagtområdet, på vores internationale netværk på forskningsområdet, på litteraturstudier og på ad hoc undersøgelser og analyser i forbindelse med denne rapport. For at kvalificere den sammenlignende analyse af OOH, har det været nødvendigt at supplere den fremsøgte litteratur med semistruktureret interview af centralt placerede, aktive fremtrædende nøglerepræsentanter fra forskningsmiljøer omkring OOH i de undersøgte lande (se i øvrigt bilag 3). Således er rapporten udført som et kombineret litteratur-, interview- og korrespondancestudie. For at sikre en så sammenfattende tekst som muligt har vi ikke opdelt resultaterne i en del for hver dataindsamlingsmetode, ligesom vi har sammenskrevet data med angivelse af datakilde.

De gennemgående fokusområder for såvel litteratursøgning som interviewguide er i overordnede træk givet i opdraget fra Lægeforeningen og PLO. Fokusområderne er *organisation, kapacitet, aktivitet og service, økonomi og kvalitet*.

#### **Bilag**

Bilag 1: Søgeprotokol.

Bilag 2: Overordnet interviewguide (udelukkende til brug internt i arbejdsgruppen, og er ikke alene repræsentativ for stillede spørgsmål og diskussion).

Bilag 3: Oversigt over seminardeltagere d. 22. januar 2010.

#### **3.1 Begrebsafklaring**

- *Out-of-hours care* og *Out-of-hours service* anvendes synonymt. Forkortes i rapporten OOH. Denne rapport har udelukkende fokus på den del af OOH, som omfatter det vi i Danmark forbinder med "lægevagten" og altså den del af sundhedsvæsenet, der tager sig af akut sygdom, der ikke hører under alarmopkald og traumekald/katastrofeberedskab. I nogle lande er det dog ikke muligt helt at adskille alarmopkald fra de øvrige opkald og det er nærmere anført i beskrivelsen.
- *Triage* anvendes i denne rapport synonymt med *visitation*.
- I rapporten beskrives OOH i England som har en del organisationsfællesskab med den øvrige del af United Kingdom (UK). Organiseringen af OOH i Nordirland, Wales og Skotland kan dog have varianter.

### 4. Resultater

Litteraturgennemgang og interviews med fremtrædende nøglepersoner for OOH i England, Holland, Sverige og Norge viser, at disse landes lægevagtordninger er både organisatorisk og fagligt væsentlig forskellige fra den danske lægevagtordning. Størst lighed med den danske ordning har lægevagtordninger i Holland, England og Norge, dog med den væsentlige forskel, at man i disse lande har sygeplejersker/assistenter i første linje, og ikke speciallæger i almen medicin som i Danmark. De fire lægevagtordninger beskrives uddybende nedenfor med udgangspunkt i fokusområderne:

- Organisation og kapacitet.
- Aktivitet og service.
- Økonomi og kvalitet.

#### **4.1 Organisation og kapacitet**

##### *England*

OOH i England har gennem de seneste 20 år gennemgået en betydelig organisatorisk udvikling. I årene omkring 1990 – 1995 påkaldte den danske lægevagtreform sig betydelig opmærksomhed i England, idet lægerne havde præcist de samme problemer, som førte til reformen i Danmark. Før 2004 blev vagtlægeforpligtelsen tilrettelagt og organiseret af de lokale praktiserende læger, i ordninger som havde lighedstræk med lægevagter i Danmark før 1992, og en del lokalområder havde bl.a. inspireret af den danske reform helt eller delvist kopieret denne. Vagtarbejde blev enten varetaget af områdets egne læger, evt. i enheder af varierende størrelser (*cooperatives*), eller der kunne indgås kontraktlig aftale med kommercielle firmaer (*deputising services*), om varetagelse af hele eller dele af vagttiden (20;24-27).

I forbindelse med sundhedsreformen i 2004 blev det statslige sundhedsvæsen *National Health Service* (NHS), forpligtet til at organisere OOH, herunder også lægevagten, og praktiserende læger kunne fraskrive sig den traditionelle 24/7 forpligtelse mod en vis nedgang i honorarer. Ved samme reform indførte man *Quality and Outcomes Framework* (QOF), der betød en øget honorering af lægerne i dagtid. De læger, der deltog i vagt kunne optjene et honorar, som var større end det de fraskrev sig i forbindelse med reformen.

Ved reformen i 2004 blev England opdelt i 152 *NHS primary care trusts*, som lokalt blev forpligtet til at organisere bl.a. lægevagt og ansvaret for organisering af lægevagt blev flyttet fra de praktiserende læger til den enkelte trusts forvaltning. Mod en nedgang i honorar frasiger 90% af de praktiserende læger sig nu vagtforpligtigelsen udenfor normal dagtid. I mange trusts er OOH præget af lægemangel og kortvarige vikarsættelser, fordi vagtlægearbejdet som konsekvens varetages af praktiserende læger med varierende anciennitet og nationalitet (ofte fra ikke-engelsk-talende lande). Arbejdet som vagtlæge forudsætter dog principielt både specialuddannelse i almen medicin, og godkendelse til at praktisere i almen medicin i England. Derudover skal lægen godkendes og opføres på en særlig vagtliste i den pågældende trust, for at kunne udføre vagtarbejde. Har den pågældende læge ikke haft funktion i almen praksis indenfor de seneste 12 måneder, fjernes lægen fra listen, og kan dermed ikke virke i hverken dag- eller vagttid. NHS søger at sikre det faglige niveau igennem et rådgivende udvalg i trustens forvaltning. Flere studier viser størst patienttilfredshed ved konsultation hos kooperativets egne læger frem for løst ansatte vikarer, en tendens til en højere grad af kontinuitet i behandlingen, og færre udskrevne recepter. (9;25-30).

Hver trust har et befolkningsgrundlag på omkring 3-500.000 indbyggere, og blandt andet på grund af geografiske og befolkningsmæssige variationer, ses der forskelle i udmøntning af den decentrale forvaltning. Ved behov for lægehjælp kan patienten ringe direkte til det lokale OOH telefonnummer, eller til *NHS-Direct*, den nationale sundhedsfaglige tjeneste. *NHS-Direct* kan tilgås via internettet eller på en gratis telefonlinje, uanset om man i området bruger *NHS-Direct* som visitation til OOH. Telefonvisitation i de lokale OOH telefonvisitationer betjenes af sygeplejersker, sekretærer eller andet sundhedspersonale og ikke af læger. På *NHS-Direct* foretages visitationen primært af sekretærer eller andre ikke-sundhedsuddannet personale, som understøttes af et it-baseret triage system. Uanset indgang til lægevagten, visiteres patienten enten til konsultation hos den vagthavende læge, eller til telefonisk konsultation (vagthavende læge eller sygeplejerske ringer efterfølgende tilbage) eller til hjemmebesøg. Visitationskapaciteten er 4-6 patienter pr. time pr. visitator. (9;25;29;31-34).

Der er ikke udviklet elektronisk epikriseafsendelse til egen læge pga. udfordringer med fortrolighed. Vagtjournalnotat indskrives kun i dagtidsjournal, hvis kontakten sker indenfor egen læges elektroniske system. Der er ikke elektronisk forbindelse til sygehus, ambulance, hjemmepleje eller apotek. (9).

#### *Holland*

Siden 2003 har næsten samtlige praktiserende læger i Holland været organiseret i 130 lægestyrede kooperativer, som varetager lægevagtforsikring i turnusordning svarende til den danske lægevagtorganisation. Kooperativerne er placeret i byerne, tæt på hospitaler, hvorfor patienter kan have op til 35 km kørsel til nærmeste læge. Nogle kooperativer er integreret med skadestue, mens andre har særskilte konsultationer. Til flere af kooperativerne hører en særligt udstyret akutbil, som umiddelbart ligner en dansk lægebil. Bilen er udstyret med et bredt udvalg af akutudstyr til håndtering af alvorlige akutte medicinske tilstande. (4-6;8;20;35-39).

De fleste kooperativer (95%) kræver telefonisk visitation inden lægekonsultation, men enkelte steder kan patienter komme uden forudgående telefonisk aftale. Sygeplejersker (ca. 20%) eller *doctorassistants* (ca. 80%) varetager den telefoniske vurdering, rådgivning og visitation, og ved vurderet behov kan patienten visiteres til lægekonsultation, til telefonisk lægekonsultation (lægen ringer til patienten) eller til hjemmebesøg (2;4;8). Foruden sygeplejersker og/eller assistenter omfatter vagtpersonalet oftest en læge, der fungerer som superviserende telefonlæge og bagvagt for det visiterende personale, og som ved behov kan overtage vanskelige visitationer (9). Den vagthavende læge skal underskrive de notater, der laves af sygeplejerskerne og assistenterne og er således ansvarlig for disse.

*Doctorassistants* kan udelukkende have funktion i OOH, og er ikke kvalificerede til arbejde på sygehus. Jobbet varetages ofte af personer, som i øvrigt har andre beskæftigelser i dagtiden. Der er en særlig oplæring for disse personaler. Oplæringen er målrettet særlige funktioner forbundet med vurdering og visitation af patienter og vagtarbejde i OOH.

Til den telefoniske visitation er udviklet et særligt it-baseret triage system, beslutningsstøtte, og særlige guidelines for akut triagering. Brugen af guidelines og beslutningsstøttesystemet er ikke obligatorisk. Kapacitet i telefonivisitationen er 4-6 patienter pr. time pr. visitator.

Der er udelukkende elektronisk forbindelse mellem OOH og dagtidslæge indenfor samme kooperativ, ikke på tværs af kooperativer. En langsigtet vision er at få udviklet en elektronisk patientjournal, som følger patienten i alle systemer på tværs af sektorer. (9).

#### *Sverige*

Sverige udgøres af 21 *län*, som på baggrund af Lov om Vårdval er forpligtet til at tilbyde og tilrettelægge alle sundhedsydelser i primær-sektor, herunder også lægevagt. Loven, der blev yderligere liberaliseret pr. 1. januar 2010, giver vide rammer for decentral udmøntning, og med undtagelse af Stockholms og Jönköpings *län*, tilrettelægges lægevagtydelser i store træk som beskrevet her. I Stockholms *Län* er lægevagt integreret i nærsygehuse og varetages således i vagtordningen på sygehusene. Ens for de svenske systemer er dog, at telefonivisitation betjenes af sygeplejersker eller andet *vårdpersonale*, og inddragelse af læge sker efterfølgende ved vurderet behov.

*Vårdcentralerne* er distriktslægetilbuddet i dagtid, og af ressourcemæssige årsager indgår flere *vårdcentraler* aftale om samarbejde i fælles OOH, *jourmottagning/jourcentral* i vagttid. Antallet af *jourcentraler* i hvert landsting afhænger af patientunderlag og geografiske forhold. Disse kan enten være placeret selvstændigt, i forbindelse med en af landstingets *vårdcentraler* eller på et hospital i forbindelse med et akutafsnit. I vagttid er *jourcentralen* oftest bemandede med læge og sygeplejerske, og eventuelt en sundhedsassistent (afhængig af distriktets størrelse). Oftest er vagttid kl. 17-22 på hverdage, og kl. 8-22 i weekender og på helldage (varierer distrikterne imellem). Det varierer, hvorvidt patienterne møder uanmeldt på *jourcentralerne*, eller om der kræves telefonisk visitation.

*Jourcentralerne* er ubemandede om natten, men i nogle distrikter har en læge nattevagt fra hjemmet og kan i forbindelse med uopsættelige situationer kaldes til hjemmebesøg via alarmtelefoner. Hjemmebesøg foregår i egen bil eller taxa, bortset fra i Stockholm, Göteborg og Malmö, som har særlige vagtbiler. Især for Stockholms vedkommende er hjemmebesøg den primære indkomstkilde til *vårdcentralernes* drift.

