

Kontakt- og sygdomsmønstret i lægevagten LV-KOS 2011



Forskningsenheden for Almen Praksis
Aarhus Universitet

Kontakt- og sygdomsmønstret
i lægevagten
LV-KOS 2011

Grete Moth
Lone Flarup
Morten Bondo Christensen
Frede Olesen
Peter Vedsted

Forskningsenheden for Almen Praksis
Aarhus 2012

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

Udgivet af: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet, Bartholins Alle 2, 8000 Aarhus C.

Telefon: 87 16 78 97 Epost: fe@alm.au.dk

ISBN: 987-87-90004-30-9

Version: 1. version

Versionsdato: December 2012

Publikationen er tilgængelig på: <http://folkesundhed.au.dk/enhed/publikationerfe/udgivelser/rapp/>

Citeres som: Moth G, Flarup L, Christensen MB, Olesen F, Vedsted P. Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten, LV-KOS 2011. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis. 2012

Forord

Denne rapport indeholder de overordnede resultater for Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen for lægevagten i Region Midtjylland, LV-KOS 2011. Den følger som en naturlig forlængelse af den tilsvarende rapport om kontaktmønsteret i almen praksis i dagtid. Rapporten er den første på området, idet der ikke tidligere er foretaget en større systematisk dataindsamling om patienters årsager til at kontakte lægevagten. Tidligere undersøgelser har primært haft fokus på patienttilfredshed og lægers vurdering af relevansen af henvendelserne, og der mangler viden om indholdet af kontakterne i form af kontaktårsager og diagnoser mm.

Med forankringen i almen praksis er lægevagten en selvstændig del af akutområdet, og dette har været genstand for en del diskussion de senere år bl.a. med fokus på, om visitationsopgaven med fordel kunne varetages af andre faggrupper. De løbende diskussioner om en ændring af lægevagtens organisering har tydeliggjort behovet for dokumentation af den nuværende ordning, for at have et ordentligt grundlag til at kunne vurdere konsekvensen af at foretage ændringer. Kontaktmønsterundersøgelsen, LV-KOS 2011, kan bidrage til en sådan dokumentation.

Ligesom i kontaktmønsterundersøgelsen for dagtid har vi mulighed for at foretage en kobling med registerdata. På den måde er det muligt at supplere lægernes og patienternes oplysninger, så der kan foretages en langt mere omfattende beskrivelse af patienternes forløb i sundhedsvæsenet, deres socioøkonomiske status, medicinforbrug osv.

Undersøgelsen er gennemført i 2010-11, og har således fundet sted før indførelsen af den nye akutaftale i Region Midtjylland med en enstrenget visitation (lægevagt og skadestue). Selvom den nye akutaftale formentlig vil medføre en ændret brug af almen praksis, vil nærværende undersøgelse fortsat i stor udstrækning beskrive kontaktårsagerne til lægevagten i regionen.

I denne rapport præsenterer vi en række deskriptive opgørelser med hovedresultater, der dokumenterer de sundhedsyndelser, som befolkningen har behov for fra den primære sundhedstjeneste i vagttid. I efterfølgende videnskabelige artikler og rapporter vil data blive yderligere analyseret og offentliggjort.

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen er finansieret af Forskningsfonden for Almen Praksis, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland og Forskningsfonden for Almen Praksis' TEMA-pulje inden for emnet "Almen Praksis i Sundhedsvæsenet". En betydelig del af omkostningerne til analyse, databaseoprettelse, registerdata mm. er finansieret over Forskningsenheden for Almen Praksis' løbende drift.

Tak til de læger, som deltog i LV-KOS 2011 og til regionens vagtudvalg for opbakning og samarbejde om projektet og for sparring undervejs i processen. Tak til EG Data Inform for et forbilledligt samarbejde.

Forskningsenheden for Almen Praksis
Aarhus, november 2012

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

Lone Flarup
Cand.scient.san., ph.d.-stud.

Morten Bondo Christensen
Seniorforsker, Prakt. Læge, ph.d.

Peter Vedsted
Professor, ph.d.

Frede Olesen
Professor, Dr.med.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	1
Oversigt over figurer og tabeller	2
Baggrund	4
Overordnede formål.....	7
Materialer og metode	9
Lægeregistrering	9
Patientspørgeskemaer	11
Databehandling	11
Godkendelser/etik.....	12
Resultater	13
Resultatafsnittets opbygning	13
Undersøgelsens repræsentativitet.....	14
Vagtlægerne	14
De registrerede patienter.....	15
Region Midtjylland i forhold til de øvrige regioner	16
Organisationsperspektivet	17
Lægeperspektivet.....	26
Patient/brugerperspektivet.....	36
Diskussion.....	40
Diskussion af metode	40
Styrker og svagheder.....	40
Diskussion af resultater	41
Perspektiver.....	44
Litteratur.....	45
Bilag 1 – Skærmpoint af lægeregistreringsskemaer	
Bilag 2 – Eksempel på patientspørgeskema	
Bilag 3 – Opgørelser af lægernes registrering samt nogle patientbesvarelser	

Oversigt over figurer og tabeller

Figurer

Sidetal

Figur 1. Geografisk inddeling i vagtområder med angivelse af lægevagtskonsultationer, fast bemandede (rødt symbol) og bemandede efter aftale med vagtlægen (hvidt symbol)	5
Figur 2. Afgrænsningen mellem Stor-Aarhus (den røde markering), større byers områder (de blå markeringer) og omliggende landområder	12
Figur 3. Fordelingen af kontakter (alle kontakttyper) i løbet af 12 måneder - baseret på data fra Sygesikringsregisteret	18
Figur 4. Døgnfordeling af kontakter på typiske hverdage - baseret på lægevagtsdata	18
Figur 5. Døgnfordeling af kontakter i løbet af en gennemsnitlig lørdag-søndag (uden helligdag lige før eller efter)	19
Figur 6. Kontaktårsager fordelt på ICPC-organkoder med angivelse af procentvis andel	19
Figur 7. Diagnoser fordelt på ICPC-komponentkoder hver kontaktttype	22

Tabeller

Tabel 1. Karakteristika for læger i vagter med LV-KOS-registrering i og for alle vagter	14
Tabel 2. Fordeling af TK'er og visitationer ¹	15
Tabel 3. Sammenligning af andel registrerede LV-KOS-patienter og alle patienter i regionen i lægevagten i regionen fordelt på køn, alder, årstider, hverdag/weekend	16
Tabel 4. Henvendelser til lægevagten pr. 1.000 indbyggere og fordeling på kontakttyper for alle regioner og for hele landet	16
Tabel 5. Antal kontakter i studieperioden pr. 1.000 indbyggere fordelt på køn, kontakttyper og alder ¹	17
Tabel 6. Antal registreringer ¹ i LV-KOS pr. 1.000 indbyggere for hvert geografisk område ²	17
Tabel 7. Antal henvendelser ¹ til lægevagten med de fem hyppigste årsager for hver aldersgruppe og hvert køn	20
Tabel 8. Antal henvendelser til lægevagten med de fem hyppigste diagnoser for hver aldersgruppe og kontaktttype	21
Tabel 9. Andel af diagnoser fordelt på symptomer, infektioner, skader og sygdomsdiagnoser for Stor-Aarhus, de større byer og øvrige landområder i regionen ¹ for hver kontaktttype	22
Tabel 10. Antal afsluttede telefonkonsultationer for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk lidelse	23
Tabel 11. Antal konsultationer for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk lidelse	23
Tabel 12. Antal besøg for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk sygdom	24
Tabel 13. Antal henvendelser for hver kontaktttype med patienter henholdsvis med og uden selvrapporterede kroniske sygdomme fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk sygdom	24
Tabel 14. Antal receptfornyelser i telefonkonsultationer for hver kategori af patientkarakteristika	25

Tabel 15. Det gennemsnitlige antal kontakter for forskellige typiske lægevagter med angivelse af minimum- og maksimum	26
Tabel 16. De hyppigste kontaktårsager angivet med de tre hyppigste lægeangivne diagnoser for de pågældende årsager for hver kontakttype.....	27
Tabel 17. Antal kontakter med fordeling af lægevurderet grad af alvorlighed for hver kontakttype	28
Tabel 18. De hyppigste kontaktårsager i telefonkontakter (TK + visitation) for hver aldersgruppe fordelt på to kategorier af alvorlighed	29
Tabel 19. Andel af kontakter fordelt på alvorlighed for hver kontakttype og for de tre geografiske områder ¹	29
Tabel 20. Antal telefonkontakter, hvor lægerne vurderede, at patienterne burde have kontaktet egen læge fordelt på patientkarakteristika	30
Tabel 21. Fordeling for hver kontakttype på vagtlægens vurdering af, om kontakten burde være henvendt til egen læge eller om den var relevant for lægevagten for kontakter, der skyldtes henholdsvis ny episode, opblussen af kendt kronisk sygdom eller andet.....	31
Tabel 22. Fordeling af vurdering af alvorlighed af alle telefonkontakter for hvert køn og hver aldersgruppe for vagtlægerne	31
Tabel 23. Angivelse for alle telefonkontakter af om patienten burde have kontaktet egen læge i forhold til lægens køn og alder	32
Tabel 24. Andel af visiterende lægers afsluttede telefonkontakter for hvert køn og hver aldersgruppe	32
Tabel 25. Fordeling af lægernes vurdering af, om kontakten kunne have været afsluttet i telefonen	33
Tabel 26. Patientkarakteristika for de konsultations- og besøgskontakter, hvor lægerne vurderede, at kontakten kunne have været afsluttet i telefonen	33
Tabel 27. Andelen af kontakter, hvor kontakten kunne have været afsluttet i telefonen for hver kategori af lægekarakteristika for de vurderende læger og for hver kontakttype	34
Tabel 28. Andelen af kontakter, hvor det vurderedes, at kontakten kunne have været afsluttet i telefonen for hver kategori af lægekarakteristika for de visiterende læger og for hver kontakttype	35
Tabel 29. Fordeling af patienternes forventninger for hver kontakttype	36
Tabel 30. Fordeling af lægevurderet alvorlighed af kontakter, som af patienterne blev vurderet som "alvorlige" for hver kontakttype og opdelt på patientens køn og alder	37
Tabel 31. Fordeling af patienttilfredshed for hver kontakttype Der blev spurgt: <i>Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt med vagtlægen?</i>	37
Tabel 32. Fordeling af kontakter med andelen af utilfredse/meget utilfredse patienter for køn og aldersgruppe.....	38
Tabel 33. Fordeling af forventninger for afsluttede telefonkonsultationer med grad af tilfredshed for hver forventningskategori	38
Tabel 34. Fordeling af forventninger for konsultationer med grad af tilfredshed for hver forventningskategori	39
Tabel 35. Fordeling af forventninger for besøg med grad af tilfredshed for hver forventningskategori	39
Tabel 36. Fordeling af forventninger for de patienter, der blev indlagt eller henvist til skadestue	39

Baggrund

I Danmark har lægevagten i løbet af de seneste 20 år undergået en stor udvikling væk fra mindre grupper af samarbejdende praktiserende læger til store lægevagtsorganisationer. Således blev der i 1992 etableret lægevagtsenheder på amtsniveau og i 2007 på regionalt niveau [1]. Lægevagten er dog nu som før forankret i almen praksis, og det betyder, at de praktiserende læger ifølge landsoverenskomsten for almen lægegerning mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner har både det organisatoriske og lægefaglige ansvar for tilrettelæggelse af lægevagten i samarbejde med regionerne [2]. De praktiserende læger har således fortsat 24-timers forpligtelse over for patienterne, og man skal døgnet rundt kunne komme i kontakt med en praktiserende læge. Selve den praktiske organisering af lægevagten foretages af grupper af praktiserende læger i de regionale vagtudvalg, som referer til de regionale PLO-udvalg.

Lægevagtopgaverne varetages af alment praktiserende læger, speciallæger i almen medicin eller af læger under specialeuddannelsen (dog ikke visitationsvagter før uddannelsens afsluttende fase (fase III)). Lægerne varetager alle tre typer opgaver i lægevagten, dvs. telefonvisitation, konsultation og hjemmebesøg (med undtagelse ved akutklinikker, hvor sygeplejersker har bistået ved nogle af konsultationerne). Dette er i modsætning til de fleste andre lande, idet det langt oftest er sygeplejersker eller andet personale, som besvarer opkaldene fra patienterne og foretager visitationen [3].

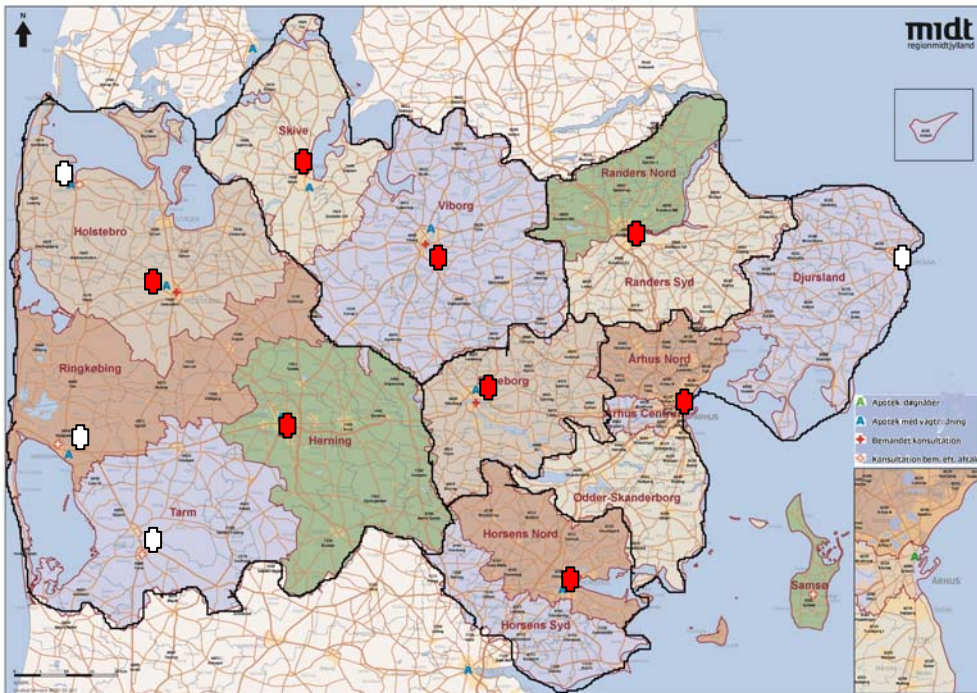
Lægerne honoreres pr. ydelse. I telefonvisitationen er der et højere honorar for at afslutte kontakten pr. telefon frem for at visitere til efterfølgende konsultation eller besøg, idet det typisk er mere tidskrævende, når en kontakt kan afsluttes i telefonen frem for at visitere videre til konsultation eller besøg.

I princippet tildeles alle praktiserende læger i regionen lægevagter, men man kan komme ud af vagtforpligtelsen med begrundelse i f.eks. sygdom eller alder. Praktiserende læger kan ønske, hvilken mængde vagter, de gerne vil have, hvilket tilgodeses i det omfang, det er muligt. Desuden er det muligt at bytte vagter indbyrdes. Således påtager yngre praktiserende læger sig ofte en relativt større andel af vagterne end ældre læger. Der er således dækning ved ferie og sygdom.