I dele af Sverige oplever man i disse år en betydelig lægemangel, hvorfor man er nødt til at nedlægge *jourcentralerne* helt eller delvist. Ved behov for lægehjælp må patienterne i de ramte områder (særligt Värmland) kontakte nærmeste sygehus eller vente med lægehjælp til næste hverdag. Generelt er der i de svenske *jourcentraler* ikke uddannelsesmæssige krav til vagthavende læge. I vagttid ses derfor ofte læger med forskellig anciennitet og baggrund, med eller uden specialuddannelse, medicinstuderende i afsluttende fase eller læger fra andre lande. (9;9;31;40-45).

Sundhedsrådgivningen "1177" er et forholdsvist nyt landsdækkende og døgnåbent tilbud, som foruden at være telefonisk tjeneste også er en åben søgeportal om sundhed og helbred. Hvert *län* har egne telefonnumre til *jourcentraler*, som er uafhængig af det nationale alarmnummer, 112, men i stigende omfang henviser alle landsting (på nær Stockholms og Jönköpings län) til den landsdækkende rådgivningstelefon, 1177, som i tillæg ofte fungerer som visitation til *jourcentralerne*. Også sygehusenes akutafdelinger benytter sig i stigende omfang af 1177 som telefoniske visitation i vagttid for således at frigøre personale til patientbehandling. Stockholms Län benytter et privat firma til telefonvisitationsopgaven, og Jönköping har udviklet et system lignende 1177.

1177 betjenes udelukkende af særligt oplærte sygeplejersker, som med udgangspunkt i patientens symptomer, navigerer igennem et beslutningsstøttende it-system. Patienten vurderes og triageres så præcist som muligt ift. behov for omgående hjælp, hjælp indenfor 12 timer, hjælp næste hverdag, eller anbefales at kontakte egen læge ved lejlighed. Bemandingen på 1177 er varierende med døgnet og efter behov ift. ydre omstændigheder, fx. ved spidsbelastninger som under H1N1 epidemien, hvor bemandingen øges. Kapaciteten for telefoniske visitationer er 4-6 patienter pr. time pr. sygeplejerske (9;31;46).

Telefoniske henvendelser til såvel *jourcentraler* som til 1177 er gratis, men der opkræves brugerbetaling for hhv. konsultation og hjemmebesøg. Skadestuerne er åbne, og der opkræves brugerbetaling for skadestuebesøg. Snitfladen mellem skadestue, sygehus og lægevagt er flere steder i Sverige upræcis, og en del vagtydelser går efterfølgende til videre behandling i åbne ambulatorier eller via skadestue til specialambulatorier. Dette og den sundhedsorganisatoriske decentralisering gør det meget vanskeligt (også for vores svenske kontakter) at finde statistik over forbruget af ydelser i vagten.



Der er ikke udviklet elektronisk it-forbindelse mellem vagt- og dagtidslæge. 1177 har ingen adgang til patientjournaler hos praktiserende læge eller hospitaler (9).

### *Norge*

Ifølge Kommunehelsetjenesteloven har hver kommune i Norge pligt til at etablere og drive en lægevagtcen-  
tral med 24-timers telefontilgængelighed, som i udgangspunktet er organiseret ud fra, at praktiserende  
læger indgår i en 24-timers turnusordning. Radiostyret alarmering foregår simultant til både vagthavende  
praktiserende læge og den lokale ambulancetjeneste, således at den vagthavende læge, udover at varetage  
klinikarbejdet med egne patienter i tillæg er forpligtet til at deltage i vagtområdet. Disse alarmeringer gæl-  
der ved alle typer af alarmeringer (hjertestop, trafikuheld o.a.).

Af ressourcemæssige årsager har 2/3 af Norges 433 kommuner valgt at indgå i et tværkommunalt samar-  
bejde, så vagtarbejdet i hele eller dele af vagtperioderne fordeles på flere læger, men samtidig kan det  
medføre geografisk store vagtområder. I 2009 var der 220 lægevagtdistrikter, organiseret i 118 fælleskom-  
munale og 102 kommunale lægevagtordninger og med 146 lægevagtcentraler. Fire ud af ti lægevagtcentra-  
ler fungerer i egne lægevagtlokaler, placeringen af øvrige lægevagtcentraler varierer fra distrikt til distrikt,  
og kan således være på et sygehus i tilknytning til en akut-modtage-afdeling (AMA), i konsultationen hos en  
praktiserende læge, på det lokale plejehjem eller hos en kommerciel udbyder. Hver lægevagtcentral har sit  
egnet telefonnummer, med mulighed for omstilling til andre instanser. (18;47-49).

Som udgangspunkt har alle praktiserende læger pligt til at deltage i vagtordningen. Af forskellige årsager  
ønsker mange fritagelse fra vagtforpligtelsen, og ved vagttilrettelæggelse tages særlige hensyn til læger  
over 55 år, og egentlig fritagelse kan ske ved graviditet, sygdom, vægtige sociale årsager eller for læger over  
60 år. Hver praktiserende læge har i gennemsnit 3-4 vagter pr. måned, og i de små kommuner i gennemsnit  
6-12 vagter pr. måned. Telefoniske henvendelser til lægevagtcentralen er ofte forespørgsler, som kan af-  
sluttes telefonisk, og det anslås at 39% af de opkald, som modtages af sygeplejersker besvares og afsluttes  
umiddelbart, hvorimod opkald, som modtages af sekretærer, i stort omfang visiteres til efterfølgende læ-  
gekonsultation (9). Som følge af den særlige vagtstruktur i løbet af døgnet foreligger der ikke estimater for  
visitationskapaciteten eller – aktiviteten i Norge.

Der er ikke krav om speciallægeuddannelse i almen medicin for at varetage vagtarbejdet som lægevagt, og  
derfor ses stor variation i vagtlægenes uddannelse, anciennitet og nationalitet. Lægevagtarbejde er en  
obligatorisk del af turnus for nyuddannede læger, og der ses stor variation i, hvor højt oplæring af nye vagt-  
læger, turnuskandidater og andet sundhedspersonale prioriteres. Det kritiseres af praktiserende læger, at  
lægevagtarbejdet ifølge gældende overenskomst kan varetages af en hvilken som helst læge uanset faglig  
baggrund, og det anføres at lignende ikke vil kunne forekomme for vagter på hospitalerne. (37-39)

På lægevagtcentralerne forestås telefonvisitation i vagttid primært af sygeplejersker, og udenfor vagttid  
også af sekretærer eller andet sundhedspersonale i lægevagtcentralen, og ikke af læger. Flere steder er  
man begyndt at anvende et it-baseret beslutningsstøtte system, men det er ikke systematisk eller obligato-  
risk. I visitationen vurderes det, hvorvidt patienten udelukkende rådgives og afsluttes, eller om patienten  
skal visiteres til konsultation i lægevagtcentralen eller til hjemmebesøg. Ved svære tilskadekomster og  
ulykker skal sygeplejersken desuden alarmere vagtlæge, og evt. ambulancetjenesten til udrykning, fordi  
akutberedskabet på lægevagtcentralen også omfatter betjening af den mobile radiokommunikation. Ambu-  
lancetjeneste har særskilt alarmnummer.

Konsultation på lægevagtcentralen skal altid være forudgået af telefonisk visitation. Telefonisk visitation og rådgivning er gratis, og der er brugerbetaling for både konsultation og hjemmebesøg for alle over 16 år. Der er dog reduktion eller helt fritagelse for betaling ved eksempelvis graviditetskomplikationer og kroniske sygdomme. (9;38;47;48).

**Tabel 2.** Antal visitationer gennemført pr. time i de forskellige lande.

Land	Visitationer pr. time	Visitatorer
Holland	4-6	Doctorassistants/sygeplejersker
England	4-6	Sygeplejersker/sekretærer
Norge	#	Både læger og sygeplejersker#
Sverige	4-6	Sygeplejersker
Danmark	>15	Speciallæger i almen medicin

# Afhænger af geografi og organisering i området

**Tabel 3.** Uddannelseskrav for personer ved lægevagten og NHS-direct/1177.

Land	Læger	Sygeplejersker	Andet personale
Holland	AP læger og læger under udd. til AP	Visitation: Hospitals- og AP-sygeplejersker. Licens til visitation.	“Doctorassistants”: Personer, der kan have anden primær beskæftigelse (ikke nødvendigvis sundhedsfaglig)
England	AP læger	Minimum: 1. grad sygeplejerske kvalifikation (RGN). <sup>1</sup>	For at kunne visitere kræves et 6-ugers kursus.
Norge	AP læger og læger under udd. til AP <sup>2</sup>	Triage: Oftest kvalificerede sygeplejersker, nogle steder paramedicinsk personale, ansatte sygeplejersker	
Sverige	Primært AP læger og læger under udd. til AP	Specialister i “open care” og pædiatri	X
Danmark	Visitation: AP læger Andre funktioner: AP læger og læger under udd. til AP <sup>2</sup>	Ingen specielle krav (deltager ikke i visitation)	X

<sup>1</sup> Nogle ordninger kræver også kvalifikationer som AP sygeplejerske. Fx. mulighed for at udskrive recepter.

<sup>2</sup> Nogle steder deltager også andre læger (ex. hospitalslæger)

### Sammenfattende

Centrale forhold omkring beslutningsstøttesystemer og uddannelse er resumeret i Boks 2 og 3. I England, Holland, Sverige og Norge er OOH decentralt organiseret, og har således ingen fælles national organisering som i Danmark. I England og Sverige er ansvaret for organisering og tilrettelæggelse af sundhedsydelse i vagttid placeret i offentlig forvaltning, og har ingen overordnet lægefaglig ledelse. I England beslutter hver NHS-trust-forvaltning, hvorvidt trusten selv ansætter læger (rekrutteret eksternt eller fra området), til vare-

tagelse af OOH, eller om vagtforpligtelsen skal udliciteres til private firmaer, som ansætter det nødvendige sundhedsfaglige personale. I Holland, Norge og Danmark har man en lægefaglig deltagelse i ledelsen af lægevagten med indbygget faglig selvstyring og ansvar for arbejdstilrettelæggelse og bemanning indenfor geografisk mindre enheder.

### **Boks 2**

Det er karakteristisk at de øvrige landes beslutningsstøttesystemer er udarbejdet for at kompensere for at det visiterende personale er uddannet i lægevirksomhed i primærsektoren.

Der foreligger ikke viden, som dokumenterer den faglige tillægsværdi af store it-beslutningsstøttesystemer til fuldt uddannede speciallæger i almen medicin.

Derimod er den fremherskende opfattelse, at speciallægevurderinger kan understøttes af fagligt udarbejdede kliniske retningslinjer, som kan udgøre en fælles referenceramme for god klinisk praksis. Der mangler viden om, hvorvidt it-beslutningsstøttesystemer yderligere kan bedre funktion og kvalitet. Det ville være interessant med forskning og forsøgsvirksomhed om dette emne.

Alle lande har telefonisk visitation, og kun i Danmark varetages visitationen af speciallæger i almen medicin. I de øvrige lande visiterer sygeplejersker, andet sundhedspersonale, eller ikke-sundhedsuddannet personale. I England, Sverige, Holland og dele af Norge anvendes forskellige it-baserede beslutningsstøttesystemer til symptomvurdering og kvalificeret visitation. Disse systemer er udviklet som faglige sikkerheds- og kvalitetsunderstøttende værktøjer og for at ensarte og standardisere visitationerne for ikke-lægeligt uddannet personale. Imidlertid er brugen af beslutningssystemet kun obligatorisk i den svenske 1177-ordning. I Danmark anvendes et særligt it-baseret journalsystem, som korresponderer med forskellige registre. Ingen af de andre lande har et lignende journalsystem. Visitationskapaciteten i de sygeplejerskebetjente telefoniske visitationer er omkring 4-6 patienter pr. visitorator pr. time sammenlignet med den danske lægebemandede visitation med mulighed for mindst 15 patienter pr. visitorator pr. time.

Som det eneste land har Sverige ikke lægevagt i nattetimerne. Patienterne søger derfor skadestue, bortset fra enkelte steder, hvor alarmcentralen vil kunne kontakte en vagthavende læge. Den natlige brug af skadestuer medfører efterfølgende en øget frekvens af henvisninger til ambulatorier. I de øvrige lande er der lægevagt døgnet rundt. I England og Danmark er akutområdet delt mellem lægevagt og skadestue, hvor der flere steder i Holland ses en vis integration af de to akutområder. I Norge varetager lægevagten ydelser i relation til akutopkald, og er lægeligt ansvarlig ved udrykning med ambulance eller helikopter.

I alle lande forsøger man at minimere hjemmebesøg, dog med undtagelse af enkelte steder i Sverige, hvor det, pga. brugerbetaling, er den primære indtægtskilde til vårdcentralen.

I Holland, som det eneste land sammen med Danmark, er der korresponderende journalsystemer mellem vagt- og dagtidslæge, dog kun indenfor kooperativet.

### **4.2 Aktivitet og service**

Landenes forskellige sundhedshistoriske udvikling, geografi, infrastruktur og sundhedsorganisatoriske vilkår giver sig udtryk i fordelingen af kontakter til OOH. Nedenfor er nogle af disse aspekter kort beskrevet. End-

videre ses en samlet skematisk beskrivelse af befolkningsstørrelse, antal kontakter til OOH, åbningstider i OOH og bemanning for samtlige lande og Danmark. Det skal dog bemærkes, at vi har haft betydeligt besvær med at fremskaffe sikre data, og især Tabel 4 skal tolkes med varsomhed, idet vi ikke har kunnet gennemføre de nødvendige valideringsprocedurer og opnå sikkerhed for datas sammenlignelighed.

### *England*

OOH er primært tilrettelagt med telefonisk rådgivning og konsultation, sekundært med hjemmebesøg. Hjemmebesøg er forbeholdt alvorligt syge og gamle, som ved opkald til OOH kan visiteres til besøg af en sygeplejerske eller læge, med henblik på vurdering af evt. behov for hospitalsindlæggelse. Afhængig af alvorlighed og akuthed kan *NHS Direct* udover rådgivning og konsultation, visitere til telefonisk konsultation, hvor en læge eller sygeplejerske ringer tilbage til patienten. (9;24;29;50-52).

I OOH ses, foruden regelrette akutte vagtlægehenvendelser, også en del ikke-akutte patientkategorier, som hos dagtidslæge. Desuden er der et ikke ubetydeligt antal patienter, som vurderes at bruge vagtsystemet frem for dagtidslæge af bekvemmelighedsgrunde. (9). En evaluering i 2005 af telefonisk konsultation efter sammenlægning under *NHS Direct* viste, at efter sammenlægningen af telefoniske tjenester faldt andelen af telefonisk rådgivning, samtidig med, at der sås en signifikant stigning af opkald til ambulancetjenesten 999. Evaluering af *NHS Direct* har vist, at introduktionen af denne ordning førte til en stigning i det samlede antal ydelser, og ikke som forventet til et fald i lægevagtydelser efter indførelse af *NHS Direct*. Man vurderer det som en såkaldt udbyderinduceret aktivitetsstigning. *NHS Direct* har øget den umiddelbare tilgængelighed til service, men systemet med at læger eller sygeplejersker ringer tilbage ved vurderet behov, opfattes af borgerne som en serviceforringelse. På NHS niveau diskuteres det, hvorvidt man skal iværksætte borgerinformation om organisation og hensigtsmæssig brug af OOH og *NHS Direct*, eller om befolkningen skal kunne bruge systemerne, som de vil, i balancen mellem "*convenience and need*" (9;53). Der opkræves ikke brugerbetaling for OOH ydelser, hvis man er omfattet af den almindelige sygeforsikring. I hver trust er vagtlægekonsultationerne placeret under hensyn til en nogenlunde jævn geografisk spredning. Der er åben adgang til skadestue (9;29).

### *Holland*

De fleste kontakter er rutinekontakter, og kategoriseres ikke som "hastende". Hjemmebesøg er forbeholdt gamle og alvorligt syge-, eller moderat alvorlige tilfælde. Ca. 90 % af alle hjemmebesøg er hos patienter over 65 år. (9).

Der ses et stort antal kontakter til OOH i de første timer af vagten, hvilket formodes for en stor del at kunne tilskrives "bekvemmelighed" hos patienter. Det har ikke været muligt at finde nationale statistikker om OOH aktivitet. Et kommende internationalt forskningsprojekt, under ledelse af forskere fra *Universitair Medisch Centrum St Radboud*, skal imidlertid identificere kontaktmønstre i hele akutområdet og indsamle bedre data.

### *Sverige*

Sverige udgøres af en varieret geografi, hvilket også giver forskellige vilkår i tilrettelæggelse af OOH, og kontaktmønstre. Der er ikke fundet statistiske opgørelser over frekvens og type af kontakter i OOH. Henvendelsesmønsteret på akutområdet afspejler såvel geografisk variation som OOH organisationen. Visse

steder kontakter patienterne skadestue i vagttid med typiske sygdomme set i lægevagten. Herfra visiteres til specialambulatorier. (9;9;31)

Den telefoniske rådgivning 1177 har ca. 4 mio. kontakter årligt, hvoraf ca. halvdelen afsluttes med rådgivning. Vi har ikke, i samarbejde med svenske kontakter, kunnet identificere nationale statistikker over samtlige ydelser i vagt, skadestue, ambulatorier og hjemmepleje. (9).

#### Norge

De fleste kontakter til lægevagten kategoriseres som "ikke-hastende" rutinekontakter. (9;48;54)

Lægevagtsdistrikternes størrelse giver anledning til store logistiske udfordringer for lægevagten og lægevagtsbemandingen, og dermed kan henvendelsesfrekvensen til vagtlægerne ofte være udtryk for den geografiske tilgængelighed, telefoniske tilgængelighed og serviceniveauet hos lægevagten. (9;24;48;54). Der har hidtil manglet statistisk materiale over kontakter og ydelser i OOH i Norge, bl.a. fordi der ikke foretages systematisk dokumentation i vagttid. Efter dannelsen af *Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaktmedisin* i 2005 søger man imidlertid at samle data for særlige variable, og således indgår 18 repræsentative kommuner i projekt "Watchtower" for dataindsamling for OOH. (18;48;55)

**Tabel 4.** Antal kontakter til lægevagten og andre relevante sundhedstilbud pr. 1000 indbyggere (2008).

Land	OOH	Skadestue	NHS Direct/ 1177	112/999	Walk in centre	Direkte adgang til specialist
Holland	238	#	X	#	x	x
England	136	372 <sup>1</sup>	110 <sup>1</sup>	145 <sup>1</sup>	96 <sup>1</sup>	#
Norge	422	NA	x	104 <sup>1</sup>	x	x
Sverige	#	#	47 <sup>1</sup>	9-10 <sup>1</sup>	#	#
Danmark	535	175 <sup>1</sup>	x	NA*	x	x

# Ikke været muligt at fremskaffe data

<sup>1</sup> 24 hours service. <sup>2</sup> Tal ikke tilgængelige

Tallene skal tolkes med forsigtighed pga. manglende validering af data og pga. at vagtperioden er forskellig i de forskellige lande.

**Tabel 5. Procentvis fordeling af kontakter på telefonkonsultation, konsultation og besøg (2008)**

Land	Indbyggere	Out of hours service				NHS Direct/ 1177			
		TK	Kons.	Besøg	I alt	TK	Kons.	Besøg	I alt
Holland	16,4 mio.	40,0	49,3	10,7	100	x	x	x	X
England	51,4 mio.	45,3 <sup>1</sup>	41,3	13,4	100	39	38	<sup>2</sup>	77 <sup>3</sup>
Norge	4,8 mio.	39	58	3	100	x	x	x	X
Sverige	9,3 mio.	Få	#	#		43	36 <sup>4</sup>	få	
Danmark	5,5 mio.	56,7	32,4	10,9	100	x	x	x	X

<sup>1</sup> Inkluderer også henvisninger til skadestuer og "112". <sup>2</sup> Er inkluderet i tallet for konsultationer

<sup>3</sup> Resterende: 9% henvisninger til skadestue, 6% henvendelser ang. tandproblemer, 4% henvisning til "112", 3% henvisning til "walk in centre" og 1% henvisning til andre sundhedspersoner. <sup>4</sup> Åben 24 timers almen praksis, OOH og skadestuer. # Ikke været muligt at fremskaffe data

**Tabel 6. Åbningstider for OOH og andre vagttilbud.**

Land	OOH	NHS Direct/ 1177	Walk in centre
Holland	Hverdage: 17–08 Weekend og ferier: 24 timer	X	X
England	Hverdage: 18.30–08 Weekend og ferier: 24 timer	24/7	Fleste: 08-20 hele ugen <sup>1</sup>
Norge	24/7 <sup>2</sup>	X	X
Sverige	Hverdage: 17–22 (23) Weekend og ferier: 08-22 (23)	24/7	X
Danmark	Hverdage: 16–08 Weekend og ferier: 24 timer	X	X

<sup>1</sup> Varierer i forskellige områder. Nogle steder er der kun åbent i weekender eller i dagtiden. <sup>2</sup> Nogle klinikker har kun sygeplejersker 08-16 i weekender, ellers både AP-læger og sygeplejersker.

### Sammenfattende

Det er slående, så svært det er at få data og statistik over aktiviteter og forløb i landenes lægevagter. Danmark udmærker sig reelt i denne komparative undersøgelse ved at have relativt flere data end de øvrige lande. Selv de danske data er dog fortsat ikke fyldestgørende for en dyberegående beskrivelse af diagnosefordeling, aktivitet og service. Sådanne data skal, for at give et anvendeligt indblik i ressourceforbruget, omfatte både den konkrete aktivitet og derudover de afledte ydelser (henvisninger mv.). Vi må derfor konkludere at valide sammenligninger om aktivitet og service skal tage med store forbehold.

Fra de danske observationer ved vi, at i ca. 20-25% af telefonkontakterne foretages en receptudstedelse, hvilket kræver en lægefaglig stillingtagen. Vi kender ikke disse tal i de andre lande. Vi ved ikke hvor mange receptudstedelser der er receptfornyelse, og hvor mange der skyldes nyordination ved akut sygdomsbehandling.

De oplysninger, vi har kunnet skaffe om visitationskapaciteten peger i retning af, at en lægevisiteret lægevagt kan håndtere ca. 2-3 gange flere kontakter pr. time sammenlignet med de øvrige ordninger uden lægevisitation. Disse forhold fører bl.a. til, at vi ser, at en større andel af de telefoniske kontakter til lægevagten i Danmark ser ud til at kunne afsluttes uden yderligere ydelser. En sådan sammenligning skal dog korrigeres for den sundhedsfaglige tyngde i henvendelserne til lægevagten, idet man kan forestille sig, at f.eks. en sygeplejerskevisiteret lægevagt giver et andet henvendelsesmønster fra befolkningen sammenlignet med en lægevisiteret lægevagt. Vi har ikke kunnet finde litteratur, der belyser netop denne problematik. Dog antyder danske undersøgelser fra lægevagtreformen i 1992 i Danmark, at der ikke kun var tale om en omlægning af ydelsesmønstret, men også at færre mennesker (specifikke personer) kontaktede lægevagten i løbet af et år, hvilket kan antyde en højere tærskel for kontakt til lægevagt (13). En anden undersøgelse viste, at brugen af skadestue i Danmark ikke så ud til at være blevet påvirket af den danske reform af lægevagten(14).

De engelske erfaringer understøtter også, at serviceudbuddet i lægevagten har betydning for aktiviteten.

Der skal i sammenligningen med især Norge og Sverige i høj grad tages hensyn til forskelle i geografi og befolkningstæthed.

I Sverige lukker man i et vist omfang vagtlægeadgangen om natten, hvilket kan betyde, at efterspørgselen falder, både fordi befolkningen lærer at afvente, og fordi den benytter andre tilbud i sundhedsvæsenet, herunder især skadestue.