Tilrettelæggelse og organisering finansieres af vagtbidrag fra alle alment praktiserende læger og læger med vagtydernummer (speciallæger i almenmedicin uden ydernummer og uddannelseslæger med eget vagtydernummer) og af et aftalt tilskud fra regionen.

Region Midt er inddelt i 6 vagtområder (se Figur 1), og vagtplanlægningen administreres af en vagtchef for hvert område. De praktiserende læger tilhører det vagtområde, hvor de har praksis, og uddannelseslæger tilhører samme vagtområde som deres tutorlæge. Antallet af læger på vagt er afstemt efter efterspørgslen i de forskellige områder og på forskellige tidspunkter af døgnet, ugen og året. Honoreringsformen med honorar pr. ydelse giver mulighed for en fleksibel udnyttelse af vagtlægenes tid, idet en evt. overkapacitet i stille perioder kan håndteres ved en nedskalering af bemanningen ved at sende læger hjem før vagtafslutning.

Opkald til lægevagten foregår i hele regionen via samme telefonnummer, og disse opkald besvares af læger, som befinder sig i lægevagts visitationslokaler enten i Aarhus eller i Holstebro. På hver vagt har én af visitationslægerne i såvel øst som vest en koordinatorfunktion. Denne indebærer at have overblik over, hvordan vagten afvikles, bl.a. over hvor besøgslægerne befinder sig og evt. omdirigere dem ved behov. Desuden skal koordinator have overblik over ventetider dels på telefonen og dels i konsultationen og evt. ved behov flytte læger fra visitation til konsultation og omvendt.



Figur 1. Geografisk inddeling i vagtområder med angivelse af lægevagtskonsultationer, fast bemandede (rødt symbol) og bemandede efter aftale med vagtlægen (hvidt symbol)

Lægevagten havde i studieperioden otte faste konsultationer på hospitaler i regionen (Figur 1 – røde symboler). Derudover anvendte vagtlægerne konsultationsfaciliteter i Lemvig, Ringkøbing, Tarm, og Grenå i tilfælde, hvor der blev truffet aftale om konsultation med patienterne i disse nærområder (Figur 1 – hvide symboler). I vagtkonsultationerne forefandt kun et begrænset udvalg af medicinsk udstyr og kun få muligheder for laboratorieundersøgelser (f.eks. urinstix). Omfanget af ydelser udover selve kontakten er i øvrigt afhængig af lægens eget medbragte udstyr. Dette er i løbet af 2012 ændret med en ny akutaftale, men i perioden for undersøgelsens gennemførelse var ovennævnte tilfældet.

Ved hjemmebesøg medbringer vagtlægerne i lighed med i dagtid egen lægetaske. De fleste vagtlæger benytter en kørselsordning, der er organiseret af regionen, på deres besøgsvagter. Bilerne er oftest almindelige taxier, der under vagten medbringer basalt genoplivningsudstyr samt en kuffert med blærekateterudstyr. Besøgslægen medbringer en bærbar PC, som løbende opdateres med listen over patientbesøg. Ganske få læger deltager ikke i den regionale kørselsordning, og har så selv ansvar for udstyret. Der er ikke krav om genoplivningsudstyr i bilerne, men det anbefales.

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, honorering, elektronisk feedback af notater til patientens egen læge, kontakt til sygehus, apotek, cave-meddelelser m.v. I tilslutning til IT-systemet forefindes en vagtlægehåndbog, som løbende ajourføres, og som indeholder vagtinstrukser, informationer om hvordan og hvortil patienter skal henvises mm.

Der er for Region Midtjylland opstillet følgende servicemål for lægevagten [4]:

- 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.

Der er tidligere foretaget en enkelt undersøgelse af ventetiden i lægevagtskonsultationen i Aarhus i 2008. Den viste, at 75% af patienterne vurderede, at de var blevet tilset inden for en time [5]. Der er i tidens løb ligeledes gennemført undersøgelser af patienttilfredshed med lægevagten forskellige steder i landet, som overordnet viser udbredt tilfredshed [6-8]. Samtidig udgør antallet af klager under 0,01% af alle kontakter [6]. Vagtlægenes vurdering af relevansen af henvendelser er ligeledes blevet undersøgt. Undersøgelserne viste, at 30-40% af alle henvendelser af lægerne blev vurderet som fagligt unødvendige eller mindre nødvendige [9,10].

Der er imidlertid aldrig tidligere foretaget en samlet undersøgelse af lægevagts funktion baseret på patienternes behov for lægefaglige ydelser i vagttid. Der foregår ingen systematisk klassificering af de problemer, der fører til patienternes henvendelse, og der er ligeledes ingen systematisk dokumenteret lægelig vurdering af alvorlighed og relevans af henvendelserne i relation til kontaktårsager.

Udvikling og dokumentation af det kliniske arbejde og af organisationen af lægevagten i Danmark bør i høj grad hvile på en viden om, hvilke behov patienterne har for at kontakte lægevagten og hvilke aktiviteter, der foregår omkring en kontakt til lægevagten (medicinordination, indlæggelser, relevans af kontakter mm.). Herunder om lægevagten bliver brugt efter hensigten, nemlig at dække borgernes akutte behov for de sundhedsfaglige ydelser, der ikke kan vente til egen læges almindelige åbningstid.

Behovet for yderligere viden om den sundhedsfaglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet af lægevagten var baggrunden for, at der blev taget initiativ til gennemførelse af en kortlægning af lægevagten i form af en kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse.

Overordnede formål

Det overordnede formål med LV-KOS 2011 var at kortlægge kontaktårsagerne i lægevagten samt at analysere patienternes behov for og deres oplevelse af lægevagts ydelser i forhold til lægevagts nuværende funktion med henblik på at optimere det samlede udbud af sundhedsydelser. Undersøgelsen omfatter dokumentation og evaluering af lægevagten såvel som forskning med henblik på identifikation af fokuspunkter for udvikling og optimering af lægevagts funktion.

Dette gøres gennem en beskrivelse og analyse af data i følgende tre perspektiver:

1. Organisationsperspektivet med præsentation af data om forbrug af lægevagtsydelser, måneds- og døgnfordeling af kontakter samt af patienternes kontaktårsager og lægernes diagnoser på kontakterne
2. Lægeperspektivet med beskrivelse af de patienter, som læger typisk møder på en vagt afhængig af vagttype (telefon, konsultation eller besøg), geografi, årstid og tidspunkt på døgnet. Endvidere præsentation af den generelle lægelige vurdering af kontakternes alvorlighed og relevans.
3. Patient/brugerperspektivet med undersøgelse af, om der er overensstemmelse mellem patienternes og vagtlægernes oplevelse af alvorligheden af problemerne og med en kortlægning af patienternes forventninger til og tilfredshed med lægevagten.

Følgende forskningsspørgsmål er søgt besvaret med henblik på at opfylde det overordnede formål:

Organisationsperspektivet

1. Hvor mange borgere henvendte sig i studieperioden til lægevagten fordelt på køn, alder og kontaktttype?
2. Hvordan var fordelingen af kontakter på måneder og på døgnene i løbet af en uge?
3. Hvilke kontaktårsager var de hyppigste for de forskellige aldersgrupper?
4. Var der geografisk forskel på fordelingen af diagnoser?
5. Hvor ofte var der tale om nye episoder og opblussen af kronisk sygdom, og hvordan fordeler de sig på køn, alder og kontaktttype?
6. Hvor ofte skyldtes henvendelsen opblussen af kendt kronisk lidelse for patienter med selvrapporterede kroniske lidelser?
7. Hvor hyppige var receptfornyelser – og hvad karakteriserede disse kontakter?

Lægeperspektivet

8. Hvor mange kontakter havde en vagtlæge typisk på en vagt - fordelt på kontaktttyper og tidspunkt på døgnet og hverdag/weekend?
9. Hvilke kontaktårsager blev lægerne hyppigst mødt af på en hverdagsaften og en lørdagsdagvagt, og hvilke diagnoser angav lægerne på disse kontakter?
10. Var der sammenhæng mellem grad af lægevurderet alvorlighed og visitation til konsultation og besøg?
11. Hvor alvorlige blev de hyppigste kontaktårsager for de forskellige aldersgrupper vurderet af lægerne generelt?
12. Var der geografisk forskel på lægevurderet alvorlighed af kontakterne?

13. I hvor stor andel af kontakterne vurderede lægerne, at patienterne burde have kontaktet egen læge, og hvordan karakteriseres de mht. patienternes køn, alder, geografi og tidspunkt for kontakten?
14. Var der sammenhæng mellem om kontaktårsagen var opblussen af en kendt kronisk lidelse eller en ny episode og vagtlægens vurdering af, om patienten burde have kontaktet egen læge?
15. Var der sammenhæng mellem vagtlægers køn og alder og deres vurdering af alvorlighed henholdsvis om patienterne burde have kontaktet egen læge i stedet?
16. Var der sammenhæng mellem vagtlægers køn og alder og deres andel af afsluttede telefonkonsultationer?
17. Hvordan vurderede lægerne relevansen af visitationerne til henholdsvis konsultation og besøg?
18. Hvad karakteriserede patienter og kontakter for de konsultationer og besøg, som vagtlægerne vurderede kunne have været afsluttet i telefonen?
19. Var der sammenhæng mellem vurdering af relevans af visitationer og lægekarakteristika?
20. Hvad karakteriserede de visiterende vagtlæger, hvis visiterede konsultationer og besøg blev vurderet til at kunne have været afsluttet i telefonen?

Patient/brugerperspektivet

21. Var der overensstemmelse mellem den hjælp, patienterne forventede at få og vagtlægenes handlinger?
22. Var der overensstemmelse mellem patientoplevelset og lægevurderet alvorlighed?
23. I hvor høj grad var patienterne tilfredse med den hjælp, de fik, og var der sammenhæng mellem patientkarakteristika mht. køn og alder, kontaktttype og tilfredshed med vagtlægen?

Materialer og metode

LV-KOS 2011 blev gennemført i Region Midtjylland i perioden 18. maj 2010 til 31. maj 2011. I april 2010 sendte vi brev til alle praktiserende læger og fungerende vagtlæger med information om undersøgelsen. Efter aftale med det regionale lægevagtsudvalg blev der i samarbejde med det software-ansvarlige EDB-firma udviklet et program med en skærbaseret pop-up-funktion af spørgeskemaer til vagtlægerne i det eksisterende lægevagtssystem. Fremgangsmåden for vagtlægenes registrering af kontakter var som følger:

For de tre vagttyper (visitation, konsultation og besøg) blev der i hver vagt for hele regionen oprettet én adgang til at deltage med at registrere patientkontakter. Alle, der loggede sig på vagtsystemet ved en vagts begyndelse blev spurgt, om de ville deltage i LV-KOS, indtil den første for hver vagttype accepterede. Vagtlæger, der herefter loggede sig på, blev ikke spurgt. Hvis den deltagende vagtlæge fortrød og afbrød sin deltagelse i undersøgelsen inden for de første to timer, åbnede muligheden sig for de læger, som efterfølgende loggede sig på.

For at opnå det ønskede antal registrerede kontakter og samtidig have en rimelig belastning for lægerne i travle vagter blev lægerne præsenteret for registreringsskemaet efter hver 10. telefonsamtale (visitationsvagter), efter hver 3. konsultation og for besøglslægerne efter hvert besøg. Registreringsskemaerne poppede op på skærmen umiddelbart efter, at vagtlægerne afsluttede deres dokumentation af kontakten i lægevagtsystemet, og der var mulighed for at springe over registreringen f.eks. i tilfælde af travlhed ved brug af en "skip-knap".

Registreringsskemaets spørgsmål var tilpasset efter hvilken kontakttypen, der var tale om (se beskrivelse nedenfor og Bilag 1). Pop-up-funktionen blev finjusteret efter nogle uger for at tage højde for, at vagtlægerne i vest dækker både konsultationer og besøg i samme vagt. Der blev således etableret mulighed for, at disse læger kunne skifte mellem de to typer af registreringsskemaer afhængig af kontakttypen.

Lægeregistrering

For at begrænse antallet af spørgsmål til lægerne mest muligt af hensyn til tidsforbruget var der ikke spørgsmål om kontaktårsag i registreringsskemaerne. Oplysninger herom blev i stedet indhentet elektronisk fra den visiterende læges notat i vagtlægesystemet.

Spørgsmålene var tilpasset kontakttypen, men følgende spørgsmål til vagtlægerne var gennemgående for **alle kontakttyper** med mulighed for afkrydsning:

Kontaktårsagen var:

- en ny episode
- opblussen af en kendt kronisk lidelse
- andet

Varighed af kontaktårsag/symptomer

- <5 timer
- 5-12 timer
- 12-24 timer
- >24 timer
- ved ikke
- ikke relevant (f.eks. ved ønske om receptfornyelse)

Hvordan vurderer du lægefagligt kontaktens alvorlighed?

- alvorligt, indlægges direkte
- måske alvorligt, skal ses.
- ikke alvorligt, men patienten er syg.
- patienten er ikke syg
- ved ikke

Sandsynlig diagnose, evt. symptomdiagnose.

Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

- ja
- nej
- ved ikke

Derudover var der tilføjet følgende specifikke spørgsmål for de enkelte kontakttyper.

For afsluttede telefonkonsultationer og visitationskontakter:

Hvem kontaktede lægevagten?

- patienten selv
- patientens ægtefælle/samlever
- forældre
- andre

For afsluttede telefonkonsultationer, konsultationer og besøg

Hvilke handlinger foretog du dig?

- rådgivning/information
- objektiv undersøgelse (kun konsultation og besøg)
- recept på ny medicin
- receptfornyelse
- anbefaling af håndkøbsmedicin
- laboratorium/tillægsydelse (kun konsultation)
- andet.

Afslutning af kontakten

- afsluttes (uden yderligere)
- afsluttes med klar anbefaling om ny kontakt ved behov
- afsluttes og rådes til at kontakte til egen læge
- visiteres til indlæggelse
- andet

For konsultationer:

Var der en sygeplejerske inddraget i denne behandling?

- Ja
- nej, men det ville have været relevant
- nej, det var ikke relevant

For konsultationer og besøg:

Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at patient henvendelsen var lægefagligt relevant for lægevagten:

- ja, relevant for konsultation/besøg
- ja, men kunne have været afsluttet i telefonkonsultationen
- nej
- ved ikke

Patientspørgeskemaer

Vi indhentede navne og adresser på de registrerede patienter via cpr-registret. Patienterne fik tilsendt et spørgeskema ang. oplevelsen af kontakten med lægevagten og af eget helbred (se Bilag 2). Spørgeskemaer vedr. børn (under 18 år) blev sendt til forældrene. Patienter, der blev registreret flere gange i dataindsamlingsperioden, fik kun tilsendt spørgeskema ved første registrering.

Spørgeskemaet til de patienter, der var blevet registreret ved en visitationskontakt og altså efterfølgende blev set af en læge i lægevagtskonsultationen eller ved et hjemmebesøg, indeholdt spørgsmål om kontakten med visitationslægen såvel som om kontakten med konsultations- henholdsvis besøgslægen.