### **4.3 Økonomi og kvalitet**

#### **Økonomi**

Det er ikke umiddelbart muligt at foretage direkte økonomiske sammenligninger på OOH og den økonomiske afsmidning på det øvrige sundhedsvæsen i de forskellige lande. Dette skyldes primært manglende data, forskellige strategier for opgørelser og den forskellige organisering. Sådanne beregninger vil kræve veldefinerede og tværsektorielle data for hele akutområdet. Det vil endvidere kræve fastsættelse af bestemte forudsætninger, fordi de administrative, organisatoriske og kulturelle forhold er væsentligt forskellige landene imellem.

I England har hver NHS Primary Care Trust det økonomiske ansvar for samtlige sundhedsydelser i eget område inkl. køb af de fleste sygehusydelser, og udgør samlet set ca. 80% af NHS' samlede budget. En sådan økonomisk konstruktion ses ikke i de øvrige lande, hvorfor en sammenligning vil kræve præcis identifikation til enkelttydelser i akutområdet. I Sverige søger patienterne oftere skadestue i de byområder, hvor lægevagten enten er nedlagt, eller hvis det er efter lægevagtens lukketid, og fra skadestue visiteres ofte til sygehusambulatorier. I Holland ses en øget søgning til lægevagt i de første to eftermiddagstimer af lægevagtens åbningstid. Hollandske opgørelser viser, at der er en øget belastning på lægevagten, hvor den er integreret med skadestue, og at man i de konstruktioner formentlig har et større forbrug af diverse hospitalsbaserede undersøgelser og test. Tidligere danske undersøgelser har vist, at øget skadestueforbrug følges af øget efterfølgende brug af specialambulatorier (19). I Norge er akutområdet nært samarbejdende ved alarmeringer og udrykning med ambulance og helikopter, hvilket er væsentligt forskelligt fra de øvrige lande inkl. Danmark.

Brugen af tilnærmede mål for økonomien i lægevagterne er også forbundet med stor usikkerhed, da vi mangler mål for aktiviteter i skadestue, hjemmepleje og 112 og for vagtrelaterede ambulante ydelser. I en vurdering af lægevagten kan man, når man tager forbehold for manglende data om afledte ydelser mv., se på bl.a. produktivitet i visitationen. Her synes der at være markante forskelle mellem Danmark og de øvrige lande, idet hver læge i den danske telefonvisitation som minimum kan betjene 15 patienter i timen, hvor hver visitator i de øvrige lande betjener ca. 4-6 patienter pr. time. Et andet mål er fordelingen af ydelserne efter visitation, da de er mere omkostningstunge. Der mangler imidlertid data til at kunne drage valide sammenligninger for disse. I Danmark afsluttes ca. 57 % af alle henvendelser som telefonisk konsultation. Det tilsvarende tal i de andre lande er 40 – 45 %, hvilket dog er tal, der må ses med et vist forbehold (tabel 4). Imidlertid er et forsigtigt estimat, at de øvrige visitationssystemer henviser mindst 10 % flere til besøg eller konsultation.

Tabel 6 viser de helt overordnede tal for udgifter til lægevagt opgjort i forhold til antallet af borgere og i forhold til antallet af kontakter. Tallene er usikre i komparativt henseende da de er opgjort på forskellig vis og derfor kan indeholde forskellige typer af udgifter. Samtidig er der tydeligvis effekt af f.eks. geografiske forhold.

**Tabel 7. Udgifter i euro til lægevagt og telefonisk rådgivning pr. indbygger og pr. kontakt i de forskellige lande**

Land	OOH		NHS Direct/ 1177	
	Pr. person	Pr. kontakt	Pr. person	Pr. kontakt
Holland	13,2	55,5	X	X
England	8,4	61,8	2,8	25,5
Norge	44	104,3	X	X
Sverige	#	#	5	106,4
Danmark	14,8 <sup>1</sup>	27,7	x	X

# Ikke været muligt at fremskaffe data. <sup>1</sup> Udelukkende honorarer

### **Kvalitet**

Generelt mangler der også på dette område vægtige og sammenlignelige data for lægevagtsydelser og forløbet derefter (9). I denne rapport har vi søgt at vurdere kvaliteten ud fra følgende parametre:

- Patienttilfredshed
- Patientsikkerhed
- Visitation og kvalitetsmål
- Uddannelsesniveaue i de forskellige funktioner
- Anvendelsen af faglige retningslinjer
- Integreringen med det øvrige akutsystem



### **Patienttilfredshed**

Generelt for samtlige lande, herunder også for Danmark, er der øget fokus på patientevalueringer af ydelser. Der ses en tendens til stigende patienttilfredshed proportionalt med indfrielse af forventninger til vagtsystemet. De væsentligste faktorer er nem adgang til vagtsystemet, kort ventetid, at tale med en læge/modtage behandling og kontinuitet på tværs af sektorer. Patienterne er mest tilfredse i de lægevagtsordninger, hvor de oplever at blive hjulpet, hvor lægehjælp er tæt på, og hvor de får svar på sundheds- og helbredsspørgsmål relativt hurtigt, og hvor de oplever faglig kompetence (3-6;8;9;20;28;56-59). Patienttilfredsheden er lavest i systemer, hvor patienterne føler sig usikre ved den givne ydelse, hvilket bl.a. ses i forbindelse med de engelske ordninger, hvor kommercielle læger og lægevikarer for en stor del varetager vagtarbejdet, eller ved ventetid på forventet telefonisk samtale med læge, som tilbydes i flere hollandske og engelske ordninger (9;29;50).

**Tabel 8.** Antal klager pr. 10.000 henvendelser.

Land	OOH	NHS Direct/ 1177	Walk in centre
Holland	#	X	X
England	# <sup>1</sup>	0.8	#
Norge	#	X	X
Sverige	#	>10/ år	X
Danmark	0.3	X	X

# Ikke været muligt at fremskaffe data. <sup>1</sup> Opsamles ikke centralt.

### **Patientsikkerhed**

#### *England*

Aktuelt er indberetning af utilsigtede hændelser fra almen praksis til National Patient Safety Agency (NPSA) ikke lovbestemt og udelukkende en anbefaling. Der foreligger ikke tilgængelige oplysninger på omfanget af indberetninger (9).

#### *Holland*

Lægekooperativerne skal have en procedure for indberetning af utilsigtede hændelser og samtidig er indberetning frivillig. Kun i dagtid er den praktiserende læge forpligtet til at indberette hændelser, som medfører alvorlig skade for patienten. Alle sundhedsprofessionelle kan rapportere disse hændelser, som kan være af medicinsk eller organisatorisk art. Kooperativerne er forpligtede til at monitorere patientklager og skrive samlede årsrapporter for disse klager. Samtlige telefoniske sygeplejekonsultationer optages på bånd, og notaterne fra de afsluttede patienter gennemgås af vagthavende læge indenfor en halv time efter kontakts afslutning, og senest inden vaktens ophør (9).

#### *Sverige*

Alle virksomheder, som er underlagt Socialministeriet, har pligt til at have en plan for kvalitet og styring, herunder også en plan for håndtering af utilsigtede hændelser. Lovmæssigt (*Lov 1998:531, kapitel 6, §4 om*

”Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område” kaldet Lex Maria) har sundhedsudøvere pligt til at indberette utilsigtede hændelser til Socialstyrelsen.

Alle samtaler fra 1177 dokumenteres i journal og optages på bånd. Sygeplejersken på 1177 skal udfylde en afvigelsesrapport, hvis der er afvejet fra spørgeguiden i beslutningsstøtten. Aggregerede resultater af disse rapporter er ved at blive gjort til genstand for et fremtidigt forskningsprojekt (9).

### Norge

Alle, som yder specialhelsetjeneste, er ved lov forpligtet til at indberette utilsigtede hændelser. Imidlertid er praktiserende læger eller lægevagt *ikke* omfattet af denne indberetningspligt (9). OOH og praktiserende læger er ikke underlagt national akkreditering af kliniske procedurer og guidelines.

## Visitation, og kvalitetsmål

### Visitation

I alle landene vurderes visitation i OOH som den vanskeligste opgave og som et meget vigtigt led i levering af en sundhedsydelse af høj kvalitet. En kvalificeret visitation kan have afgørende betydning for såvel patienters videre forløb, som for brug og økonomisk belastning af det øvrige sundhedsvæsen. Selvom skadestuebesøg ikke kræver forudgående telefonisk henvendelse, delvist med undtagelse af Danmark, viser et hollandsk studie, at mange af de ikke- alvorlige problemer, som patienter uanmeldt henvender sig med på skadestuerne, kunne være behandlet lægefagligt optimalt, sikkert og langt billigere af en praktiserende læge eller i lægevagten. Det samme er vist i flere ældre danske studier (19). Åben adgang til akutområdet medfører en risiko for, at ydelser dels flyttes fra primær til sekundær sektor, dels at dagtidydelser flyttes til vagttid, hvilket er en økonomisk belastning for det samlede sundhedsvæsen (4;7-9;27;58;60). Telefonisk visitation kræver uddannelse og erfaring til at stille de rigtige spørgsmål, og til at analysere og handle på patientens svar, for således at kunne identificere graden af akuthed i opkaldet (3;4;8;9;45;52;58;61).

Som det eneste land er det i Danmark læger, der foretager den telefoniske visitation af patienterne. I de øvrige fire lande varetages visitation af sygeplejersker og/eller andet personale, begrundet ud fra pragmatiske argumenter, hvor lægemangel og dermed krav om arbejdstilrettelæggelser har været tungtvejende for organiseringen (1;27;50). En sammenfattende vurdering af den faglige viden om sikkerheden af ikke-lægelig visitation er angivet i Boks 3, og vi må konkludere, at der ikke er dokumentation for sikkerhedsforskelle mellem de to organisationsformer. Omvendt kan vi pga. manglende komparativ forskning i området heller ikke konkludere, at de to organisationsformer har ens sikkerhed.

### Boks 3

I nogle studier vurderes sygeplejersker og andet sundhedspersonale i visitationen som effektivt, men der er ingen forskningsmæssig dokumentation for, at denne visitationsform selv med elektronisk beslutningsstøtte og lægefaglig support er lægefagligt mere eller mindre sikker end visitation foretaget af læger (1-3). Flere hollandske studier konkluderer, at telefonisk sygeplejerskevisitation muligvis kan have problemer med sikkerheden. Derfor anbefaler man en grundig undervisning i brug af elektroniske beslutningsstøtte, suppleret med support fra en ”*telephonedoctor*” og anvendelse af målrettede kliniske guidelines for OOH (3-8).

## **Kvalitetsmål**

### *England*

Siden 2004 har *The Department of Health* opstillet kvalitetsstandarder for samtlige udbydere af OOH og opfyldelsen af disse mål justeres via audits af patientforløb i OOH, som foretages i varierende omfang (anslået til at omfatte ca. 1 % af alle forløb) (30). For den telefoniske visitation er der opsat en standard om, at 95% af alle rutineopkald skal besvares inden 60 sekunder og alle hasteopkald indenfor 20 sekunder. Disse standarder er imidlertid problematiske og svære at opnå fordi det oftest er ikke-sundhedsfagligt personale, der visiterer patienten ved telefoniske opkald, og derfor kan lave fejlvurderinger (9).

Ud fra foreliggende oplysninger og materiale foretages der i OOH aktuelt ikke omfattende og systematisk kvalitetsmonitorering. (9).

I England foretages systematisk benchmarking af udvalgte kvalitetsmål ift. udbydere af OOH i den enkelte trust. Via website offentliggøres disse benchmarks i en samlet oversigt over samtlige trusts. Hver 3.-5. år holdes indgåede kontrakter med OOH udbydere op mod disse kvalitetsmål (9).