Databehandling

Via EG Data Inform, som er ansvarlig for driften af lægevagts IT-system, blev der udviklet en metode til at trække projektets data fra vagtlægernes registreringer ud på en sikret server. Herfra downloadede vi den foregående dags registreringer med supplerende oplysninger om de registrerede patientkontakter: dato og klokkeslæt for kontakten, de registrerede patienters cpr-nummer og hjemkommune, vagtlægernes autorisationsid (som er en unik kode for hver læge) og tidspunkter for de deltagende vagtlægernes login. Desuden indhentede vi lægernes journalnotater fra lægevagtsystemet på alle de inkluderede patientkontakter med henblik på at få oplysning om kontaktårsagen. Da en række af lægerne på de registrerede konsultations- og besøgskontakter ikke havde angivet kontaktårsag, men blot henvist til visiterende læges notat (typisk i form af at skrive "asa" (anamnese som anført)) fik vi suppleret datamaterialet med visiterende læges journalnotater på alle konsultations- og besøgskontakter samt autorisationsid.

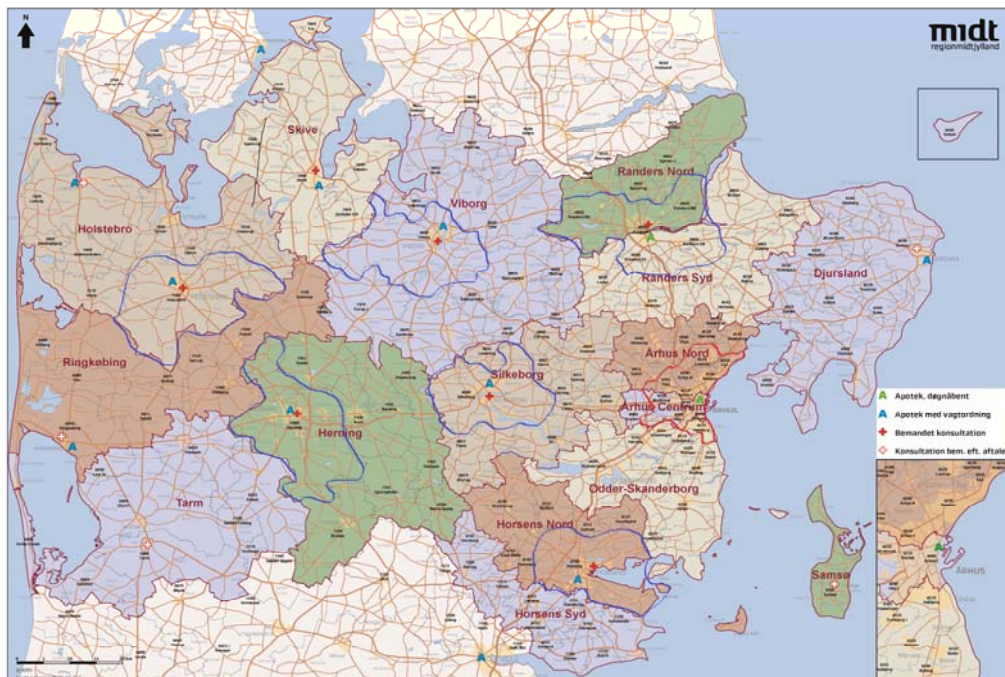
Med henblik på beskrivelse af populationen af vagtlæger i studieperioden fik vi oplysninger fra vagtlægeorganisationens database om alle vagthavende lægers køn, alder, praksistype, om lægerne var praktiserende læger, uddannelseslæger eller vikarer samt hvilket vagtområde, de tilhørte. For en stikprøve af de deltagende vagtlæger fik vi oplysninger om antal kontakter pr. konsultationsvagter for alle vagter i studieperioden med henblik på vurdering af repræsentativitet (se side 15). Alle analyser er udført på gruppeniveau og alle resultater er således ikke identificerbare hverken mht. patienter eller læger.

Kodning

Det internationale kodesystem, International Classification of Primary Care, ICPC-2, blev anvendt til klassifikation af de almenmedicinske helbredsproblemer. Udover at klassificere sygdomme giver kodesystemet mulighed for også at kode symptomer og aktiviteter og dermed også henvendelser, som ikke kan påføres en endelig sygdomsdiagnose [11]. En medicinstuderende blev undervist i ICPC-kodesystemet. Efter en oplæringsperiode på 14 dage, hvor LF validerede alle koder, diagnosekodede han alle kontakter på basis af journalnotater med hensyn til kontaktårsag og på basis af lægens angivelse af sandsynlig diagnose. Der blev ligeledes foretaget kodning af kommentarer i lægeregistreringsskemaerne med henblik på en efterfølgende kategorisering.

Tilsvarende blev patienternes angivelse af kontaktårsag i patientspørgeskemaerne ICPC-2-kodet, og eventuelle uddybende kommentarer til spørgsmålene blev ligeledes kodet.

Med henblik på at undersøge geografiske forskelle inddelte vi alle kontakter i tre geografiske grupper baseret på patienternes postnumre (se Figur 4). Således udgjorde Stor-Aarhus en gruppe (afgrænset med rødt i Figur 4 dækkende postnumrene 8000, 8200, 8210, 8220, 8240, 8250, 8260, 8270, 8381), de større byer i regionen (vist med blå for postnumrene 7400, 7500, 8600, 8700, 8800) og landområder (alle øvrige postnumre).



Figur 2. Afgrænsningen mellem Stor-Aarhus (den røde markering), større byers områder (de blå markeringer) og omliggende landområder

Analyse

Der gennemføres i denne rapport primært en deskriptiv afrapportering af materialet med beregning af frekvenser af svarfordelingerne. Da frekvensen af registreringsskemaerne til lægerne vekslede afhængigt af de enkelte kontakttyper, er antallet af registrerede kontakter for hver kontakttipe ikke repræsentativt for fordelingen af kontakttyper i regionen. Med henblik på en overordnet dokumentation af befolkningens behov for lægevagtsydelse foretages primært en opgørelse af antallet af kontakter pr. 1.000 indbyggere i regionen, baseret på indbyggerantallet pr. 1. oktober 2010 [12]. De efterfølgende resultater om patientkontakterne præsenteres primært med antal og andel i form af procenter af alle.

Godkendelser/etik

Projektet er godkendt af Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen. Projektet indeholder ikke intervention eller brug af biologisk materiale fra patienterne, hvorfor det ikke er forelagt den lokale videnskabsetiske komité. Projektet er endvidere godkendt af DSAMs og P.L.O.s udvalg for multipraksisundersøgelser og er endvidere anbefalet af det regionale Praksisudvalg og vagtsudvalg.

Honorering og fondsfinansiering

De deltagende læger modtog honorering i form af kr. 150 som grundbeløb ved tilmelding ved den enkelte vagt og kr. 30 pr kontaktregistrering. Projektet var finansieret af Forskningsfonden for Almen Praksis, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland og Forskningsfonden for Almen Praksis' TEMA-pulje inden for emnet "Almen Praksis i Sundhedsvæsenet". En betydelig del af omkostninger til analyse, databaseoprettelse, register data mm. er finansieret over Forskningsenheden for Almen Praksis' løbende drift.

Resultater

Resultatafsnittets opbygning

Resultatafsnittet består af en lang række tabeller og figurer og er struktureret i temaer, som følger forskningsspørgsmålene i de overordnede perspektiver: organisationsperspektivet, lægeperspektivet og patient/brugerperspektivet (side 7).

Repræsentativitet

Repræsentativitet for de deltagende læger og for de registrerede patientkontakter og en sammenligning af fordeling af kontakttyper for de fem regionen i Danmark samt hele landet.

Registerbaseret beskrivelse af lægevagtsforbruget

De overordnede antal kontakter fordelt på kontakttyper, døgn/uge/årstidsfordeling.

Registrerede kontakter

Kontaktårsager og diagnoser baseret på ICPC-koder samt indhold af kontakterne baseret på lægespørgeskemaerne.

Patienternes spørgeskemabesvarelser

Oplevelse af alvorligheden af problemer, forventninger til og tilfredshed efter kontakten med lægevagten.

Undersøgelsens repræsentativitet

I det følgende præsenteres resultaterne af sammenligning mellem deltagende og ikke-deltagende læger, ligesom der vises resultater af en stikprøveundersøgelse af, om lægerne ved deltagelsen i LV-KOS har haft en anderledes adfærd end i vagter uden deltagelse. Efterfølgende sammenlignes de registrerede patientkontakter med alle kontakter i regionen i studieperioden. Endelig præsenteres en opgørelse af, i hvor høj grad kontaktmønsteret i Region Midtjylland er sammenligneligt med de øvrige regioner og med hele landet.

Vagtlægerne

I dataindsamlingsperioden på 12 måneder (1. juni 2010 til 31. maj 2011) varetog i alt 700 forskellige læger arbejdet som vagtlæge. Af disse deltog 385 (55%) med at registrere i LV-KOS mindst én gang. Opbakningen til deltagelse i undersøgelsen kan illustreres ved, at 95,5% af alle 8-timers vagtperioder var repræsenteret med LV-KOS-registrering.

Af Tabel 1 fremgår det, at der er god overensstemmelse mellem andelen af mænd og kvinder samt alder for vagtlæger med LV-KOS-deltagelse sammenlignet med alle læger i lægevagten. For vagter, hvor lægerne deltog med LV-KOS-registrering, gjaldt det, at 64,9% af vagterne var dækket af praktiserende læger sammenlignet med 69,8% for alle vagter. Der var ingen forskel mht. fordeling af lægerne på solo- og kompagniskabspraksis. Endelig har vi undersøgt den geografiske fordeling på vagtområder (Figur 1) for de deltagende vagtlæger sammenlignet med alle vagtlæger. Der var generel god overensstemmelse, dog med forholdsvis flere vagter i Aarhus-vagtområdet med LV-KOS-deltagelse og færre deltagende vagtlæger i Ringkøbing/Herning og Skive vagtområder.

Tabel 1. Karakteristika for læger i vagter med LV-KOS-registrering i og for alle vagter

		Vagter med LV-KOS deltagelse antal (%)	Alle vagter antal (%)
Antal vagter i alt		2.508 (100)	17.498 (100)
Køn	Mand	1.710 (68,2)	13.283 (66,4)
	Kvinde	798 (31,8)	6.723 (33,6)
Alder	<41	611 (24,4)	4.602 (23,0)
	41-50	676 (27,0)	5.975 (29,9)
	51-60	834 (32,3)	6.548 (32,7)
	>60	387 (15,4)	2.881 (14,4)
Praktiserende læger/andet	Praktiserende læge	1.628 (64,9)	13.971 (69,8)
	Uddannelseslæge/ vikar/andet speciale	880 (35,1)	6.035 (30,2)
Praksistype	Solo	320 (19,7)	2.816 (20,2)
	Kompagniskab	1.308 (80,3)	11.155 (79,8)
Geografisk forde- ling på vagtområ- der	Aarhus	1.019 (40,6)	6.144 (30,7)
	Randers	222 (8,9)	1.929 (9,6)
	Silkeborg	226 (9,0)	1.700 (8,5)
	Djursland	71 (2,8)	657 (3,3)
	Horsens	268 (10,7)	1.848 (9,2)
	Viborg	288 (11,5)	2.150 (10,8)
	Skive	26 (1,0)	660 (3,3)
	Ringkøbing/Herning	388 (15,5)	4.918 (24,6)

Overordnet fandt vi ingen betydende, relevante forskelle for læger, der passede vagten med LV-KOS-registrering i forhold til alle læger på vagt, og vi konkluderer derfor, at de vagter, hvor der blev registreret kontakter til LV-KOS, var repræsentative for vagter i regionen. Dog er der en mindre overvægt af registreringer i Aarhus på bekostning af Skive og Ringkøbing/Herning.

Som et mål for, om de visiterende lægers adfærd blev påvirket af deltagelsen i LV-KOS mht. antallet af patienter, der blev visiteret til konsultation eller besøg, har vi sammenlignet fordelingen af afsluttede telefonkonsultationer og visitationer for LV-KOS-kontakter og for alle kontakter i regionen (Tabel 2). Der var ikke forskel, idet afslutningsprocenten var 59,1% for LV-KOS-deltagerne og 59,3% for alle vagtlæger.

Tabel 2. Fordeling af TK'er og visitationer¹

	Deltagere	Alle læger
	%	%
TK	59,1	59,3
Visitation	40,9	40,7
I alt	100	100

¹ Baseret på data fra Sygesikringsregisteret

Et andet mål for om lægernes aktivitet blev påvirket af deltagelse i LV-KOS er ændring i tidsforbrug i konsultationerne, når de registrerede kontakter. Vi gennemførte en stikprøveundersøgelse af 9% af de deltagende læger (35 læger) og sammenlignede det gennemsnitlige antal konsultationer pr. læge *med* LV-KOS-deltagelse for aftenvagter på almindelige hverdage (uden for ferieperioder) med tilsvarende aftenvagter *uden* LV-KOS-deltagelse og fandt ingen forskel.

Endvidere undersøgte vi, hvor ofte lægerne undlod at svare på pop-up-spørgeskemaerne. På baggrund af oplysninger fra lægevagtssystemet om 120 vagtlægers patientkontakter for vagter, hvor de deltog med registrering i LV-KOS, sammenlignede vi de reelt registrerede patientkontakter med det antal, som lægerne forventedes at have registreret og fandt kun mindre forskelle.

De registrerede patienter

I Tabel 3 præsenteres karakteristika for de patienter, der blev registreret i LV-KOS og til sammenligning de tilsvarende karakteristika for alle patienter i lægevagten i Region Midtjylland i studieperioden.

Der var stor overensstemmelse mellem LV-KOS patienter og alle patienter i Lægevagten, dog med den vigtige forskel, at der blev inkluderet lidt færre patienter i LV-KOS i weekender og på helligdage (41% mod forventet 48%) og dermed flere på hverdage (59% mod forventet 52%).

Analysen om repræsentativitet viser, at de data, der indgår i LV-KOS, både mht. deltagende læger, de inkluderede vagter og registrerede patienter overordnet set er repræsentative for lægevagtens aktivitet i øvrigt i Region Midtjylland. Dog er der lidt flere vagter fra Aarhus i forhold til Vest og lidt flere registreringer i hverdage i forhold til weekend/helligdag.

Tabel 3. Sammenligning af andel registrerede LV-KOS-patienter og alle patienter i regionen i lægevagten i regionen fordelt på køn, alder, årstider, hverdag/weekend

		TK		Konsultation		Besøg	
		LV-KOS	Hele regionen	LV-KOS	Hele regionen	LV-KOS	Hele regionen
		%	%	%	%	%	%
Køn	Mænd	45,5	43,4	47,5	47,9	47,5	47,3
	Kvinder	54,5	56,6	52,5	52,1	52,2	52,7
Alder	0-4	18,9	20,8	23,7	23,0	6,6	6,3
	5-13	9,0	9,4	12,3	13,5	3,0	3,3
	14-17	5,8	3,9	7,1	5,5	2,8	2,0
	18-40	31,3	32,8	31,4	31,7	14,4	15,5
	41-60	17,5	17,5	16,7	17,6	20,5	20,0
	61-75	9,3	8,3	7,0	6,8	20,5	20,6
	>75	8,2	7,3	1,8	1,8	32,2	32,3
Sæson	Forår	28,1	26,0	30,1	26,7	27,6	25,4
	Sommer	24,2	23,7	20,9	23,2	24,4	24,3
	Efterår	22,4	22,9	22,7	22,7	22,9	23,7
	Vinter	25,3	27,5	26,3	27,5	25,1	26,6
Hvedag/weekend	Hverdag	59,0	52,0	45,4	45,6	53,3	53,1
	Weekend/helligdag	41,0	48,0	54,6	54,9	44,7	46,9

Region Midtjylland i forhold til de øvrige regioner

Afslutningsvist præsenterer Tabel 4 en sammenligning af Region Midt med de øvrige regioner og hele landet. Tabellen viser antal henvendelser til lægevagten pr. 1.000 indbyggere i 2010, og det fremgår, at Region Midtjylland med 499 henvendelser ligger ganske tæt på de 504 pr. 1000 i gennemsnit for hele landet. I sammenligning mellem Region Midt og hele landet er der ingen forskel i andelen af telefonkonsultationer.

Tabel 4. Henvendelser til lægevagten pr. 1.000 indbyggere og fordeling på kontakttyper for alle regioner og for hele landet

Region	Antal henvendelser pr. 1000 indbyggere	Andel telefon-konsultationer %	Andel konsultationer %	Andel besøg %
Hovedstaden	460	59,1	29,7	11,2
Sjælland	521	56,1	33,0	10,9
Syddanmark	481	58,5	32,2	9,3
Midtjylland	499	59,5	27,6	12,9
Nordjylland	512	50,1	40,8	9,1
Hele landet	504	57,5	31,7	10,8

Registrerede patientkontakter

I det følgende præsenteres resultaterne med henvisning til forskningsspørgsmålene, som de blev præsenteret i de tre overordnede temaer i beskrivelsen af formålet side 7.

Organisationsperspektivet

Resultaterne i dette afsnit afspejler aktiviteten i lægevagten med en beskrivelse af kontakternes fordeling på forskellige tidsperioder, af patienterne og af de helbredsproblemer, som giver anledning til kontakten.

Spørgsmål 1. *Hvor mange borgere henvendte sig i studieperioden til lægevagten fordelt på køn, alder og kontaktttype?*

Tal fra Sygesikringsregisteret viser, at der i Region Midtjylland i LV-KOS-studieperioden var i alt 644.395 henvendelser til lægevagten. I Tabel 5 præsenteres disse pr. 1.000 indbyggere fordelt på kontaktttype samt køn og alder. Hyppigheden af henvendelser er klart størst for de 0-4-årige børn.

Tabel 5. Antal kontakter i studieperioden pr. 1.000 indbyggere fordelt på køn, kontaktttyper og alder¹

Alder i år	Telefonkonsultationer			Konsultationer			Hjemmebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-4	1086	1000	1044	583	506	546	75	62	68
5-13	250	257	253	170	174	172	20	19	19
14-17	171	277	223	127	170	148	22	28	25
18-40	236	445	339	125	184	154	29	40	35
41-60	171	221	196	90	95	93	45	51	48
61-75	159	179	169	67	63	65	93	87	90
>75	360	372	367	51	37	43	395	322	351
I alt	263	343	303	137	148	143	62	69	65

¹ Baseret på data fra Sygesikringsregisteret

Da kommunerne siden strukturreformen i 2007 er så store, at de ikke giver mulighed for at afdække nuancerede forskelle mellem land- og byområder, har vi undersøgt dette baseret på postnumre. Med de indhentede oplysninger om postnumre sammenligner vi geografiske forskelle mellem Stor-Aarhus, de større byer og landområderne mht. brug af lægevagt (Tabel 6). Her fremgår det, at der var færre registrerede henvendelser fra indbyggere i landområderne sammenlignet med Stor-Aarhus og de større byer.

Tabel 6. Antal registreringer¹ i LV-KOS pr. 1.000 indbyggere for hvert geografisk område²

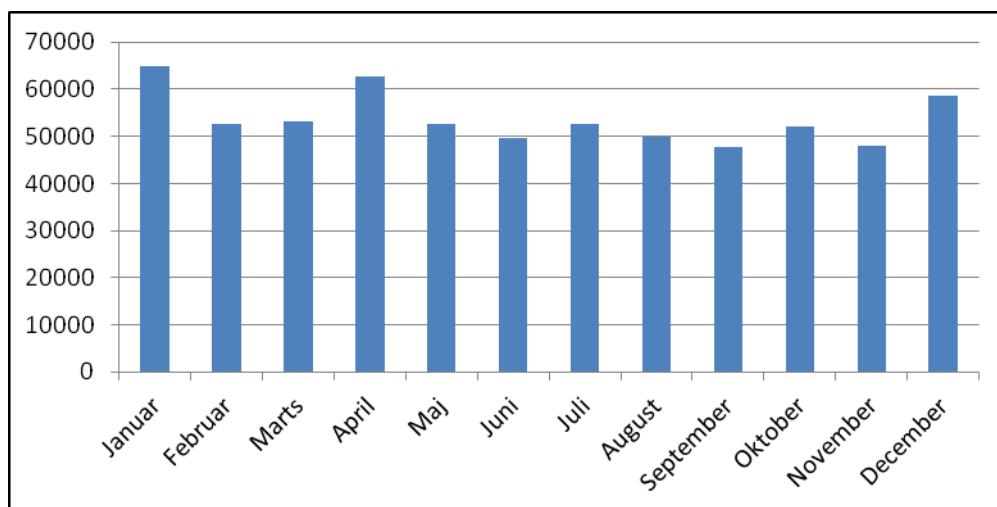
Alder i år	Mænd			Kvinder			Begge køn		
	Stor-Aarhus	Større byer	Land-områder	Stor-Aarhus	Større byer	Land-områder	Stor-Aarhus	Større byer	Land-områder
0-4	21	24	18	20	18	15	21	21	16
5-13	6	5	5	5	4	4	5	5	4
14-17	4	5	4	6	6	5	5	6	4
18-40	4	5	5	7	10	7	6	7	0
41-60	4	4	3	5	4	3	5	4	3
61-75	5	5	4	4	5	3	5	5	3
>75	12	13	9	11	8	8	11	10	9
I alt	62	67	54	58	55	45	58	58	39

¹ Baseret på alle registrerede telefonkontakter (TK + visitation)

² Ekskl. kontakter med patienter med postnr. uden for regionen

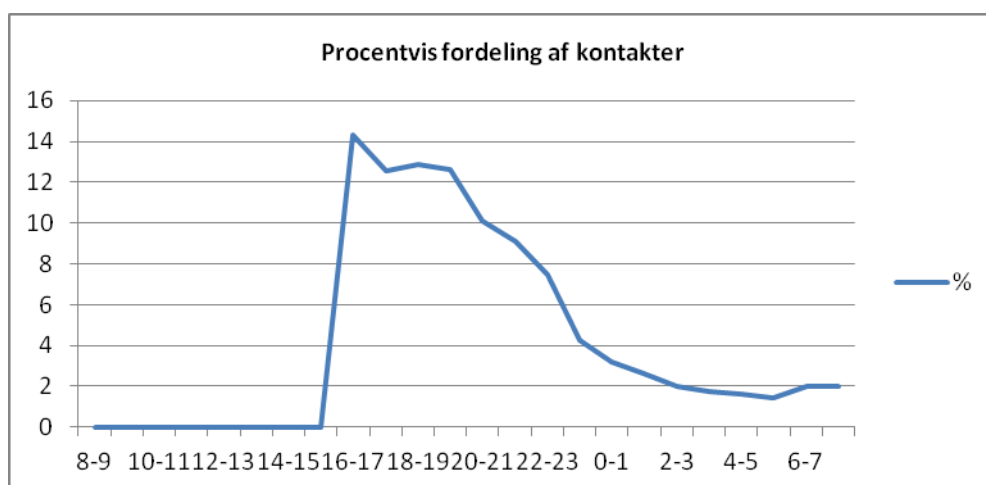
Spørgsmål 2. Hvordan var fordelingen af kontakter på måneder og på døgnene i løbet af en uge?

Baseret på data fra Sygesikringsregisteret fremgår det, at i studieperiodens 12 måneder var januar den måned, hvor der var flest kontakter i regionens lægevagt, ca. 65.000, mens der var færrest i september, ca. 47.700 (Figur 3).



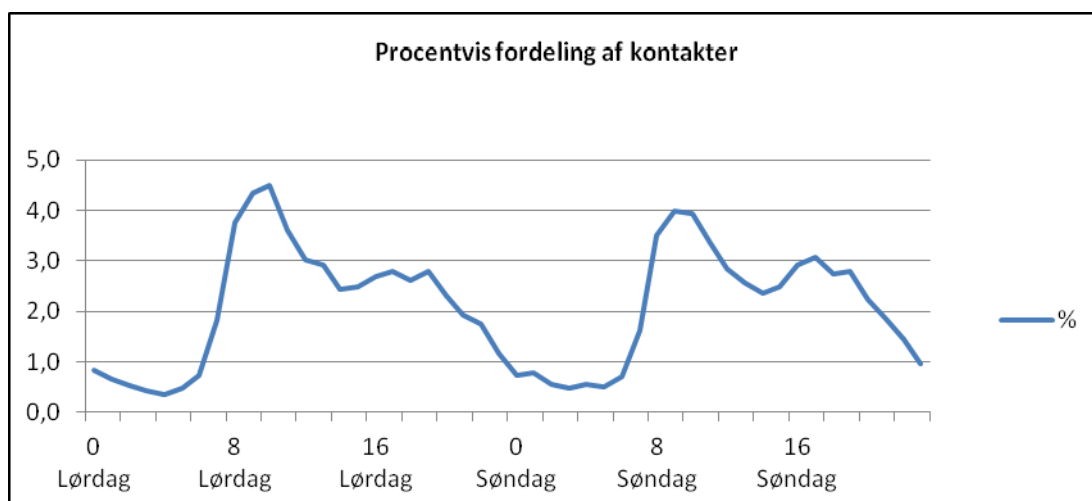
Figur 3. Fordelingen af kontakter (alle kontakttyper) i løbet af 12 måneder - baseret på data fra Sygesikringsregisteret

Figur 4 viser fordelingen af henvendelser i løbet af et hverdagsdøgn. Det ses, at 53% af alle kontakter på en hverdagsaften-nattevagt afvikles i de første fire timer efter lægevagtsens åbningstid kl. 16.



Figur 4. Døgnfordeling af kontakter på typiske hverdage - baseret på lægevagtsdata

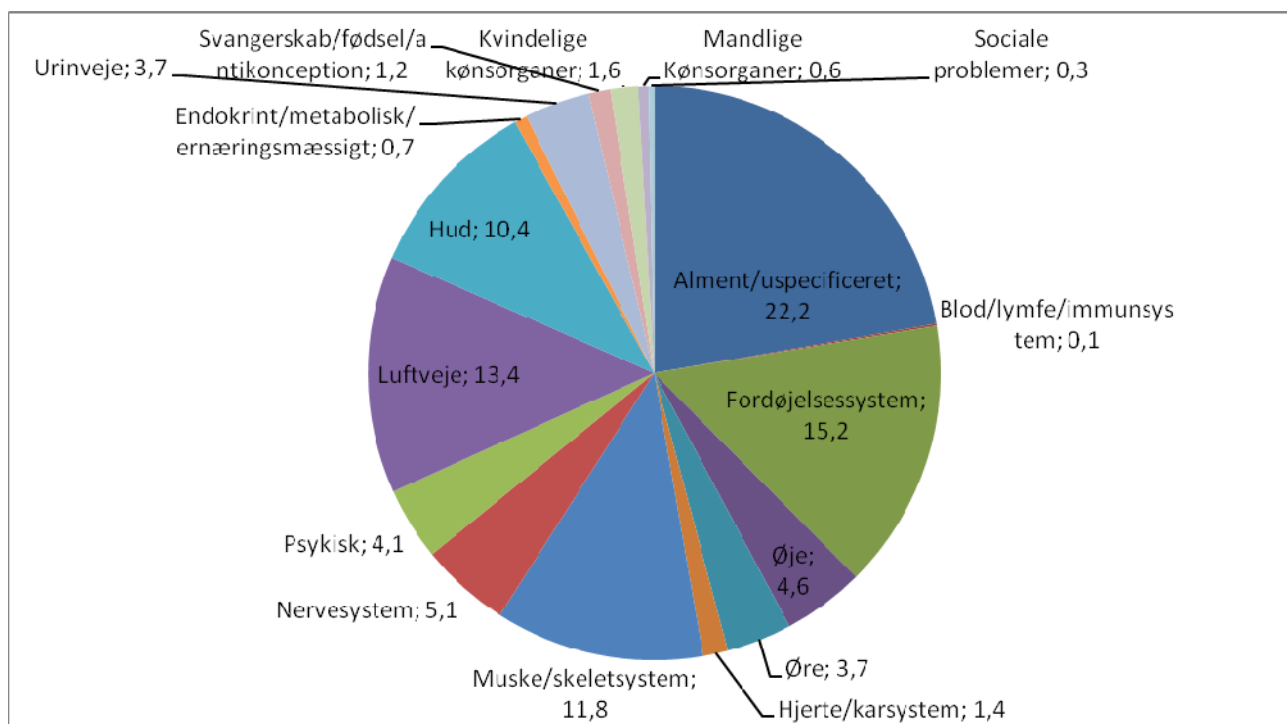
Figur 5 viser den tilsvarende fordeling på en typisk weekend (lørdag-søndag), og her ses en mere jævn fordeling over dagen, dog med flest i formiddagstimerne.



Figur 5. Døgnfordeling af kontakter i løbet af en gennemsnitlig lørdag-søndag (uden helligdag lige før eller efter)

Spørgsmål 3. Hvilke kontaktårsager og diagnoser var de hyppigste?

I LV-KOS blev der i studieperioden registreret i alt 21.457 patientkontakter. En opgørelse baseret på ICPC-diagnosekodning resulterede i 453 forskellige enkelt-koder som årsager til henvendelse til lægevagten. I Figur 6 er der foretaget en inddeling af kontaktårsagerne efter ICPC-organsystemer, og her fremgår det, at de hyppigste var: alment (f.eks. feber), symptomer fra bevægeapparatet, luftvejene og maven/fordøjelsessystemet.



Figur 6. Kontaktårsager fordelt på ICPC-organkoder med angivelse af procentvis andel

Ved opgørelse af de hyppigste årsagskoder for alle telefoniske kontakter fremgår det i Tabel 7, at feber var blandt de fem hyppigste kontaktårsager i alle aldersgrupper. Sammenlagt udgjorde de fem hyppigste årsags-symptomer, som alle er infektionssymptomer, ca. halvdelen af alle årsager for de 0-4-årige. Mavesmerter var ligeledes blandt de hyppigste for alle aldersgrupper over 4 år. Skader i form af snitsår eller lignende er blandt de hyppigste blandt alle mænd undtagen de små under 5 år og de ældre over 75, men ikke blandt kvinderne. Modsat ses hovedpine blandt de hyppigste kontaktårsager for 19-50-årige kvinder, men ikke for mændene. Bevægeapparatssymptomer findes blandt de hyppigste kontaktårsager for kvinderne i aldersgruppen 51-75, men ikke i de øvrige aldersgrupper og ikke for mændene.