### *Holland*

I Holland findes vejledende kliniske kvalitetsstandarder, som ikke er obligatoriske at opnå. Der er dog en tendens til, at man monitorerer forskellige kvalitetsvariable, herunder opsætter tidskriterier relateret til vurdering af hastegrad i henvendelsen, afhængig af hvilke mål det enkelte triageringsystem definerer. Almindeligt forekommende standarder for telefoniske opkald er, at 75% af alle opkald skal besvares inden 2 minutter og 98% af opkaldene inden 5 minutter. Ved telefonisk opkald har patienten mulighed for at taste sig til hjælp for uopsættelige situationer, og disse opkald skal besvares inden 30 sekunder. Visiteres patienten til telefonisk konsultation, skal lægen ringe tilbage inden 30 minutter. 90% af alle hjemmebesøg skal være aflagt indenfor 1 time (9).

Det har været en udfordring hollænderne at udarbejde et fælles triageringsystem til såvel lægekooperativerne som til de integrerede ordninger, fordi de hidtidige forslag har haft for høj grad af sikkerhed (*urgency classification*) for kooperativerne og for lavt for den integrerede ordning. (9).

I forbindelse med sygeforsikringer har forsikringsfirmaerne opstillet særlige guidelines og kvalitetsstandarder, som skal opfyldes. OOH er ikke underlagt obligatorisk kvalitetsakkreditering af kliniske ydelser, men der er en tendens til at de enkelte kooperativer indgår frivillige aftaler om akkreditering, idet akkrediterede læger modtager særlig honorering (9).

### *Sverige*

Der er ikke udviklet servicemål/kvalitetsmål for OOH i Sverige. Det enkelte landsting kan imidlertid have individuelle kvalitetsformuleringer. OOH og praktiserende læger er ikke underlagt national akkreditering af kliniske procedurer og guidelines (9).

### *Norge*

Der foretages ikke systematisk kvalitetsmonitorering i OOH. Helsedirektoratet undersøger dog årligt udvalgte OOH ydelser, og publicerer herefter resultatet. Responstid ved telefonisk kontakt til lægevagtscen-

tralen skal være under 1 minut, inkl. evt. telefonsvarer. Det har ikke været muligt for nordmændene at udvikle ét fælles triageringsystem for OOH. Dog er flere lægevagtcentraler begyndt at anvende elektronisk beslutningsstøttesystem, som dog er mindre udviklet, end det svenske 1177. Triagering foretages som udgangspunkt efter "trafiklys-modellen" (9).

### **Uddannelsesniveau**

Nedenfor beskrives uddannelseskrav til det visiterende personale i OOH. Vi har i det tidligere afsnit 4.1 beskrevet uddannelseskravene for lægerne.

#### *England*

Der er intet generelt krav om undervisning af sygeplejersker i varetagelsen af telefonisk visitation. Praksis varierer, og er afhængig af trustens organisering af OOH. NHS anbefaler imidlertid omkring seks timers undervisning for at sygeplejersken er kvalificeret til at varetage denne firstline-opgave (9).

#### *Holland*

Siden 2009 har sygeplejersker og *doctorassistants* skullet gennemgå et særligt oplæringsprogram vedr. elektronisk triagering for at være akkrediteret til at udføre telefonisk visitation (9). Det har ikke været muligt at få yderligere indsigt i omfanget af denne oplæring.

#### *Sverige*

Alle sygeplejersker, der varetager visitation på 1177 gennemgår en uddannelse i samtalemotodik og brugen af behandlingsstøttesystemet. Størstedelen af alle sygeplejersker i 1177 har mere end 20 års klinisk erfaring og flere har en specialuddannelse indenfor sygepleje. I *jourcentralerne* er oplæring af personale individuelt tilrettelagt. (9). Det har ikke været muligt at få yderligere indsigt i omfanget af uddannelsen.

#### *Norge*

En sygeplejerske i OOH-visitationer gennemgår typisk ca. 40 timers undervisning (9).

### **Boks 4**

Udenlandske uddannelsesprogrammer har haft fokus på sygdomslære, visitationslære og kommunikationslære til ikke-lægefagligt uddannet personale. Dette er generelt positivt evalueret.

Der er ikke dokumentation for den faglige tillægsværdi af, at iværksætte formaliserede efteruddannelsesprogrammer med samme fokus til fuldt uddannede speciallæger.

Der er i Danmark en del uddannelse i god lægevagtspraksis. Den kan formentlig forbedres og effektiviseres ved at blive kombineret med kliniske vejledninger, men der mangler forskningsmæssig dokumentation for dette.

### **Anvendelse af faglige retningslinjer**

Der er ikke udviklet obligatoriske retningslinjer for OOH i nogen af de undersøgte lande. De retningslinjer, som måtte forefindes i de enkelte vagtenheder, er udelukkende lokalt gældende. De elektroniske beslutningsstøttesystemer er opbygget som en støtte til ikke-lægeligt personale, og fungerer som en slags guideline, der dog ikke er en klinisk vejledning som sådan. I de elektroniske beslutningsstøtte systemer i Holland,

England og Norge er spørreguiden ikke obligatorisk. I Sverige er spørreguiden obligatorisk, og sygeplejersken i 1177 skal som nævnt føre journal over afvigelser fra beslutningsstøtten. I England benytter man NICE-guidelines for sundhedsvæsenet, herunder også til OOH, men Ikke alle guidelines er obligatoriske (9;42).

### ***Sammenhæng med øvrige akutsystem***

Flere steder i Holland og Sverige er OOH delvist integreret med skadestue, hvilket i nogle studier vurderes som fagligt og organisatorisk hensigtsmæssigt både for patienter og for behandlingskontinuiteten. Såvel i Holland som i Sverige er erfaringen, at antallet af selvhenvendte patienter, som kommer til akutafdelingen uden forudgående visitation og ofte med mindre ikke- alvorlige problemer, belaster såvel lægevagt som skadestue i disse integrerede ordninger. Særligt andelen af "bekvemmelighedspatienter", der søger lægehjælp i de første timer af vagtperioden sætter pres på bemanningen (9). I den hollandske befolkning er der et stort ønske om at adgang til vagtlæge og skadestue forenkles ved sammenlægning i én indgang, via ét fælles telefonnummer. Flere hollandske studier viser, at der er væsentlige styrker ved en integration af akutområdet, men at integration samtidig kræver eksplicite aftaler om tværsektoriel organisation og økonomi. Endvidere skal en integration have en kvalificeret telefonisk visitation, fordi selvhenviste patienter til skadestuen evt. omvisiteres til OOH, og dermed øger arbejdspresset (2;5;6;8;9;35).

I Sverige ønsker vagtlægerne at indgå et koordinerende samarbejde med skadestuerne, men ikke en egentlig integration. I de allerede integrerede organiseringer i Sverige er tendensen, at man ønsker en klarere adskillelse af de to systemer, fordi selvhenvendte patienter belaster bemanningen betydeligt. Samtidig er det meget vanskeligt at lave en økonomisk aftale mellem de to systemer, fordi undersøgelsesmønstret i skadestuer ofte omfatter andre typer af observationer og undersøgelser, end undersøgelser i en almenmedicinsk klinik (9).

I Norge, hvor lægevagten er forpligtet til deltagelse ved akutudrykninger, er der ikke tilfredshed blandt lægerne med det tekniske udstyr og den praktiske afvikling. Overenskomsten mellem akutsystemet og vagtlægen tager ikke højde for utilsigtede konsekvenser af samarbejde mellem sektorerne. Ved udrykninger skal vagtlægen eksempelvis selv sørge for transport til ulykkesstedet. Lægen ankommer i sit private tøj og forventes at være i stand til kunne tage ledelse på ulykkesstedet. Lægen er dermed ikke fuldt integreret i den medicinske indsats ved udrykning og ulykker (9).

I England og i et vist omfang i Holland har man dårlige erfaringer med integrering af lægevagten med skadestuefunktionen pga. store forskelle i kulturen for forskellige kliniske arbejdsformer i de to systemer. Flere steder har der været forsøg med organisatorisk integration med fælles telefonnummer. Fælles for erfaringerne er at man gerne ser et udbygget samarbejde, men ikke en integrering af den kliniske funktion (9).

### ***Sammenfattende***

Det var ikke muligt at komme med gode og meningsgivende økonomiske sammenligninger af de forskellige landes lægevagter pga. manglende data og store forskelle i organisering. Med baggrund i helt overordnede gennemsnitsberegninger tyder vore data på at den danske lægevagt relativt koster mindst pr. kontakt. Danskerne er sygeforsikret i lægevagten for ca. 90 kr. årligt.

Som proxymål for økonomi kan dels anvendes den totale aktivitet, som formentlig i høj grad er nationalt og kulturelt bestemt og dels det involverede personales aflønning, deres produktivitet og antallet af afledte ydelser fra visitationsfunktionen. Centrale dele af vore økonomiske skøn er angivet i Boks 5.

#### **Boks 5**

Vi har intet kvantitativt skøn over om en sygeplejerskevisiteret vagt vil føre til flere eller færre henvendelser fra befolkningen. Det vil afhænge af ordningens udformning og befolkningens forventninger.

Vi har ikke kunnet udføre analyser, der sammenligner forskellige faggruppers aflønninger og lønniveau. Vi må skønne, at speciallæger kan visitere ca. dobbelt så mange henvendelser pr. tidsenhed sammenlignet med sygeplejersker og assistenter, der skal bruge særlig tid på formaliserede beslutningsstøttesystemer.

Vi skønner, at ikke-lægelig visitation kan føre til 10–20% flere visitationer til konsultation eller sygebesøg fra et niveau på 40–45% afsluttede telefonkonsultationer i udlandet mod nu ca. 55% afsluttede telefonkonsultationer i Danmark. Dette skøn er usikkert og baserer sig på, at ikke-lægefagligt personale i langt de fleste undersøgelser visiterer en større andel til lægeundersøgelse end læger i samme situation. Der er ingen viden om hvorvidt dette vil være en sikkerhedsmæssig og servicemæssig fordel eller ej.

Et af de bedst belyste områder i de undersøgte landes lægevagter er patientevalueringer. På det område er der en tendens i retning af højere patientevalueringer i systemer, der satser på hurtigt adgang til lægefaglig vurdering. Når det vedrører den konkrete kvalitet af den medicinske ydelse, findes der kun sparsomt med litteratur om kvalitetsmonitorering af OOH.

Kendetegnende for landene er, at der i nogen grad er lavet kliniske vejledninger, der dog ikke i fuld grad er obligatoriske, og som er implementeret i vekslende grad. Der er flere konkrete initiativer til kvalitetsovervågning i alle lande i form af audit, båndoptagelse og UTH registrering. Det har blot i vores undersøgelse ikke været muligt at få oplysninger endsige dokumentation for hvad disse viser og betyder i den konkrete kliniske praksis. Det er bemærkelsesværdigt, at mens mange lande anfører, at de har fokus på den leverede kvalitet og søger at opsamle fx utilsigtede hændelser til læring i organisationen, så har vi eller vores kontakter i landene ikke kunnet finde systematisk indsamlede data omkring disse aktiviteter eller deres effekt.

Der er en udpræget brug af konkrete og præcise mål for service og adgang. Hvilken effekt det i øvrigt har at have disse mål, er ikke tydelig. Nogle erfaringer tyder på at man skal være opmærksom på eventuelle negative konsekvenser i forhold til hvem, der står for visitationen.

I de lægevagter, hvor man har beslutningsstøttesystemer benyttes disse endnu ikke til kvalitetsudvikling og skal i sammenligning med kliniske vejledninger sikre at ikke-lægefagligt personale leverer en ensartet ydelse, der kan signeres og superviseres af en læge.

Der er en stor variation i, hvilken uddannelse man skal have for at kunne varetage visitationen i lægevagten. Samtidig er der enighed om, at visitationer er en af de mest krævende og en af de vigtigste dele af en velfungerende lægevagt. Der er ikke dokumentation for hvilken strategi, der er lægefagligt bedst og sikrer den højeste samlede kvalitet. Det skyldes, at det ikke er undersøgt i et systematisk og konklusivt design.