Tabel 7. Antal henvendelser¹ til lægevagten med de fem hyppigste årsager for hver aldersgruppe og hvert køn

Alder	Mænd		Kvinder	
	Symptom	Antal (% af alle)		Antal (% af alle)
0-4	Feber	225 (27,8)	Feber	178 (27,8)
	Hoste	66 (8,2)	Hoste	50 (7,8)
	Ørepine/ondt i øre	35 (4,3)	Ørepine/ondt i øre	41 (6,4)
	Opkastning	34 (4,2)	Opkastning	30 (4,7)
	Snue/nysen	30 (3,7)	Irritabelt spædbarn	27 (4,2)
	Andre symptomer	420 (51,9)	Andre symptomer	314 (49,1)
5-18	Feber	87 (15,2)	Feber	54 (9,5)
	Ørepine/ondt i øre	31 (5,4)	Symptom/klage fra svælg	50 (8,8)
	Laceration/snitsår	28 (4,9)	Ørepine/ondt i øre	37 (6,5)
	Symptom/klage fra svælg	24 (4,2)	Abdominale smerter/turvis	32 (5,6)
	Hoste	19 (3,3)	Lokaliserede mavesmerter	21 (3,7)
	Andre symptomer	384 (67,0)	Andre symptomer	374 (65,9)
19-50	Feber	56 (4,5)	Abdominale smerter/turvis	94 (5,2)
	Abdominale smerter/turvis	56 (4,5)	Feber	84 (4,6)
	Laceration/snitsår	41 (3,3)	Symptom/klage fra svælg	64 (3,5)
	Hoste	36 (2,9)	Hovedpine	57 (3,1)
	Symptom/klage fra svælg	34 (2,7)	Hoste	49 (2,7)
	Andre symptomer	1.017 (82,0)	Andre symptomer	1.470 (80,9)
51-75	Feber	31 (4,4)	Abdominale smerter/turvis	32 (4,7)
	Abdominale smerter/turvis	29 (4,1)	Feber	30 (4,4)
	Åndenød/dyspnø	27 (3,8)	Åndenød/dyspnø	27 (4,0)
	Laceration/snitsår	25 (3,5)	Symptom fra lår/underben	21 (3,1)
	Uspecificeret årsag	21 (3,0)	Symptom fra ryg	18 (2,7)
	Andre symptomer	579 (81,3)	Andre symptomer	550 (81,1)
>75	Komplikation til behandling	23 (6,9)	Død	29 (6,9)
	Feber	21 (6,3)	Åndenød/dyspnø	26 (6,2)
	Død	20 (6,0)	Abdominale smerter/turvis	16 (3,8)
	Åndenød/dyspnø	17 (5,1)	Feber	14 (3,3)
	Urinretention/alm. svækkelse	12 (3,6)	Psykisk klage	14 (3,3)
	Andre symptomer	243 (72,3)	Andre symptomer	323 (76,5)

¹ Alle telefonkontakter (TK + visitation)

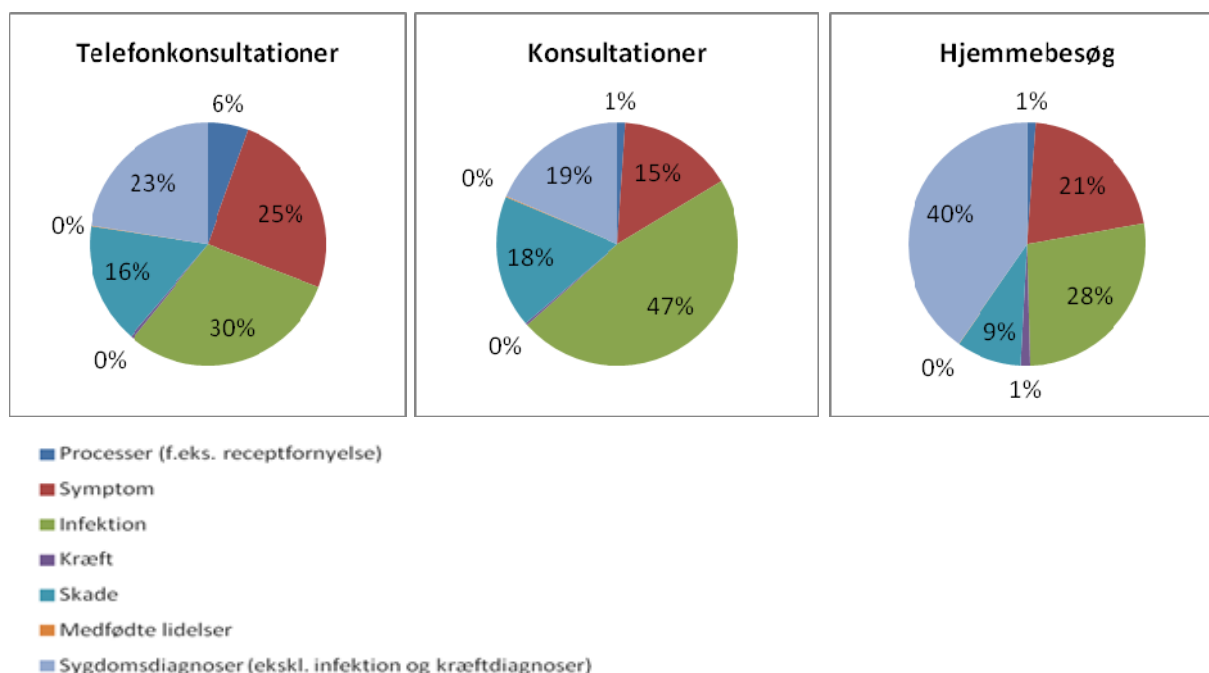
Vagtlægerne blev i registreringen bedt om at angive en sandsynlig diagnose på kontakterne. Der blev anvendt i alt 535 forskellige diagnoser på de registrerede patientkontakter. I Tabel 8 er de fem hyppigste diagnoser præsenteret for hver aldersgruppe og for hver kontaktttype. Det fremgår, at infektioner udgjorde en stor del af de fem hyppigste diagnoser inden for alle grupper.

Tabel 8. Antal henvendelser til lægevagten med de fem hyppigste diagnoser for hver aldersgruppe og kontaktttype

Alder	Telefonkonsultation		Konsultation		Besøg	
	Diagnose	Antal (% af alle)	Diagnose	Antal (% af alle)	Diagnose	Antal (% af alle)
0-4	Forkølelse	97 (11,2)	Forkølelse	258 (15,6)	Forkølelse	117 (27,2)
	Mellemørebet.	79 (9,1)	Mellemørebet.	218 (13,2)	Mellemørebet.	37 (8,6)
	Virusinfektion	69 (8,0)	Astm. bronkitis	109 (6,6)	Virusinfektion	36 (8,4)
	Øjenbetændelse	66 (7,6)	Lungebetænd.	103 (6,2)	Maveinfektion	24 (5,6)
	Feber	53 (6,1)	Virusinfektion	102 (6,2)	Astm. bronkitis	24 (5,6)
	Andre diagnoser	504 (58,1)	Andre diagnoser	860 (52,1)	Andre diagnoser	192 (44,7)
5-18	Mellemørebet.	31 (4,6)	Halsbetændelse	163 (12,2)	Maveinfektion	31 (8,0)
	Forkølelse	30 (4,5)	Forkølelse	98 (7,3)	Lungebetænd.	31 (8,0)
	Maveinfektion	27 (4,0)	Mellemørebet.	55 (4,1)	Influenza	25 (6,5)
	Nældefeber	25 (3,7)	Mavesmerter	32 (2,4)	Forkølelse	27 (7,0)
	Øjenbetændelse	22 (3,3)	Blærebet.	31 (2,3)	Halsbetændelse	20 (5,2)
	Andre diagnoser	540 (80,0)	Andre diagnoser	961 (71,7)	Andre diagnoser	253 (65,4)
19-50	Blærebet.	83 (4,4)	Halsbetændelse	229 (7,9)	Migræne	98 (6,0)
	Maveinfektion	71 (3,7)	Lungebetænd.	113 (3,9)	Maveinfektion	80 (4,9)
	Influenza	43 (2,3)	Forkølelse	108 (3,7)	Lungebetænd.	68 (4,2)
	Øjenbetændelse	42 (2,2)	Sår	81 (2,8)	Galdesten	59 (3,6)
	Forkølelse	39 (2,1)	Maveinfektion	71 (2,5)	Mavesmerter	49 (3,0)
	Andre diagnoser	1.626 (85,4)	Andre diagnoser	2.293 (79,2)	Andre diagnoser	1.280 (78,3)
51-75	Blærebet.	27 (3,4)	Lungebetænd.	57 (5,9)	Lungebetænd.	181 (8,8)
	Receptudskr.	27 (3,4)	Sår	36 (3,7)	KOL	176 (8,5)
	Sår	17 (2,2)	Hudinfektion	29 (3,0)	Død	73 (3,5)
	Blodprop i hjertet	16 (2,0)	Blærebet.	26 (2,7)	Maveinfektion	54 (2,6)
	Forstoppelse	15 (1,9)	KOL	25 (2,6)	Blærebet.	52 (2,5)
	Andre diagnoser	689 (85,1)	Andre diagnoser	790 (82,0)	Andre diagnoser	1.532 (74,1)
>75	Blærebet.	26 (6,8)	Sår	9 (7,0)	Lungebetænd.	249 (11,6)
	Død	26 (6,8)	Blærebet.	6 (4,7)	Død	166 (7,8)
	Uspec. diagn.	14 (3,7)	Lungebetænd.	4 (3,1)	KOL	129 (6,0)
	Blodprop i hjertet	13 (3,4)	KOL	4 (3,1)	Blærebet.	94 (4,4)
	Næseblødning	11 (2,9)	Urinretention	4 (3,1)	Urinretention	53 (2,5)
	Andre diagnoser	291 (76,4)	Andre diagnoser	102 (79,1)	Andre diagnoser	1.451 (67,7)

Diagnoserne kan også inddeles efter ICD-komponenter (symptomer, infektioner, kræft, medfødte lidelser, skader og sygdomsdiagnoser). Infektioner og kræft er sygdomsdiagnoser, men præsenteres i denne sammenhæng som selvstændige komponenter. En sådan inddeling for hver kontaktttype fremgår af Figur 7.

Andelen af kontakter, der blev afsluttet i telefonen (Figur 7), uden at lægen angav en sandsynlig diagnose var på 25% ("symptomer"), og infektioner blev angivet som diagnose i 30% af kontakterne. Betegnelsen processer dækker primært over receptfornyelser.



Figur 7. Diagnoser fordelt på ICPC-komponentkoder hver kontakttype

For konsultationer gjaldt det, at næsten halvdelen af alle kontakter skyldtes infektioner. Andelen af endelige sygdomsdiagnoser (inkl. infektioner) var størst ved hjemmebesøgene, idet dette gjaldt ca. 70% af kontakterne. Andelen af kontakter, der blev afsluttet med en symptomdiagnose var 15% og 21% for henholdsvis konsultationer og besøg.

Spørgsmål 4. Var der geografisk forskel på fordelingen af diagnoser?

I disse analyser ser vi på geografiske forskelle i andelen af kontakter, der endte med diagnosekoder indenfor kategorierne symptomer, infektioner, skader og sygdomsdiagnoser (inkl. kræftdiagnoser, medfødte lidelser og processer). Det fremgår af Tabel 9, at andelen af kontakter pga. skader, især i konsultationskontakter var markant mindre i Stor-Aarhus end for de øvrige områder af regionen. For andelen af diagnoser inden for "symptomer" gælder derimod, at den var højere for Stor-Aarhus end for de øvrige områder.

Tabel 9. Andel af diagnosekoder fordelt på symptomer, infektioner, skader og sygdomsdiagnoser for Stor-Aarhus, de større byer og øvrige landområder i regionen¹ for hver kontakttype

	Telefonkonsultation			Konsultation			Hjemmebesøg		
	Stor-Aarhus %	Større byer %	Land-områder %	Stor-Aarhus %	Større byer %	Land-områder %	Stor-Aarhus %	Større byer %	Land-områder %
Symptomer	29,7	24,3	23,7	17,9	15,8	14,2	22,7	23,6	20,3
Infektioner	30,4	29,7	30,7	48,3	44,3	48,6	27,9	23,4	27,7
Skader	12,4	16,3	17,6	9,1	21,0	18,9	6,6	8,6	8,5
Sygdomsdiagnoser	27,5	29,7	28,0	24,7	18,9	18,3	42,8	44,4	43,5
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

¹ Baseret på postnumre

Spørgsmål 5. Hvor ofte var der tale om nye episoder og opblussen af kronisk sygdom, og hvordan fordeler de sig på køn, alder og kontaktttype?

Lægerne blev bedt om at angive, om henvendelsen til lægevagten skyldtes opblussen af en kendt kronisk lidelse eller en ny episode. I Tabel 10 er resultaterne opgjort med fordeling på køn og aldersgrupper for afsluttede telefonkonsultationer. Det fremgår, at henvendelser langt overvejende skyldtes nye episoder, især i de yngre aldersgrupper (ca. 90%). Fra 40 år og opad faldt denne andel til omkring 70%. Andelen af "Andet", hvilket typisk drejede sig om receptfornyelser, steg generelt med alderen.

Tabel 10. Antal afsluttede telefonkonsultationer for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk lidelse

	Afsluttede telefonkonsultationer							
	Mænd				Kvinder			
	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)
0-4	426 (89,3)	31 (6,5)	20 (4,2)	477 (100)	354 (90,5)	26 (6,7)	11 (2,8)	391 (100)
5-13	191 (84,5)	20 (8,9)	15 (6,6)	226 (100)	468 (91,8)	6 (3,3)	9 (4,9)	183 (100)
14-17	74 (84,1)	10 (11,4)	4 (4,6)	88 (100)	92 (86,8)	12 (11,3)	2 (1,9)	106 (100)
18-40	441 (78,6)	64 (11,4)	56 (10,0)	561 (100)	787 (82,0)	102 (10,6)	72 (7,4)	961 (100)
41-60	280 (70,5)	71 (17,9)	46 (11,6)	397 (100)	302 (72,8)	74 (17,8)	39 (9,4)	415 (100)
61-75	148 (68,8)	39 (18,1)	28 (13,0)	215 (100)	152 (70,0)	50 (21,7)	17 (8,4)	219 (100)
>75	103 (70,1)	30 (20,4)	14 (9,5)	147 (100)	165 (70,5)	40 (17,1)	29 (12,4)	234 (100)
I alt	1.663 (78,8)	265 (12,5)	183 (8,7)	2.111 (100)	2.020 (80,5)	310 (12,4)	179 (7,1)	2.509 (100)

¹ Typisk receptfornyelser

For konsultationerne i Tabel 11 tegner sig nogenlunde det samme billede. Dog var andelen af nye episoder lidt højere for de 41-75-årige sammenlignet med i telefonkonsultationerne og samtidig var andelen af "Andet" langt mindre.

Tabel 11. Antal konsultationer for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk lidelse

	Konsultation							
	Mænd				Kvinder			
	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)
0-4	830 (93,6)	46 (5,2)	11 (1,2)	887 (100)	721 (94,5)	35 (4,6)	7 (0,9)	763 (100)
5-13	410 (95,1)	17 (3,9)	4 (0,9)	431 (100)	391 (93,5)	19 (4,6)	8 (1,9)	418 (100)
14-17	151 (92,6)	8 (4,9)	4 (2,5)	163 (100)	213 (93,8)	11 (4,9)	3 (1,3)	227 (100)
18-40	860 (90,6)	73 (7,7)	16 (1,7)	949 (100)	1.219 (89,8)	107 (7,9)	31 (2,3)	1.357 (100)
41-60	490 (86,0)	68 (11,9)	12 (2,1)	570 (100)	517 (87,2)	65 (11,0)	11 (1,9)	593 (100)
61-75	194 (79,4)	43 (17,7)	7 (2,9)	244 (100)	196 (80,5)	41 (17,4)	5 (2,1)	242 (100)
>75	57 (82,6)	8 (11,6)	4 (5,8)	69 (100)	51 (85,0)	8 (13,3)	1 (1,7)	60 (100)
I alt	2.992 (90,3)	263 (7,9)	58 (1,8)	3.313 (100)	3.308 (90,4)	286 (7,8)	66 (1,8)	3.660 (100)

¹ Typisk ikke-nyopståede problemer eller komplikationer til tidligere skader/sår

Ved hjemmebesøg (Tabel 12) ses, at en større andel af kontakterne skyldtes opblussen af kronisk sygdom. Det hænger også godt sammen med, at det i højere udstrækning var de ældre, der fik hjemmebesøg.