I flere lande har man forsøgt sig med integrering af lægevagt og skadestuefunktion. Vores informanter angav, at dette ikke havde været en ubetinget succes. Den sammenfattende holdning til integration er angivet i Boks 6

#### **Boks 6**

I interviewet af nøglepersoner var det et gennemgående træk, at man ønskede samordning og koordinering mellem alle akutfunktioner. De der havde prøvet med mest intensiv integrering af vagt- og skadestuearbejde udtrykte skepsis over for dette, fordi den krævede faglighed på skadestue og i lægevagten er ret forskellig, så det samlede budskab var en enstregig, simpel indgang til systemet, samarbejde og koordinering, men ikke egentlig klinisk integrering.

#### **4.4 "The ideal world..."**

Denne rapport har litteraturen og udvalgte dele af Forskningsenhedens mange kontakter i de udvalgte lande som kilde. En central del af arbejdet bygger på et endagsseminar med udvalgte informanter med tilknytning til den nationale forskning i de respektive lande.

Som en del af seminaret blev alle lande bedt om at beskrive det, de ville opfatte som den ideelle organisering. En sådan beskrivelse vil være præget af et døgn intensiv og på mange måder konsensuskabende diskussion, og den skal derfor tages med et passende forbehold, men vi har i punktform alligevel valgt at bringe den, fordi den som anført på mange måder repræsenterer konsensus mellem de involverede. Nedenfor anfører vi essensen af de svar, vi fik:

##### *England*

- Decentrale lægevagtordninger, som man finder det nu. Ingen integreret ordning med skadestue.
- Bedst kvalificeret personale (praktiserende læge) i forreste linje.
- Ét fælles nummer til akutområdet.

##### *Holland*

- Én visiterende adgang til OOH systemet. Etablerer én velfungerende telefonisk og fysisk visitation.
- Telefonisk visitation bemandede med praktiserende læge, sygeplejerske eller GP-nurse under forudsætning af at sidstnævnte er kvalificeret uddannet, har adgang til elektronisk beslutningsstøtte og/eller lægefaglig support. Lægen skal være ansvarlig bagvagt, fordi han har en meget kost-effektiv betydning for anvendelsen af OOH.
- Fælles dokumentationssystem i hele sundhedssektoren; én elektronisk journal pr. på tværs af sektorer.

##### *Norge*

- Lægevagtordningen skal være lægefagligt ledet og organiseret.
- Walk-in klinikker i byområder, ikke fysisk integrerede med skadestue, men derimod med ambulance assistance indenfor rækkevidde. På landet ønskes lægekooperativer med understøttende ambulance-tjeneste.
- Der skal implementeres kvalitetsindikatorer og patientorienterede kvalitetsmål i OOH.
- Størst andel af patientkontakter skal behandles i dagtid.

#### *Sverige*

- Højere kvalitet i lægevagten, derfor ønskes flere praktiserende læger til OOH.
- Telefonisk visitation med kvalificerede praktiserende læger, så patienterne søger lægevagt i stedet for skadestue.
- Bevare og udbygge 1177 som telefonisk rådgivning.

## **5. Diskussion**

### **Organisation og kapacitet**

Danmark har, siden 1992, som det eneste land en fælles national organisering af lægevagten, hvor den i de øvrige lande, og mest udtalt i Sverige, er udlagt i hel eller delvis grad til decentral organisering og monitorering. Samtidig har lægevagten i Danmark, som det til dels også er tilfældet i Holland og Norge, en lægefaglig deltagelse i ledelsen af lægevagten. I Danmark er ansvar for faglighed og arbejdstilrettelæggelse i særlig grad også et ansvarsområde for lægerne.

Alle lande har telefonisk visitation, og kun i Danmark varetages denne af læger. I de øvrige lande visiterer sygeplejersker, andet sundhedspersonale eller ikke-sundhedsuddannet personale. I England, Sverige, Holland og dele af Norge anvendes forskellige it-baserede beslutningsstøttesystemer til det ikke-lægeligt uddannede personale til symptomvurdering og efterfølgende visitation. Brugen af beslutningssystemet er kun obligatorisk i den svenske 1177-ordning.

På nær i Sverige har lægevagten åben om natten.

I lægevagten i Danmark anvendes et it-baseret journalsystem, som elektronisk ajourfører patienternes basisoplysninger løbende og med automatisk korrespondance til egen læges journalsystem, hvilket ikke ses i de andre lande. Der findes i vekslende omfang instrukser og andre beslutningsstøtteredskaber og i øvrigt elektronisk adgang til webbaserede databaser. Visitationskapaciteten i de sygeplejerskebemandede visitationer er omkring 4-6 patienter pr. visitator pr. time sammenlignet med den danske lægebemandede visitation med mulighed for mindst 15 patienter pr. visitator pr. time.

### **Aktivitet og service**

Det var forbavsende svært at få valide, systematiske og gennemskuelige data og statistik over aktiviteter og forløb i landenes lægevagter. Danmark udmærker sig reelt i denne komparative undersøgelse ved at have relativt flere data end de øvrige lande. Der er generelt et overordentlig stort behov for i alle lande, herunder også Danmark, at udvikle kvalificerede metoder til monitorering af lægevagtens aktiviteter og leverede ydelser. Vi må derfor konkludere, at valide sammenligninger om aktivitet og service kun vanskeligt lader sig foretage og skal tages med store forbehold.



Fra danske observationer ved vi, at der i ca. 20-25 % af telefonkontakterne foretages en receptudstedelse i form af fornyelse eller nyordination, hvilket kræver en lægefaglig stillingtagen. Vi kender ikke disse tal i de andre lande.

Vore oplysninger antyder, at en lægevisiteret lægevagt kan håndtere mere end dobbelt så mange kontakter i timen sammenlignet med de øvrige ordninger uden lægevisitation. Dette tal afhænger selvfølgelig af den sundhedsfaglige tyngde i henvendelserne til lægevagten.

Det skønnes, at en ikke-lægelig visitation kan føre til flere viderevisiteringer - skønsmæssigt 10–20 % flere, hvis man sammenligner afslutningsandelen i landene imellem - til konsultation og sygebesøg. Vi kan ikke skønne, om dette er en kvalitetsforbedring eller en serviceforringelse.

De engelske erfaringer tyder på, at øgning i serviceudbuddet i lægevagten kan give et behov for en øget aktivitet i lægevagten (udbyderinduktion).

I Sverige lukker man i et vist omfang vagtlægeadgangen om natten, hvilket kan betyde, at efterspørgslen falder, fordi befolkningen afventer og benytter andre tilbud i sundhedsvæsenet, herunder skadestue.

### **Økonomi og kvalitet**

Der er en stor variation i, hvilken uddannelse man skal have for at kunne varetage visitationen i lægevagten. Samtidig er der enighed om, at dette er en af de mest krævende og en af de vigtigste dele af en velfungerende lægevagt.

Der er ikke dokumentation for, hvilken strategi der sikrer den højeste samlede lægefaglige og servicemæssige kvalitet. Det skyldes, at det ikke er undersøgt i et systematisk og konklusivt design. Hollandske studier viser ikke entydigt betryggende resultater med hensyn til den faglige sikkerhed hos det ikke-lægefagligt uddannede personale, men undersøgelserne er små og med designsvagheder i form af manglende direkte empiriske data.

Det er ikke muligt for os at komme med gode og meningsfulde økonomiske sammenligninger af de forskellige landes lægevagter pga. manglende data og store forskelle i organisering. Med baggrund i helt overordnede gennemsnitsberegninger tyder vore data på, at den danske lægevagt relativt koster mindst per kontakt. Danskere er, som tidligere nævnt, sygeforsikret i lægevagten for ca. 90 kr. årligt.

For patientevalueringer er der en tendens i retning af høje patientevalueringer i systemer, der satser på hurtig adgang til lægefaglig vurdering. Den konkrete medicinske kvalitet er kun sparsomt belyst med forskningsdata om OOH.

Kendetegnende for landene er, at der i nogen grad er lavet kliniske vejledninger, der dog ikke i fuld grad er obligatoriske og kun i vekslende grad er implementeret. Der er flere konkrete initiativer til kvalitetsovervågning i alle lande. Der er ikke fundet dokumentation for, hvad disse viser og betyder i den konkrete kliniske praksis.

Der er især i udlandet en udpræget brug af konkrete og præcise service- og adgangsmål. Hvilken effekt, det i øvrigt har at have disse, er ikke tydelig.

I de lægevagter, hvor man har såkaldte beslutningsstøttesystemer, benyttes disse driftsmæssigt, men ikke systematisk til kvalitetsudvikling. Deres hovedformål er at sikre, at ikke-lægefagligt personale leverer en ensartet ydelse, der fx som i Holland kan signeres og superviseres af en læge.

I flere lande har man forsøgt sig med integrering af lægevagt og skadestuefunktion. Der er enighed om, at samordning, forsimpning og ensretning af indgangskanaler til de akutte funktioner er vigtig, og at dagligt samarbejde og koordinering er påkrævet. Derimod er der en vis skepsis over for en integration, som har for stor klinisk samordning pga. fagligt forskellige tilgange til diagnostik, behandling og koordination.

### ***Svagheder ved dette studie***

Denne rapport er udarbejdet under et politisk bestemt tidspres, som har influeret på mulighederne for at inddrage en større diversitet af informanter og detaljerede studiebesøg i landene. Dette har begrænset de sædvanlige muligheder for at validere og krydstjekke oplysninger. Omvendt er den udført af forskere med aktuel forskningsaktivitet om kontakt- og sygdomsmønstret i vagten og med et betydeligt netværk i feltet og af en institution, som gennem årene har beskæftiget sig indgående med aktivitetsanalyser i almen praksis og i sundhedsvæsenet i øvrigt og med forskning i såvel lægevagt som skadestuefunktionen. De konkrete analyser har været begrænset af, at den foreliggende litteratur med komparative analyser over forskellige organisationsformer er meget begrænset. Den forskningslitteratur, som foreligger, er ofte ikke generaliserbar til danske forhold anno 2010.

Studiet har dernæst været begrænset af, at der ikke foreligger sammenligneligt statistisk materiale for OOH i de forskellige lande. Store dele af det tilgængelige materiale er deskriptivt. Der er ikke foretaget egentlige analyser af, hvad det er for sygdomme, som typiske ses i OOH. Vi mangler også en dybere indsigt i kulturforskelle mellem landene, aktivitetsbehovet og i opgavefordeling mellem de forskellige dele af frontlinjen. Endelig ville vi gerne have haft en højere grad af indsigt i diagnose- og behandlingsmønstre.

### ***Konklusion***

Der foregår i det øvrige sundhedsvæsen en perspektivrig reorganisering akutfunktionerne. Dels bliver 112-funktionen lægefagligt bemandet, dels er der enighed om, at der på sygehuse skal etableres speciallægebemandede frontlinjefunktioner i form af akutte modtageafdelinger. Der er god grund til, at forvente, at dette vil styrke kvaliteten af de akutte sygehusfunktioner. Tilsvarende moderniseres skadestuefunktionerne, og tendensen er, at alle skadestuer får visiteret adgang.

Dette gør det nærliggende at reorganisere lægevagten og at sammentænke den med ovenstående.

Den meget enstrengede tilgang til sundhedsvæsenet er en service- og adgangsmæssig forenkling, og skadestueringen har også et potentiale til at opnå rationaliseringsgevinster på samme måde, som det skete i den danske lægevagt i 1992.

Den enstrengede indgang skærper dog også kravet om kvalitetsmonitorering, da mulighederne for, via en anden indgangsvinkel, at søge second opinion svækkes.

Formålet med nærværende rapport er ikke at anwise, at man bør organisere lægevagten på den ene eller anden måde, men alene at påpege centrale dele af det beslutningsgrundlag, som skal danne udgangspunkt for valg, som til slut både er politiske og faglige.

Vi finder, at man på afgørende punkter mangler viden for at have et fuldt belyst beslutningsgrundlag.

For det første ved man ikke, om lægen er bedst til jobbet eller ej. Der mangler ganske enkelt valid forskning på det område.

For det andet er de it-beslutningsstøttefunktioner, som findes i udlandet, etableret fordi sygeplejersker netop ikke har samme faglighed som lægen og derfor skal understøttes. Ingen ved, om disse systemer i sig selv øger fagligheden til samme niveau, som en fuldt uddannet og klinisk trænet speciallæge i almen medicin kan yde. Ingen ved, i hvilket omfang sådanne systemer kan øge kvaliteten af det arbejde, en fuldt uddannet speciallæge i almen medicin kan yde, hvis denne figur beholdes som visitorator. Det gælder især, hvis arbejdet understøttes af nationale kliniske retningslinjer, som søges implementeret med en passende uddannelsesaktivitet

For det tredje tyder vore oplysninger på, at læger har en betydeligt højere produktivitet i visitationen, som muligvis helt eller delvist kan opveje de øgede omkostninger til det højere uddannede personale.

For det fjerde har ændringer i organiseringen af visitationen potentielt store afledte konsekvenser for antal sygebesøg og konsultationer. Vi ved, at sygeplejersker sender flere (skønsmæssigt 10 – 20 % flere patienter) videre til sygebesøg og konsultation med tilhørende omkostninger. Ingen ved, om de dokumenterbart flere konsultationer, der kommer som følge af sygeplejersker i visitationen, giver anledning til et kvalitetsløft, eller om de er udtryk for serviceforringelse, fordi flere må ulejlige sig i konsultationen eller modtage lægefagligt overflødige besøg.

For det femte er lægevagten fagligt selvstyret i et samarbejde med regionerne. Det betyder, at danske læger på fleksibel måde selv sikrer, at der er mange på vagt ved epidemier, men få om sommeren og i andre svagt belastede perioder, som kan optræde fra dag til dag. Tilsvarende håndterer man smidigt ferieafvikling og sygeperioder. I England fjernede man denne autoregulering til fordel for en regionstyret model efter normale bureaukrati- og ansættelsesprincipper. Disse erfaringer har langtfra været entydigt gode, og der er flere steder alvorlige bemandingsproblemer, ligesom lægerne i et vist omfang synes at have dekoblet sig fra overordnet planlægnings- og driftsansvar. Systemet har ikke øget samarbejde og loyalitet mellem regioner (trusts) og læger ved fx utilsigtede hændelser og klager. Der er i England en løbende politisk diskussion om, hvorvidt man skal gå tilbage til den gamle ordning.

Lægevagten og den akutte funktion, herunder også den akutte funktion i kommuner, er centrale dele af et velfungerende sundhedsvæsen. Der er i disse år en stigende systematisk og offentligt finansieret forsknings- og dokumentationsaktivitet om den 'tungere' og alvorligere del af akutfunktionen, medens det er et påfaldende svagt vidensgrundlag om den øvrige akutfunktion, og det kan i den forbindelse være fristende at overveje, om der er behov for at etablere et dedikeret forsknings- og dokumentationsinitiativ eller -center på linje med det norske initiativ.

## 6. Resume

Lægevagtsområdet har været genstand for debat. Debatten har blandt andet haft politisk fokus på hele akutområdet og på eventuelt at inddrage sygeplejersker i visitationen med inspiration fra vores nabolande. I den anledning har Lægeforeningen ønsket at få udarbejdet en sammenlignende analyse af lægevagtordningen i Danmark med tilsvarende ordninger i England, Holland, Sverige og Norge. Analysen skal bidrage til en kvalificeret beslutningsproces vedrørende organisering af lægevagtordningen. Analysen er udarbejdet i en 3-måneders periode fra december 2009 til marts 2010.

### *Metode*

Undersøgelsen er foretaget som et kombineret litteratur-, interview- og korrespondancestudie med inddragelse af centralt placerede og aktive fremtrædende nøglerepræsentanter fra forskningsmiljøer omkring out-of-hours (OOH) i de undersøgte lande.

### *Resultater*

OOH-organisationerne i England, Holland, Sverige og Norge afviger fra den danske lægevagtsorganisation. I disse lande er OOH decentralt styret og har ingen fælles national organisering som i Danmark. I Holland, Norge og Danmark har man en lægefaglig deltagelse i ledelsen af lægevagten med indbygget faglig selvstyring og ansvar for arbejdstilrettelæggelse og bemanning inden for geografisk mindre enheder. I England og Sverige er OOH organisatorisk placeret under offentlig ledelse. Alle lande har telefonisk visitation, men kun i Danmark varetages visitationen af læger, som altovervejende er speciallæger i almen medicin og med klinisk funktion som sådan. I de øvrige lande visiterer sygeplejersker eller andet sundhedspersonale. I England, Sverige, Holland og dele af Norge anvendes it-baserede beslutningsstøttesystemer til at kvalificere visitationen. Brugen af beslutningssystemet er kun obligatorisk i den svenske 1177-ordning. Kun i Danmark har man et nationalt it-baseret journalsystem, som elektronisk ajourfører patienternes basisoplysninger med automatisk korrespondance til egen læges journalsystem. Visitationskapaciteten i de sygeplejerskebetjente telefoniske visitationer er omkring 4-6 patienter pr. visitator pr. time, mens kapaciteten i den danske lægebemandede visitation giver mulighed for mindst 15 patienter pr. visitator pr. time.

### *Konklusion*

Undersøgelsen har været begrænset af manglende sammenligneligt statistisk materiale og tilstrækkeligt relevant og videnskabeligt kvalificeret litteratur for området. Det er derfor ikke muligt at foretage en entydig konklusion af, hvorvidt lægevagtsydelse i Holland, England, Sverige og Norge har et mere hensigtsmæssigt og sikkert behandlingsresultat end lægevagten i Danmark. For at kunne komme med entydige konklusioner finder vi, at man skal sikre ny viden inden for fem afgørende punkter. **1.** Man ved ikke, om lægen er bedst til jobbet eller ej. **2.** Der er ikke foretaget målrettede undersøgelser af, hvorvidt de it-baserede beslutningsstøttesystemer øger faglighed og kvalitet i visitationen. **3.** Vore oplysninger tyder på en højere produktivitet ved lægevisitation sammenlignet med sygeplejerskevisitation. **4.** Telefonisk visitation er afgørende for antallet af konsultationer og sygebesøg, og speciallæger har mulighed og ser ud til at afslutte flere i telefonkonsultationer. **5.** Lægevagten er fagligt selvstyret og sikrer derved et konstant lægeligt tilbud uanset døgn- og årstidsvariation og behov for ekstra bemanning ved eksempelvis epidemier.

## 7. Referencer

- (1) van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J* 2004 Nov;21(6):722-3.
- (2) Derkx HP, Rethans JJ, Muijtjens AM, Maiburg BH, Winkens R, van Rooij HG, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *BMJ* 2008;337:a1264.
- (3) Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007 Jun;16(3):181-4.
- (4) van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006 Sep;38(8):565-9.
- (5) Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 2009;9:105.
- (6) Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007;8:46.
- (7) Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007 Oct;19(5):289-95.
- (8) van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med* 2005 Jul;20(7):612-7.
- (9) Netværksseminar (jf. bilag 2 og 3) - interviewoplysninger. Vartov, København; jan. 2010
- (10) Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
- (11) Praktiserende Lægers Organisation, Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Landsoverenskomst om almen lægegering. 1. udgave. København: Praktiserende Lægers Organisation; 2006.
- (12) Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Aff (Millwood)* 2006 Nov;25(6):1733-7.
- (13) Vedsted P, Olesen F. Effect of a Reorganised After-Hours Family Practice Service on Frequent Attenders. *Fam Med* 1999;31(4):270-5.
- (14) Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. *Scand J Prim Health Care* 2001 Jun;19(2):95-8.
- (15) Danske Regioner. Servicemål i almen praksis. Delrapport: Almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen [internet]. København, Danske Regioner; 2007. Available from: <http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Praksissektoren/upload/filer/sundhed/servicemål%20i%20almen%20praksis.pdf>

- (16) Region Midtjylland. Fælles servicemål på sundhedsområdet i Region Midtjylland [internet], 2007. Available from: [http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Kvalitetsstrategi%20og%20Koordinering/Gældende%20servicemål%20inkl%20%20%20bilag\\_godkendt%20af%20RR\\_121207.pdf](http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Kvalitet%20og%20Sundhedsdata/Kvalitetsstrategi%20og%20Koordinering/Gældende%20servicemål%20inkl%20%20%20bilag_godkendt%20af%20RR_121207.pdf)
- (17) Sundhedsstyrelsen. Kvaliteten i den danske lægevagtsordning. København; 2009.
- (18) Hunskår S. Den norske lægevagt [forelæsning]. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis; 2010. Forelæsning.
- (19) Samordning i Sundhedsvæsenet. Skadebehandling på sygehuse og i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen; 1985.
- (20) Gro R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Aff (Millwood)* 2006 Nov;25(6):1733-7.
- (21) Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998 May 16;316(7143):1502-5.
- (22) Andersen JS. Københavns Lægevagt - aktivitet og kvalitet. København. Månedsskr Prakt Lægegern;1998.
- (23) Christensen MB. Frequent attenders at the out of hours service in Denmark - Implementation of change in general practice. A stratified cluster randomised controlled trial among frequent attenders at the out of hours service in the County of Northern Jutland, Denmark [PhD thesis]. Aarhus: Faculty of Health Science, University of Aarhus. 2001.
- (24) National Audit Office. The Provision of Out-of-Hours Care in England. London: National Audit Office; 2006.
- (25) Carson D. Raising Standards for Patients - New Partnerships in Out-of-Hours Care. London: Department of Health; 2000.
- (26) Salisbury C. Observational study of a general practice out of hours cooperative: measures of activity. *BMJ* 1997 Jan 18;314(7075):182-6.
- (27) Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003 Jun;20(3):311-7.
- (28) McKinley RK, Cragg DK, Hastings AM, French DP, Manku-Scott TK, Campbell SM, et al. Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. II: The outcome of care. *BMJ* 1997 Jan 18;314(7075):190-3.
- (29) Lattimer V, Turnbull J, Burgess A, SurrIDGE H, Gerard K, Lathlean J, et al. Effect of introduction of integrated out of hours care in England: observational study. *BMJ* 2005 Jul 9;331(7508):81-4.
- (30) Department of Health. National Quality Requirements in the Delivery of Out-of-Hours Services. Gateway no. 6893. London: Department of Health; 2006.

- (31) Sederblad P, Valsecchi R, Andersson M, Smith C, Mueller F. Tele-nursing: the English and Swedish experiences. 25<sup>th</sup> Annual International Labour Process Conference; 2007 Apr 2-4; AIAS-Amsterdam.
- (32) Mark AL, Shepherd ID. NHS direct: managing demand for primary care? *Int J Health Plann Manage* 2004 Jan;19(1):79-91.
- (33) Richards DA, Godfrey L, Tawfik J, Ryan M, Meakins J, Dutton E, et al. NHS Direct versus general practice based triage for same day appointments in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004 Oct 2;329(7469):774.
- (34) Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000 Jul 15;321(7254):150-3.
- (35) van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res* 2005 Mar 31;5(1):27.
- (36) Schrijvers G, Freeman GK. Keep primary health care personal! *Int J Integr Care* 2005;5:e05.
- (37) Sandvik H, Hunskar S. [Working style among regular general practitioners and other doctors in the out-of-hours services]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010 Jan 28;130(2):135-8.
- (38) Sandvik H, Hunskar S. [Which physicians receive reimbursement for out-of-hours work?]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007 May 17;127(10):1347-50.
- (39) Otterlei B, Bentzen N. [Fewer regular general practitioners participate in out-of-hours emergency services]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007 May 17;127(10):1351-3.
- (40) Socialdepartementet. [internet]. Delbetänkande från Utredningen om patientens rätt. [cited 2008December 15] Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11201/a/117581>
- (41) Socialdepartementet. Vårdval i Sverige.SOU2008:37 [internet].Available from: <http://www.regeringen.se/content/c6/10/29/06/103b2521.pdf>
- (42) Landstingen och regionerna i samverkan [internet]. Råd om vård på webb och telefon. Available from: <http://www.1177.se>.
- (43) Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Bases for assessments made by telephone advice nurses. *J Telemed Telecare* 2005;11(8):403-7.
- (44) Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Factors and circumstances related to complaints in emergency medical dispatching in Sweden: an exploratory study. *Eur J Emerg Med* 2003 Dec;10(4):272-8.
- (45) Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *J Clin Nurs* 2003 Jan;12(1):37-45.
- (46) Hedenbro M. At give det rigtige svar i telefonen er det sværeste job i sygeplejen: i Sverige er det sygeplejersker, som tager telefonen, når patienterne ringer til det, vi kalder for Lægevagten. *Ugeskrift for læger* 2010;172(2):98-9.