Tabel 12. Antal besøg for hver aldersgruppe og hvert køn, fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk sygdom

	Besøg							
	Mænd				Kvinder			
	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet ¹ antal (%)	I alt antal (%)
0-4	234 (93,6)	15 (6,0)	1 (0,4)	250 (100)	175 (96,7)	6 (3,3)	(0,0)	181 (100)
5-13	101(95,3)	5 (4,7)	0 (0,0)	106 (100)	94 (95,0)	2 (2,0)	3 (3,0)	99 (100)
14-17	55 (90,2)	6 (9,8)	0 (0,0)	61 (100)	69 (88,5)	8 (10,3)	1 (1,3)	78 (100)
18-40	338 (77,0)	93 (21,2)	8 (1,8)	439 (100)	427 (74,9)	133 (23,4)	10 (1,8)	570 (100)
41-60	430 (65,8)	192 (29,4)	32 (4,9)	654 (100)	425 (58,9)	274 (38,0)	23 (3,2)	722 (100)
61-75	484 (67,5)	197 (27,5)	36 (5,0)	717 (100)	408 (62,8)	212 (32,0)	33 (5,3)	653 (100)
>75	668 (70,2)	230 (24,2)	54 (5,7)	952 (100)	812 (68,1)	292 (24,5)	88 (7,4)	1.192 (100)
I alt	2.310 (72,7)	738 (23,2)	131 (4,1)	3.179 (100)	2.410 (69,0)	927 (26,5)	158 (4,5)	3.495 (100)

¹ Typisk ligsyn

Spørgsmål 6. *Hvor ofte skyldtes henvendelsen opblussen af kendt kronisk lidelse for patienter med selvrapporterede kroniske lidelser?*

Patienterne blev bedt om at angive, om de havde en eller flere kroniske sygdomme. De fordeler sig med 32,8% med og 67,2% uden kronisk lidelse. I Tabel 13 ses antal kontakter fordelt på lægernes oplysninger af, om kontakten skyldtes en ny episode eller opblussen af kronisk sygdom, igen opdelt på patienter, der angav at have eller ikke at have kronisk sygdom. For patienter med en kronisk sygdom var det altså omkring 4 gange så hyppigt at kontakte lægevagten pga. opblussen.

Tabel 13. Antal henvendelser for hver kontaktttype med patienter henholdsvis med og uden selvrapporterede kroniske sygdomme fordelt på om henvendelsen skyldtes en ny episode eller opblussen af kendt kronisk sygdom

	Patienter <i>med</i> selvrapporterede kroniske sygdomme				Patienter <i>uden</i> selvrapporterede kroniske sygdomme			
	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet antal (%)	I alt antal (%)	Ny episode antal (%)	Opblussen antal (%)	Andet antal (%)	I alt antal (%)
Telefon-konsultation	680 (75,0)	175 (19,3)	52 (5,7)	907 (100)	1.971 (90,7)	133 (6,1)	70 (3,2)	2.174 (100)
Konsultation	583 (84,3)	101 (14,6)	8 (1,2)	692 (100)	2.346 (94,2)	108 (4,3)	37 (1,5)	2.491 (100)
Besøg	803 (67,4)	364 (30,5)	25 (2,1)	1.192 (100)	912 (86,9)	121 (11,5)	16 (1,5)	1.049 (100)

Spørgsmål 7. *Hvor hyppige var receptfornyelser – og hvad karakteriserede disse kontakter?*

På registreringsskemaet krydsede lægerne af, hvis der var tale om en forespørgsel på en receptfornyelse. For alle afsluttede telefonkonsultationer gjaldt det, at 3,9% var om en receptfornyelse. I Tabel 14 er dette resultat yderligere beskrevet med patientkarakteristika for disse kontakter. Det ses, at der ikke var forskel mellem mænd og kvinder ($p=0,700$), hvorimod der var signifikant flere af de 41-60-årige, som fik fornyet recepter i telefonen ($p=0,003$). Der var en tendens til, at flere i Stor-Aarhus-området fik receptfornyelser sammenlignet med de øvrige geografiske områder i regionen ($p=0,060$). Der var signifikant flere patienter med selvrappede kroniske lidelser, som fik fornyet recept ($p=0,003$). Ligeledes gjaldt det, at jo kortere tid til egen læges åbningstid, jo flere receptfornyelser ($p<0,001$) bortset fra de første to timer i lægevagten, hvor 22% af alle receptfornyelser fandt sted.

Tabel 14. Antal receptfornyelser i telefonkonsultationer for hver kategori af patientkarakteristika

Patientkarakteristika		Antal (%)
Antal receptfornyelser i alt (% af alle afsluttede telefonkonsultationer)		182 (3,9)
Køn	Mænd	86 (4,1)
	Kvinder	96 (3,8)
Aldersgruppe	0-4	12 (1,4)
	5-13	15 (3,7)
	14-17	7 (3,6)
	18-40	69 (4,5)
	41-60	45 (5,5)
	61-75	19 (4,4)
	>75	15 (4,0)
Geografi	Stor-Aarhus	49 (5,0)
	Større byer	33 (3,3)
	Landområder	77 (3,4)
Kroniker	Patienter <i>med</i> selvrappede kroniske lidelser	24 (4,8)
	Patienter <i>uden</i> selvrappede kroniske lidelser	28 (2,2)
Timer til egen læges åbningstid	0-2	40 (4,6)
	3-5	21 (2,1)
	6-8	7 (1,0)
	> 8 (weekender)	134 (5,5)

Lægeperspektivet

Dette afsnit omhandler arbejdet i lægevagten set i lægernes perspektiv. Først kommer opgørelser af antallet af kontakter i typiske vagter baseret på data fra lægevagtssystemet og dernæst beskrivelser af de patienter og problemer, lægerne typisk møder og lægernes vurdering af kontakterne.

Spørgsmål 8. *Hvor mange kontakter havde en vagtlæge typisk på en vagt - fordelt på kontakttyper og tidspunkt på døgnet og hverdag/weekend?*

I Tabel 15 vises det gennemsnitlige antal kontakter, som en vagtlæge havde på forskellige ugedage og vagttidspunkter. Det fremgår, at for visitationsvagterne var hverdagsaftenerne de mest travle. Aftenvagterne var mere travle end nattevagter for konsultationsvagter, hvorimod der ikke var stor forskel på aften- og nattevagter for besøgsvagter.

Tabel 15. Det gennemsnitlige antal kontakter for forskellige typiske lægevagter med angivelse af minimum- og maksimum

	Visitation (min - max)	Konsultation (min - max)	Besøg (min - max)
Hverdagsaften (mandag-torsdag)	99 (36-195)	31 (8-47)	8 (1-20)
Lørdagsdagvagt	133 (37-184)	50 (31-69)	10 (1-18)
Lørdagsaftenvagt	110 (61-176)	40 (14-58)	9 (1-18)
Natten til søndag	151 (114-190)	24 (18-29)	9 (2-18)
Søndagsdagvagt	122 (38-207)	52 (30-73)	10 (3-17)
Søndagsaftenvagt	120 (66-183)	41 (24-59)	8 (1-15)

¹ Baseret på lægevagtsdata for uge 35 og 48 i 2010 og uge 9 og 22 i 2011

Spørgsmål 9. Hvilke kontaktårsager blev lægerne hyppigst mødt af på en hverdagsaften og en lørdagsdagvagt, og hvilke diagnoser angav lægerne på disse kontakter?

Overordnet var der 453 forskelligt klassificerede henvendelsesårsager i lægevagten. I Tabel 16 præsenteres de fire hyppigste kontaktårsager for hver kontakttype i kombination med de tre diagnoser, som oftest blev angivet på kontakter, hvor de pågældende kontaktårsager forekom. Generelt gælder det for specifikke symptomer som ondt i halsen og ørepine, at de tre hyppigste diagnoser dækkede størstedelen af diagnoser. I modsætning hertil levned uspecifikke symptomer, som feber og mavepine, plads til en større vifte af diagnoser. Det er endvidere værd at bemærke, at der ofte var tale om symptomdiagnoser og ikke sygdomsdiagnoser som et udtryk for, at lægerne ofte ikke stillede en endelig diagnose i lægevagten.

Tabel 16. De hyppigste kontaktårsager angivet med de tre hyppigste lægeangivne diagnoser for de pågældende årsager for hver kontakttype

	De fire hyppigste kontaktårsager for hver kontakttype (antal)	% af alle	Den hyppigste diagnose (% af kontaktårsag)	Den næsthyppigste diagnose (% af kontaktårsag)	Den tredje hyppigste diagnose (% af kontaktårsag)	Andet %
Telefon-konsultation	Feber (347)	7,5	Feber (18,7)	Uspecifik virusinfektion (17,6)	Influenza (16,4)	47,3
	Turvis abdom. smerter (134)	2,9	Turvis abdom. smerter (33,6)	Maveinfektion (29,9)	Forstoppelse/medicinbivirkning (3,7)	32,8
	Hoste (133)	2,9	Øvre lufvejsinfektion (25,6)	Hoste (20,3)	Akut bronkit/bronkiolit (14,3)	39,8
	Ørepine (131)	2,8	Mellemørebetændelse (47,3)	Ørepine (24,4)	Serøs mellemørebetændelse (11,5)	16,8
Konsultation	Feber (823)	12,4	Øvre lufvejsinfektion (13,6)	Mellemørebetændelse (13,6)	Lungebetændelse (12,6)	39,8
	Ondt i halsen (494)	7,5	Akut tonsilit (35,8)	Streptokokfaryngit (32,2)	Øvre lufvejsinfektion (9,3)	22,7
	Hoste (412)	6,2	Øvre lufvejsinfektion (26,5)	Lungebetændelse (19,7)	Akut bronkit/bronkiolit (12,1)	41,7
	Turvis abdom. smerter (226)	3,4	Turvis abdom. smerter (31,0)	Maveinfektion (12,0)	Galdesten/-betændelse (10,6)	46,4
Besøg	Feber (620)	9,8	Lungebetændelse (27,9)	Influenza (8,6)	Feber (7,3)	56,2
	Turvis abdom. smerter (353)	5,6	Turvis abdom. smerter (23,0)	Galdesten/betændelse (15,3)	Uspec. Sygd. i fordøj.systemet (14,7)	47,0
	Åndenød (326)	5,1	KOL (33,7)	Lungebetændelse (19,3)	Hjertesvigt (16,6)	30,4
	Hoste (307)	4,8	Lungebetændelse (37,5)	KOL (11,7)	Øvre lufvejsinfektion (9,5)	41,3

Spørgsmål 10. *Var der sammenhæng mellem grad af lægevurderet alvorlighed og visitation til konsultation og besøg?*

Lægerne vurderede graden af alvorlighed af patientens problemer. Af Tabel 17 fremgår det, at i 4,5% af alle afsluttede telefonkonsultationer blev patienten indlagt direkte. Som forventet var andelen af "alvorlige" og "måske alvorlige" størst for besøg og mindst for afsluttede telefonkonsultationer. Den største gruppe bestod af patienter, som var syge, men vurderedes som ikke-alvorligt. Det er værd at bemærke, at andelen af patienter der blev vurderet at kræve vagtlægetilsyn, var markant øget i konsultation og besøg som udtryk for effekten af visitationen.

Tabel 17. Antal kontakter med fordeling af lægevurderet grad af alvorlighed for hver kontaktttype

	Telefonkonsultation antal (%)	Konsultation antal (%)	Besøg antal (%)	I alt antal (%)
Alvorligt, skal indlægges direkte	206 (4,5)	221 (3,2)	627 (9,4)	1.167 (5,4)
Måske alvorligt, kræver lægetilsyn	356 (7,7)	2.299 (33,0)	2.692 (40,3)	6.903 (32,2)
Ikke alvorligt, men pt. er syg	3.000 (64,9)	3.370 (48,3)	2.571 (38,5)	10.250 (47,8)
Pt. er ikke syg	820 (17,7)	1.000 (14,3)	503 (7,5)	2.424 (11,3)
Ved ikke	238 (5,2)	83 (1,2)	264 (4,0)	696 (3,2)
Uoplyst	0	0	17 (0,3)	17 (0,1)
I alt	7.810 (100)	6.973 (100)	6.674 (100)	21.457 (100)

Spørgsmål 11. *Hvor alvorlige blev de hyppigste kontaktårsager for de forskellige aldersgrupper vurderet af lægerne generelt?*

Emnet med alvorlighed uddybes i Tabel 18, som er baseret på alle telefoniske henvendelser. Alvorlighed er her inddelt i to kategorier, "Alvorligt/måske alvorligt" og "Ikke-alvorligt" (inkl. ikke-syg) (ekskl. besvarelse med "Ved ikke"). De hyppigste kontaktårsager for hver af fem aldersgrupper beskrives med kontakternes fordeling af alvorlighed.

Generelt blev de fleste problemer vurderet som ikke-alvorlige og med en stigende hyppighed af mulig alvorlighed med alderen. Det fremgår ligeledes, at mere specifikke symptomer som ørepine, ondt i halsen og hovedpine generelt blev vurderet som mindre alvorlige.

Tabel 18. De hyppigste kontaktårsager i telefonkontakter (TK + visitation) for hver aldersgruppe fordelt på to kategorier af alvorlighed

Alder		Alvorligt/ måske alvorligt antal (%)	Ikke alvorligt/ ikke syg antal (%)
0-4 år	Feber	107 (26,9)	291 (73,1)
	Hoste	29 (25,2)	86 (74,8)
	Uro/irritabilitet hos spædbarn	13 (20,0)	52 (80,0)
	Ørepine	7 (9,3)	68 (90,7)
5-18 år	Feber	45 (31,9)	96 (68,1)
	Abdominale smerter	17 (38,6)	27 (61,4)
	Ørepine	6 (8,8)	62 (91,2)
	Ondt i halsen	20 (27,8)	52 (72,2)
19-50 år	Feber	47 (34,3)	90 (65,7)
	Abdominale smerter	57 (39,3)	88 (60,7)
	Hovedpine	16 (18,2)	72 (81,8)
	Ondt i halsen	25 (26,0)	71 (74,0)
51-75 år	Feber	36 (59,0)	25 (41,0)
	Abdominale smerter	38 (64,4)	21 (35,6)
	Åndenød	44 (84,6)	8 (15,4)
	Hoste	16 (84,6)	20 (15,4)
>75 år	Død	-	-
	Åndenød	35 (83,3)	7 (16,7)
	Feber	28 (80,0)	7 (20,0)
	Komplikation efter behandling	8 (33,3)	16 (66,7)

Spørgsmål 12. Var der geografisk forskel på lægevurderet alvorlighed af kontakterne?