- (47) Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH, Nieber T, Thesen J, Bondevik GT, et al. [Locations, facilities and routines in Norwegian out-of-hours emergency primary health care services]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007 May 17;127(10):1339-42.
- (48) Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskaar S, Blinkenberg J, Thesen J, et al. [Organization of Norwegian out-of-hours primary health care services]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007 May 17;127(10):1335-8.
- (49) Hansen EH, Hunskaar S. Development, implementation, and pilot study of a sentinel network ("The Watchtowers") for monitoring emergency primary health care activity in Norway. *BMC Health Serv Res* 2008;8:62.
- (50) Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ* 2000 Apr 15;320(7241):1053-7.
- (51) Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *BMJ* 1998 Oct 17;317(7165):1054-9.
- (52) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001271.
- (53) MORI. Experience of Out of Hours Care. Research Conducted for The National Audit Office 2005 Nov.
- (54) Hansen EH, Hunskaar S. [Differences in requests to out-of-hours services]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007 May 17;127(10):1344-6.
- (55) Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2007. Rapport nr. 5-2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob Helse; 2009.
- (56) van Uden CJ, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2005 Jan 15;5(1):6.
- (57) Shipman C, Payne F, Hooper R, Dale J. Patient satisfaction with out-of-hours services; how do GP co-operatives compare with deputizing and practice-based arrangements? *J Public Health Med* 2000 Jun;22(2):149-54.
- (58) Giesen P, Moll van CE, Mookink H, Bindels P, van den Bosch W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns* 2007 Jan;65(1):131-6.
- (59) Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004180.
- (60) van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003 Mar;20(2):184-7.
- (61) Würgler MW, Navne LE. Når sygeplejersker visiterer i lægevagten. København: DSI; 2010.



## Søgestrategi

Litteratursøgningen er foretaget i perioden december 2009 til januar 2010 i PubMed, Libris, Cochrane og SveMed+. Søgeresultaterne er fremkommet via søgning på nedenstående søgetermer kombineret med Medical Subject Headings (MeSH), via fritekstsøgning og endelig er der inkluderet relevant litteraturfremkommet i forbindelse med søgeresultater ("sneboldsøgning").

*Overordnede søgetermer:*

- Engelsksprogede søgninger:
  - Out-of-hours-care (konverterer automatisk til "After Hours Care")
  - After-hours Care, herunder (entry terms, inkl. alle subheadings):
    - Out-of-Hours Medical Care
    - Medical Care, Out-of-Hours
    - Out of Hours Medical Care
    - After Hours Care
  - Physicians, Family, herunder (entry terms, inkl. alle subheadings):
    - Family Physician
    - Family Physicians
    - Physician, Family
    - Generalist
    - Generalists
    - General Practitioner
    - General Practitioners
    - Practitioner, General
    - Primary Care Physician
    - Primary Care Physicians
    - Physician, Primary Care
    - Physicians, Primary Care
    - Family Medicine

For at sikre fremsøgning af litteratur om den svenske lægevagtsordning er der endvidere søgt i SweMed+ på følgende termer:

- Vård central
- Läkavård
- Läka\*

*Søgetermer er kombineret med følgende MeSH-termer:*

Triage  
Urgent care/Ambulatory care  
Emergency medical services

Medical record (computerized)  
 Organization/Organisation\*  
 Medical education  
 Qualification  
 Workload  
 Skillmix  
 Diagnosis  
 Catchment area  
 Economics  
 Quality of health care  
 Patient Safety  
 Patient satisfaction  
 Accessibility  
 Emergency medical services\*  
 AND henholdsvis Netherlands, United Kingdom, Denmark, Sweden, Norway  
 Akutsjukvård  
 Akutvård  
 Jourverksamhet  
 Allmänmedicin  
 Kvalitet  
 Tilgængelighed  
 Organisering

Litteratursøgningen er begrænset til litteratur publiceret efter 1992. Relevansen af søgeresultater (titler og abstracts) er vurderet, og udvalgte artikler er læst og analyseret.

Følgende søgeord er anvendt inden for søgeområderne.

<b>Søgeområder</b>	<b>Søgeord</b>
<b>Organisation</b>	AND triage AND urgent care AND A&E service (Accident & Emergency service) AND medical record (computerized) AND organization/organisation/organisational
<b>Kapacitet</b>	AND medical education AND qualifications AND workload
<b>Aktivitet og service</b>	AND diagnosis AND catchment area
<b>Økonomi</b>	AND economics
<b>Kvalitet</b>	AND quality AND patient safety AND patient satisfaction AND accessibility

## Søgeprotokol

Nedenfor er resultaterne af forskellige søgestrategier anført.

	1: Out-of-hours-care 2: After-hours Care 3: 1 OR 2 4: Physicians, Family 5: Triage 6: Urgent Care 7: Emergency medical service 8: Medical record (computerized) 9: Organization and Administration 10: Medical education 11: Qualification 12: Workload 13: Skillmix 14: Diagnosis 15: Catchment area 16: Economics 17: Quality 18: Safety management 19: Patient satisfaction 20: Health service accessibility 21: Netherlands 22: Great Britain (United Kingdom) 23: Denmark 24: Sweden 25: Norway 26: Jour* 27: Akutvård 28: Akut 29: Akutsjukvård	
<b>Søgekombinationer</b>	<b>Søgeresultater</b>	
3 +4	28	
3 + 5 + 7 + 9	42 340	
3 + 5 + 4 + 7 + 9	1	
3 + 4 + 5 + 7 + 9 + 21	209	
3 + 5 + 7 + 9 + 22	3473	
3 + 5 + 7 + 9 + 23	294	
3 + 5 + 7 + 9 + 24	390	
3 + 5 + 7 + 9 + 25	194	
3 + 10 + 11	0	
3 + 10	24	
3 + 10 + 23	0	
3 + 10 + 24	2	
3 + 10 + 25	0	
3 + 10 + 26	0	
3 + 10 + 27	1	
3 + 9 + 12	46	
13	0	
3 + 9 + 12 + 23	3	

$3 + 9 + 12 + 24$	14	
$3 + 9 + 12 + 25$	0	
$3 + 9 + 12 + 26$	0	
$3 + 9 + 12 + 27$	1	
$3 + 9 + 15$	2	
$3 + 9 + 15 + 23$	0	
$3 + 9 + 15 + 24$	1	
$3 + 9 + 15 + 25$	0	
$3 + 9 + 15 + 26$	0	
$3 + 17$	331	
$3 + 17 + 18$	2	
$3 + 17 + 18 + 19$	0	
$3 + 17 + 18 + 23$	0	
$3 + 17 + 18 + 24$	1	
$3 + 17 + 18 + 25$	0	
$3 + 17 + 18 + 26$	0	
$3 + 17 + 18 + 27$	0	
$3 + 19$	52	
$3 + 19 + 23$	5	
$3 + 19 + 24$	22	
$3 + 19 + 25$	1	
$3 + 19 + 26$	0	
$3 + 19 + 27$	2	
$3 + 20 + 23$	5	
$3 + 20 + 24$	25	
$3 + 20 + 25$	1	
$3 + 20 + 26$	0	
$3 + 20 + 27$	3	

**Uafklarede spørgsmål:****1. Organisation**

- 1.1. Hvordan er rådgivningen af borgerne i OOH – en del af lægevagten, løstrevet fra lægevagten f.eks. i form af et nationalt tlf.nr.?
- 1.2. Hvilken face-to-face-service ydes i OOH care (kontakttyper)?
- 1.3. Er der en fælles akutorganisation, eller er lægevagten en adskilt organisation ift. skadestuer (A&E, ED, EMD) i sekundærsektoren?
- 1.4. Oplysninger om/opgørelser over, hvilke ptt. der bruger lægevagten, og hvilke der går til skadestue (mix mht. urgency)?
- 1.5. Hvordan dokumenteres kontakterne? (pt.-id, tid, henvendelsesårsager, diagnoser)
- 1.6. Sverige: Kan der viderevisiteres fra 1177-sygeplejersken, eller skal pt. ringe op igen til den lokale "jourcentral" som i England?
- 1.7. Hvad er lægevagtens åbningstider? (i DK udgør lægevagtstiden 75 % af den samlede tid)

**2. Kapacitet**

- 2.1. Er der visiterende læger?
- 2.2. Anvendelse af guidelines eller beslutningsstøtteværktøjer – kan vi få eksemplarer heraf?
- 2.3. Hvem har face-to-face-kontakter med ptt. (læger, sygeplejersker, - også selvstændige?), og hvilke uddannelseskrav stilles der?
- 2.4. Supervision i Holland og Sverige: Gennemgås alle sygeplejerskekontakter? Hvad koster det i lægetid, og kan den bruges bedre?
- 2.5. Relevante tal: Antal læger hhv. sygeplejersker, som arbejder i OOH, pr. 1000 indbyggere pr. år? Antal læger hhv. sygeplejersker, som arbejder i OOH, pr. 1000 kontakter

**3. Aktivitet og service**

- 3.1. Tal for kontakter (antal kontakter pr. 1000 indbyggere) og for, hvor mange ptt. der visiteres videre?
- 3.2. Har man i lægevagten helt eller delvis adgang til journaloplysninger hos den praktiserende læge eller sgh (f.eks. afgrænset til medicinforbrug)?
- 3.3. Opgørelser af ventetid (telefon, konsultationer, hjemmebesøg), patientforløb?

**4. Økonomi**

- 4.1. Hvad koster lægevagten overordnet?
- 4.2. Hvordan aflønnes personalet?
- 4.3. Hvor mange ptt. håndteres i OOH-regi, som ellers ville have medført (større) udgifter i sekundærsektoren?
- 4.4. Er der brugerbetaling på hhv. lægevagt, skadestuekontakter og telefonkontakter?

**5. Kvalitet**

- 5.1. Findes der formulerede kvalitetsmål og servicemål for lægevagten?
- 5.2. Findes der undersøgelsesresultater af den faglige kvalitet?
- 5.3. Findes der opgørelser af patienttilfredshed mht. den faglige kvalitet og service (f.eks. ventetid, afstand til klinik)?

**Netværksseminar d. 22. Januar 2010, deltagerliste**

**England**

**Valerie Lattimer**

Professor, Director of Research  
School of Health Sciences  
University of Southampton

**Emma O'Donnell**

Senior Policy Manager  
Urgent and Emergency Care  
Commissioning and System Management Directorate  
Department of Health

**Norge**

**Elisabeth Holm Hansen**

Sykepleier og Master i folkehelse  
Doktorgradskandidat ved Seksjon for allmenntmedisin, University of Bergen  
National Centre for Emergency Primary Health Care

**Holland**

**Linda Huibers**

Junior onderzoeker  
Scientific Institute for Quality of Healthcare  
Universitair Medisch Centrum St Radboud

**Henk van Stel**

PhD, Epidemiologist, Assistant Professor of Health Services Research  
Julius Center for Health Sciences and Primary Care  
Department of Public Health  
UMC Utrecht

**Sverige**

**Lars-Olof Hensjö**

Specialist i internmedicin och allmänmedicin  
Medicinsk chef  
Sjukvårdsrådgivningen SVR AB