Tabel 19. Andel af kontakter fordelt på alvorlighed for hver kontaktttype og for de tre geografiske områder¹

		Alvorligt/ måske alvorligt antal (%)	Ikke alvorligt/ ikke syg antal (%)	I alt antal (%)
Telefonkonsultation	Stor-Aarhus	84 (9,1)	843 (90,9)	967 (100)
	Større byer	131 (13,8)	821 (86,2)	952 (100)
	Landområder	298 (14,0)	1.828 (86,0)	2.463 (100)
	I alt	513 (12,8)	3.492 (87,2)	4.005 (100)
Konsultation	Stor-Aarhus	590 (40,1)	883 (60,0)	1.538 (100)
	Større byer	542(31,9)	1.158 (68,1)	1.700 (100)
	Landområder	1.189 (37,7)	1.967 (62,3)	3.156 (100)
	I alt	2.321 (36,7)	4.008 (63,3)	6.329 (100)
Besøg	Stor-Aarhus	529 (52,6)	477 (47,4)	1.051 (100)
	Større byer	673 (48,1)	725 (51,9)	1.398 (100)
	Landområder	1.865 (53,7)	1.611 (46,4)	3.944 (100)
	I alt	3.067 (52,2)	2.813 (47,8)	5.880 (100)

¹ Ekskl. kontakter med patienter med postnr. fra andre dele af landet

Tabel 19 viser, at andelen af afsluttede telefonkonsultationer, som blev vurderet som "Ikke alvorligt/ikke syg" af lægerne, var signifikant større for Stor-Aarhus (90,6%) sammenlignet med de øvrige (86,2%) ($p<0,002$). For konsultationerne blev 40% af kontakterne i Stor-Aarhus vurderet som "Alvorligt/måske alvorligt" sammenlignet med 32% og 37% for hhv. større byer og landområder ($p<0,001$). For besøgene var forskellene mindre, men signifikante ($p=0,01$), og her var andelen af "Alvorligt/måske alvorligt" mindst i de større byer.

Spørgsmål 13. *I hvor stor andel af kontakterne vurderede lægerne, at patienterne burde have kontaktet egen læge, og hvordan karakteriseres de mht. patienternes køn, alder, geografi og tidspunkt for kontakten?*

Lægerne vurderede, om patienterne ud fra et medicinsk fagligt synspunkt burde have kontaktet egen læge i stedet for lægevagten. Overordnet var dette tilfældet for 21,9% af alle patienter i telefonkontakt. I Tabel 20 beskrives karakteristika for disse patienter. Det var i højere grad medicinsk fagligt indiceret at have kontaktet egen læge frem for lægevagten for kvindelige patienter ($p=0,009$), for 18-60-årige patienter ($p<0,001$), for patienter i Stor-Aarhus ($p<0,001$), for patienter med kronisk lidelse ($p=0,016$) og for patienter, der kontaktede lægevagten inden for de første to timer af lægevagtens åbningstid ($p<0,001$).

Tabel 20. Antal telefonkontakter, hvor lægerne vurderede, at patienterne burde have kontaktet egen læge fordelt på patientkarakteristika

Patientkarakteristika		Burde have kontaktet egen læge antal (%)
Køn	Mænd	766 (20,8)
	Kvinder	946 (22,9)
Aldersgruppe	0-4	239 (16,4)
	5-13	133 (19,4)
	14-17	74 (22,2)
	18-40	647 (26,7)
	41-60	350 (25,6)
	61-75	168 (21,4)
	>75	101 (13,3)
Geografi²	Stor-Aarhus	426 (27,8)
	Større byer	380 (21,1)
	Landområder	763 (20,2)
Kroniske lidelser	Patienter med selvrapporterede kroniske lidelser	176 (19,4)
	Patienter uden selvrapporterede kroniske lidelser	1.536 (22,3)
Timer til egen læges åbningstid	0-2	480 (35,6)
	3-5	373 (22,7)
	6-8	211 (19,8)
	over 8 (weekender)	648 (17,3)

¹ Ekskl. kontakter med patienter med postnr. uden for regionen

Spørgsmål 14. *Var der sammenhæng mellem om kontaktårsagen var opblussen af en kendt kronisk lidelse eller en ny episode og vagtlægens vurdering af, om patienten burde have kontaktet egen læge?*

Lægerne afkrydsede i spørgeskemaet deres vurdering af, om patienterne burde have kontaktet egen læge i stedet for lægevagten, eller om kontakterne var relevante for lægevagten. Tabel 21 viser denne svarfordeling for kontakter, der skyldtes "Ny episode" henholdsvis "Opblussen af kendt kronisk sygdom" for hver kontaktype.

I afsluttede telefonkonsultationer med nye episoder udgjorde andelen, hvor lægerne vurderede, at patienterne burde have kontaktet egen læge, 25,9%. Til sammenligning var andelen af telefonkonsultationer med

opblussen af kronisk sygdom, som burde være henvendt til egen læge 37,2%. I konsultationerne ses en mindre forskel (21,5% hhv. 26,6%), mens der for besøg er betydelig mindre andel af kontakter, der burde være henvendt til egen læge for patienter med en ny episode. Lægerne vurderede således i højere grad, at opblussen af kronisk sygdom burde have været klaret hos egen læge sammenlignet med kontakter pga. ny episode.

Tabel 21. Fordeling for hver kontaktttype på vagtlægens vurdering af, om kontakten burde være henvendt til egen læge eller om den var relevant for lægevagten for kontakter, der skyldtes henholdsvis ny episode, opblussen af kendt kronisk sygdom eller andet

		Relevant henvendelse til lægevagten %	Burde have henvendt sig til egen læge %	Ved ikke %	I alt %
Telefon- konsultation	Ny episode	66,3	25,9	7,8	100,0
	Opblussen	54,4	37,2	8,4	100,0
	Andet	35,9	47,4	16,7	100,0
Konsultation	Ny episode	72,9	21,5	5,4	100,0
	Opblussen	66,5	26,6	6,9	100,0
	Andet	47,6	33,1	19,4	100,0
Besøg	Ny episode	78,5	16,5	5,0	100,0
	Opblussen	72,9	21,6	5,5	100,0
	Andet	70,7	18,3	11,0	100,0

Spørgsmål 15. *Var der sammenhæng mellem vagtlægers køn og alder og deres vurdering af alvorlighed henholdsvis om patienterne burde have kontaktet egen læge i stedet?*

Af Tabel 22 fremgår det, at kvindelige vagtlæger vurderede kontakterne mere alvorligt end de mandlige læger ($p < 0,001$), og at især de 51-60-årige vagtlæger havde flest "Ikke alvorligt"-kontakter ($p < 0,001$).

Tabel 22. Fordeling af vurdering af alvorlighed af alle telefonkontakter for hvert køn og hver aldersgruppe for vagtlægerne

Lægekarakteristika		Alvorligt/ måske alvorligt (%)	Ikke alvorligt (%)
Køn	Mænd	1.546 (28,7)	3.840 (71,3)
	Kvinder	682 (33,2)	1.372 (66,8)
Alder	<41	569 (34,3)	1.091 (65,7)
	41-50	491 (30,5)	1.118 (69,5)
	51-60	702 (25,8)	2.016 (74,2)
	>60	469 (31,8)	1.005 (68,2)

Vagtlægernes køn havde ikke sammenhæng med om lægen svarede ja til, at patienten burde have kontaktet egen læge. Dog skal det bemærkes at næsten dobbelt så mange kvinder svarede "ved ikke" sammenlignet med mændene.

Mht. sammenhængen mellem vagtlægenes alder og deres vurdering af samme spørgsmål, mente læger over 60 år sjældnere end de øvrige aldersgrupper, at patienterne burde have henvendt sig til egen læge i stedet ($p < 0,001$) (Tabel 23).

Tabel 23. Angivelse for alle telefonkontakter af om patienten burde have kontaktet egen læge i forhold til lægens køn og alder

Lægekarakteristika		Ja antal (%)	Nej antal (%)	Ved ikke antal (%)
Køn	Mænd	1.212 (21,6)	4.040 (72,1)	351 (6,3)
	Kvinder	492 (22,5)	1.444 (66,2)	246 (11,3)
Alder	<41	426 (23,7)	1.205 (67,1)	165 (9,2)
	41-50	428 (25,3)	1.121 (66,1)	146 (8,6)
	51-60	622 (22,2)	1.995 (71,8)	167 (6,0)
	>60	236 (15,4)	1.177 (76,8)	119 (7,8)

Spørgsmål 16. *Var der sammenhæng mellem vagtlægers køn og alder og deres andel af afsluttede telefonkonsultationer?*

De følgende resultater drejer sig om visitatorrollen, hvor vagtlægerne i telefonen vurderer, om problemet kan afhjælpes telefonisk, eller om patienten skal have et hjemmebesøg eller ses i konsultationen.

Overordnet blev 59,1% af alle registrerede telefonkontakter afsluttet i telefonen. Af Tabel 24 fremgår det, at vedr. andelen af kontakter, der blev afsluttet pr. telefon, var der ikke forskel på de mandlige og kvindelige vagtlæger ($p = 0,575$) eller på lægernes alder ($p = 0,212$).

Tabel 24. Andel af visiterende lægers afsluttede telefonkontakter for hvert køn og hver aldersgruppe

		Andel af afsluttede telefonkontakter %
Køn	Mænd	59,4
	Kvinder	58,7
Alder	<41	61,0
	41-50	57,6
	51-60	58,8
	>60	59,4

Spørgsmål 17. *Hvordan vurderede lægerne relevansen af visitationerne til henholdsvis konsultation og besøg?*

Læger, der registrerede konsultations- og besøgscontakter, blev bedt om at vurdere, om henvendelsen til lægevagten var lægefaglig relevant. I de følgende opgørelser er svarkategorierne "Ja, men kunne have været afsluttet i telefonen" og "Nej" er slået sammen som udtryk for alle dem, der kunne have været afsluttet i telefonen.

I Tabel 25 ses det, at i 13% af konsultationerne og 12% af besøgene vurderede lægerne, at kontakten kunne have været afsluttet i telefonen.

Tabel 25. Fordeling af lægernes vurdering af, om kontakten kunne have været afsluttet i telefonen

		Konsultation %	Besøg %
Kunne kontakten have været afsluttet i telefonen?	Nej	85,0	85,7
	Ja	12,7	11,7
	Ved ikke	2,3	2,6
	I alt	100,0	100,0

Spørgsmål 18. *Hvad karakteriserede patienter og kontakter for de konsultationer og besøg, som vagtlægerne vurderede kunne have været afsluttet i telefonen?*

I Tabel 26 præsenteres en karakteristik af patienter, hvor kontakterne blev vurderet til at kunne have været afsluttet i telefonen. For konsultationerne er der ingen forskel på patienternes køn ($p=0,712$) eller for kontakttidspunktet i forhold til egen læges åbningstid ($p=0,334$). Mht. alder var der en tendens til, at kontakter med ældre i mindre grad kunne have været afsluttet i telefonen ($p=0,044$).

For besøgskontakterne var der ligeledes ingen forskel på køn ($p=0,661$). Aldersforskellen var mere markant ($p<0,001$), idet en større andel af kontakter med de yngre patienter, især de 0-4-årige, vurderedes til at kunne have været afsluttet i telefonen (17,4%). Samtidig var der en signifikant større andel af disse kontakter, som faldt i de første timer efter lægevagtsens åbningstid (16,2%) ($p=0,002$). Det var især kontakter med symptomer fra bevægeapparatet, som kunne have været afsluttet i telefonen (hhv. 15,2 & 18,7%).

Tabel 26. Patientkarakteristika for de konsultations- og besøgskontakter, hvor lægerne vurderede, at kontakten kunne have været afsluttet i telefonen

Patientkarakteristika		Konsultation antal (%)	Besøg antal (%)
Køn	Mænd	413 (12,5)	367 (11,6)
	Kvinder	473 (12,9)	414 (11,9)
Aldersgruppe	0 til 4	216 (13,1)	75 (17,4)
	5 til 13	103 (12,1)	33 (16,1)
	14 til 18	50 (12,8)	23 (16,6)
	19 til 40	332 (14,4)	143 (14,2)
	41 til 60	129 (11,2)	189 (13,8)
	61 til 75	42 (8,6)	128 (9,4)
	over 75	14 (10,9)	190 (8,9)
Symptomer ¹	Alment	112 (10,5)	103 (9,7)
	Fordøjelsessystemet	104 (13,1)	121 (10,2)
	Bevægeapparatet	125 (15,2)	133 (18,7)
	Neurologisk	22 (12,0)	50 (12,6)
	Luftveje	177 (13,3)	94 (9,7)
	Hud	42 (12,5)	13 (9,9)
	Infektioner	359 (10,9)	184 (10,1)
Timer til egen læges åbningstid	0-2	82 (13,3)	121 (16,2)
	3-5	170 (13,5)	163 (11,8)
	6-8	123 (14,2)	174 (12,2)
	over 8	511 (12,1)	323 (10,4)

¹Baseret på ICDPC-koder

Spørgsmål 19. Var der sammenhæng mellem vurdering af relevans af visitationer og lægekarakteristika?

Som en yderligere beskrivelse af visitationerne præsenteres i Tabel 27 karakteristika for de læger, som vurderede, at kontakterne kunne have været afsluttet i telefonen.

For konsultationerne var der flere kvindelige vagtlæger, som vurderede, at kontakterne kunne have været afsluttet i telefonen ($p=0,025$). Vagtlæger i aldersgrupperne mellem 41 og 60 vurderede oftere at kontakterne kunne have været afsluttet end de yngre og ældre kolleger ($p<0,001$). Mht. lægernes vagtområder kan der ikke konkluderes, da der for nogle vagtområder var få kontakter. I en sammenligning mellem læger med egen praksis og uddannelseslæger/vikarer fandt vi, at de praktiserende læger oftere vurderede, at kontakterne kunne have været afsluttet i telefonen ($p<0,001$), hvorimod der ikke var forskel vedr. praksistype (solo eller kompagniskab) ($p=0,056$). Mht. lægernes vagtaktivitet (antal vagter per år), var der en stor forskel på lægerne med 1-25 vagter (17,9%) og dem med over 100 vagter (8,2%). Lægerne med færrest vagter vurderede oftere, at kontakter kunne have været afsluttet i telefonen.

For besøgslægerne gælder stort set det samme, idet der ikke var forskel mht. køn ($p=0,252$) eller praksistype ($p=0,166$), og også her var de ældre læger lidt mindre kritiske ($p<0,001$) og ligeledes uddannelseslæger/ vikarer sammenlignet med læger i praksis ($p<0,001$) og læger med flest vagter.

Tabel 27. Andelen af kontakter, hvor kontakten kunne have været afsluttet i telefonen for hver kategori af lægekarakteristika for de vurderende læger og for hver kontaktype

Vurderende læges karakteristika		Konsultation antal (%)	Besøg antal (%)
Køn	Mand	586 (12,3)	548 (12,1)
	Kvinde	300 (13,6)	232 (10,9)
Aldersgruppe	Under 41	240 (11,7)	167 (11,7)
	41-50	232 (14,2)	214 (10,2)
	51-60	327 (14,2)	324 (13,8)
	Over 60	87 (8,9)	76 (9,7)
Vagtområde	Aarhus	354 (13,9)	276 (10,9)
	Randers	131 (15,1)	85 (12,6)
	Silkeborg	72 (15,3)	66 (11,0)
	Djursland	2 (22,2)	22 (9,2)
	Horsens	124 (12,0)	102 (12,4)
	Viborg	51 (7,4)	45 (10,1)
	Skive	11 (9,9)	8 (23,5)
	Ringkøbing/Herning	141 (11,4)	176 (13,5)
Lægetype	Uddannelseslæge/vikar	238 (9,1)	197 (8,9)
	Praktiserende læge	648 (14,9)	584 (13,1)
Praksistype	Solo	113 (16,4)	116 (11,5)
	Kompagniskab	535 (14,6)	465 (13,7)
Antal vagter på et år	1-24	220 (17,9)	155 (12,4)
	25-49	361 (14,1)	326 (13,4)
	50-99	213 (10,4)	180 (10,0)
	Over >99	92 (8,2)	120 (10,2)

Spørgsmål 20. *Hvad karakteriserede de visiterende vagtlæger, hvis visiterede konsultationer og besøg blev vurderet til at kunne have været afsluttet i telefonen?*

Som en sidste beskrivelse af relevans af visitationerne præsenteres i Tabel 28 karakteristika for læger, der foretog visitationen af de konsultations- og besøgs-kontakter, som er registreret i LV-KOS. Vedr. konsultationerne fremgår det, at der ingen forskel var på køn ($p=0,461$), alder ($p=0,069$), vagtområder ($p=0,913$), lægetype (uddannelseslæge/vikar eller praktiserende læge) ($p=0,075$), praksistype ($p=0,237$) eller mht. antal vagter om året ($p=0,079$). Det tilsvarende gjaldt for besøgs-kontakter, at der ikke var forskel på køn ($p=0,080$), alder ($p=0,872$), vagtområder ($p=0,153$), lægetype (uddannelseslæge/vikar eller praktiserende læge) ($p=0,237$), praksistype ($p=0,856$) eller antal vagter ($p=0,560$). Der kan således ikke identificeres visitatortyper, som visiterer anderledes end andre vurderet på, om kontakten kunne have været afsluttet i telefonen.

Tabel 28. Andelen af kontakter, hvor det vurderedes, at kontakten kunne have været afsluttet i telefonen for hver kategori af lægekarakteristika for de visiterende læger og for hver kontaktttype

Visiterende læges karakteristika		Konsultation (%)	Besøg (%)
Køn	Mand	558 (12,1)	549 (12,2)
	Kvinde	277 (12,9)	228 (10,7)
Aldersgruppe	Under 41	140 (11,5)	135 (11,4)
	41-50	226 (11,8)	210 (11,4)
	51-60	307 (12,8)	278 (12,0)
	Over 60	213 (14,8)	158 (12,0)
Vagtområde	Aarhus	339 (12,4)	324 (11,6)
	Randers	74 (11,9)	58 (9,6)
	Silkeborg	62 (12,7)	62 (14,2)
	Djursland	16 (10,1)	18 (10,2)
	Horsens	79 (12,5)	63 (10,5)
	Viborg	67 (11,0)	80 (13,4)
	Skive	15 (11,6)	23 (18,0)
	Ringkøbing/Herning	183 (13,1)	149 (11,4)
Lægetype	Uddannelseslæge/vikar	267 (13,7)	238 (11,7)
	Praktiserende læge	568 (11,8)	539 (11,7)
Praksistype	Solo	111 (11,7)	110 (12,4)
	Kompagniskab	456 (11,8)	428 (11,6)
Antal vagter på et år	1-24	144 (13,3)	126 (11,2)
	25-49	320 (11,7)	328 (12,6)
	50-99	290 (13,0)	239 (11,0)
	Over 99	132 (14,3)	88 (11,5)

Patient/brugerperspektivet

I det følgende afsnit beskrives patienternes perspektiv baseret på returnerede spørgeskemaer. I studieperiodens 12 måneder blev der inkluderet 21.457 patientkontakter. Af disse blev der for 4.755 efterfølgende ikke sendt et spørgeskema til patienten, fordi patienten tidligere var blevet registreret og kontaktet (1.063), var forskerbeskyttet (2.854), var død (287), pga. af individuelle hensyn (f.eks. døende patient, selvmordsforsøg, psykotisk patient mm.) (434) og endelig pga. problemer med cpr-numre og ukendte adresser mm. (117). I alt fik 16.702 patienter således tilsendt et spørgeskema, og heraf returnerede 8.505 patienter et udfyldt skema (50,9%).

Spørgsmål 21. *Var der overensstemmelse mellem den hjælp patienterne forventede at få og vagtlægenes handlinger?*

Patienterne blev spurgt om deres forventninger til hvilken ydelse, de havde forventet inden opringningen til lægevagten. Af Tabel 29 ses patientens forventning i forhold til, om de blev afsluttet i telefonen, kom i konsultationen, fik besøg eller blev henvist til skadestue eller indlæggelse.

Lidt over halvdelen af dem, der blev afsluttet i telefonen, havde også forventet dette. En femtedel af de afsluttede i telefonen havde forventet en konsultation, og ca. 13% i alt havde forventet hjemmebesøg, at blive henvist til skadestue eller indlagt.

Det ses, at over 80% af patienterne i konsultationen havde forventet dette, og at 70% af de patienter, der fik et hjemmebesøg, også havde forventet dette. Der var således ganske stor overensstemmelse mellem forventet og faktisk ydelse for konsultation og besøg, mens der for telefonkonsultationer er ca. 1/3 som forventede en yderligere kontakt til lægevagten. Af de patienter, der blev indlagt eller henvist til skadestue (1.126 patienter), havde en fjerdedel forventet dette. Der foregår således i en vis udstrækning en lægefaglig visitering, der især for telefonkonsultationer går mod patienternes forventninger til en ydelse fra lægevagten.

Tabel 29. Fordeling af patienternes forventninger for hver kontaktttype

Patienternes forventninger	Afsluttet TK antal (%)	Konsultation antal (%)	Besøg antal (%)	Indl./henvist til skadestue antal (%)
At få hjælp i telefonen	850 (55,3)	201 (7,4)	105 (6,2)	45 (4,0)
At komme til undersøgelse i konsultationen	341 (22,2)	2.207 (81,8)	261 (15,3)	381 (33,8)
At få besøg af en vagtlæge	117 (7,6)	85 (3,2)	1.190 (69,9)	378 (33,6)
At blive indlagt/henvist til skadestuen	80 (5,2)	122 (4,5)	92 (5,4)	275 (24,4)
Ingen forventninger	148 (9,6)	83 (3,1)	55 (3,2)	47 (4,2)
I alt	1.536 (100)	2.698 (100)	1.703 (100)	1.126 (100)

Spørgsmål 22. *Var der overensstemmelse mellem patientoplevelen og lægevurderet alvorlighed?*

Både lægerne og de registrerede patienter blev spurgt om, hvor alvorligt de oplevede årsagen til henvendelsen til lægevagten. I det følgende er lægernes svarmuligheder inddelt i to kategorier: "Alvorligt/måske alvorligt" og "Ikke alvorligt" (se bilag 2 for spørgeskema). For patienterne ser vi på de problemer, som de opfattede som alvorlige.

I Tabel 30 ses lægernes vurdering af alvorligheden af de kontakter, som af patienterne (fordelt på køn og alder) blev oplevet som alvorlige. Det ses, at lægerne vurderede symptomerne langt mindre alvorligt end patienterne, især for de yngre aldersgrupper i telefonkonsultationer. For kvinder var det relativt oftere, at lægerne ikke vurderede henvendelsen som alvorligt, selvom kvinden gjorde det. Dette var dog udelukkende gældende for telefonkonsultationer og konsultationer.

Tabel 30. Fordeling af lægevurderet alvorlighed af kontakter, som af patienterne blev vurderet som "alvorlige" for hver kontaktttype og opdelt på patientens køn og alder

Kontaktttype	Alder	Lægevurderet alvorlighed			
		Mænd		Kvinder	
		Måske alvorligt %	Ikke alvorligt %	Måske alvorligt %	Ikke alvorligt %
Telefonkonsultation	0-4	15 (14,9)	86 (85,1)	9 (11,0)	73 (89,0)
	5-18	15 (23,1)	50 (76,9)	10 (17,9)	46 (82,1)
	19-50	18 (17,7)	84 (82,4)	14 (7,9)	164 (92,1)
	51-75	39 (39,8)	59 (60,2)	20 (22,2)	70 (77,8)
	>75	13 (50,0)	13 (50,0)	10 (33,3)	20 (66,7)
	Alle	100 (25,5)	292 (75,5)	60 (14,5)	373 (85,5)
Konsultation	0-4	113 (41,2)	161 (58,8)	98 (39,7)	149 (60,3)
	5-18	88 (46,1)	103 (53,9)	71 (41,5)	100 (58,5)
	19-50	101 (51,0)	97 (49,0)	117 (39,7)	178 (60,3)
	51-75	90 (56,3)	70 (43,8)	80 (53,3)	70 (46,7)
	>75	20 (66,7)	10 (33,3)	6 (50,0)	6 (50,0)
	Alle	412 (48,3)	441 (51,7)	372 (42,5)	503 (57,5)
Besøg	0-4	35 (47,3)	39 (52,7)	24 (38,1)	39 (61,9)
	5-18	32 (62,8)	19 (37,3)	37 (55,2)	30 (44,8)
	19-50	68 (50,0)	68 (50,0)	92 (53,8)	79 (46,2)
	51-75	207 (60,5)	135 (39,5)	165 (57,9)	120 (42,1)
	>75	125 (55,3)	101 (44,7)	117 (55,5)	94 (44,6)
	Alle	467 (56,3)	362 (43,7)	435 (54,6)	362 (45,4)

Spørgsmål 23. I hvor høj grad var patienterne tilfredse med den hjælp, de fik, og var der sammenhæng mellem patientkarakteristika mht. køn og alder, kontaktttype og tilfredshed med vagtlægen?

De følgende resultater omhandler patienternes grad af tilfredshed med kontakten med lægevagten. Tabel 31 præsenterer opgørelser over patienternes tilfredshed med kontakterne for hver kontaktttype. Det fremgår, at omkring 80% var tilfredse eller meget tilfredse og under 10% var utilfredse eller meget utilfredse. Flest utilfredse (8,6%) forekom således ved kontakter, der blev afsluttet i telefonen.

Tabel 31. Fordeling af patienttilfredshed for hver kontaktttype Der blev spurgt: *Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt med vagtlægen?*

	Afsluttet TK antal %	Konsultation antal %	Besøg antal %
Meget tilfreds	750 (42,6)	1.447 (45,8)	1.151 (52,7)
Tilfreds	629 (35,7)	1.209 (38,3)	765 (35,1)
Neutral	214 (12,1)	301 (9,5)	140 (6,4)
Utilfreds	102 (5,8)	131 (4,2)	59 (2,7)
Meget utilfreds	50 (2,8)	61 (1,9)	39 (1,8)
Ved ikke	17 (1,0)	11 (0,3)	28 (1,3)

I de følgende tabeller ser vi udelukkende på de patienter, der svarede "Utilfreds" eller "Meget utilfreds" fordi det er her, der er et forbedringspotentiale. I Tabel 32 ses andelen af utilfredse/meget utilfredse fordelt på køn og aldersgrupper, og for afsluttede telefonkonsultationer gælder det, at for aldersgruppen af patienter over 18 år var graden af utilfredshed signifikant større ($p < 0,001$) Det tilsvarende ses for besøg ($p = 0,007$).

hvorimod der var en tendens til det modsatte for konsultationer ($p=0,779$). Der ses ikke statistisk signifikante forskelle mellem mænd og kvinder bortset fra 51-75-åriges konsultationer ($p=0,025$). Imidlertid var der for nogle af resultaterne tale om små tal.

Tabel 32. Fordeling af kontakter med andelen af utilfredse/meget utilfredse patienter for køn og aldersgruppe

Alder	Afsluttet TK			Konsultation			Besøg		
	Mænd antal %	Kvinder antal %	I alt antal %	Mænd antal %	Kvinder antal %	I alt antal %	Mænd antal %	Kvinder antal %	I alt antal %
0-4	15 (5,5)	9 (4,4)	24 (5,0)	36 (7,1)	28 (6,6)	64 (6,9)	10 (9,3)	6 (6,7)	16 (8,0)
5-18	8 (5,6)	12 (7,8)	20 (6,7)	16 (4,7)	19 (5,7)	35 (5,2)	3 (4,4)	6 (7,5)	9 (5,8)
19-50	26 (13,5)	40 (10,9)	66 (11,6)	22 (6,0)	44 (7,8)	66 (7,0)	10 (6,1)	14 (6,1)	24 (5,9)
51-75	20 (12,4)	11 (6,9)	31 (9,2)	18 (6,6)	7 (2,6)	25 (4,6)	15 (3,5)	16 (4,3)	31 (3,7)
>75	4 (10,3)	7 (13,5)	11 (10,6)	2 (4,6)	0 (0,0)	2 (2,6)	7 (2,2)	11 (3,7)	18 (2,8)
I alt	73 (8,9)	79 (8,2)	152 (8,5)	94 (6,1)	98 (6,0)	192 (6,0)	45 (4,0)	53 (4,7)	98 (4,4)

I Tabel 33-36 sættes tilfredshed i forhold til patienternes forventninger. I tabellerne bruges de ovennævnte fordelinger om forventninger for hver kontaktttype (jf. Tabel 29).

I Tabel 33 ses fordelingen af tilfredshed for de patienter, der blev afsluttet i telefonen for hver af forventningskategorierne. Dvs. de 55,3% i rækken "At få hjælp i telefonen", angiver den andel af de afsluttede telefonkontakter, hvor patienten havde forventet at blive afsluttet i telefonen, og de 2,1% i anden kolonne angiver, hvor mange af disse, som var utilfredse med kontakten. Det viser lille grad af utilfredshed blandt dem, der havde forventet at blive afsluttet i telefonen (2,1%). Derimod var der blandt dem, der blev afsluttet men havde forventet en konsultation eller et hjemmebesøg, hhv. 19,4% og 26,5%, som var utilfredse. Langt størstedelen af patienterne var dog ikke utilfredse, selv om de ikke fik den ydelse, de forinden forventede.

Tabel 33. Fordeling af patientforventninger forud for afsluttede telefonkonsultationer med grad af tilfredshed for hver forventningskategori

Patienternes forventninger	Telefon-konsultationer antal (%)	Utilfreds - meget utilfreds antal (%)
At få hjælp i telefonen	850 (55,3)	18 (2,1)
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	341 (22,2)	66 (19,4)
At få besøg af en vagtlæge	117 (7,6)	31 (26,5)
At blive indlagt/henvist til skadestue	48 (3,1)	8 (16,7)
Ingen forventninger	148 (9,6)	7 (4,7)

Det tilsvarende gælder for konsultationskontakterne, hvor der var lille grad af utilfredshed (Tabel 34). Dog var der utilfredshed hos dem, der havde forventet at blive indlagt, men som fik en konsultation (14,8%).

Tabel 34. Fordeling af patientforventninger forud for konsultationer med grad af tilfredshed for hver forventningskategori

Patienternes forventninger	Konsultationer antal %	Utilfreds - meget utilfreds antal (%)
At få hjælp i telefonen	201 (7,4)	10 (5,0)
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	2.207 (81,8)	135 (6,1)
At få besøg af en vagtlæge	85 (3,2)	7 (8,2)
At blive indlagt/henvist til skadestue	122 (4,5)	18 (14,8)
Ingen forventninger	83 (3,1)	4 (4,8)

Blandt patienter, der fik et besøg, gør det samme sig gældende med lille grad af utilfredshed bortset fra hos dem, der havde forventet en indlæggelse (Tabel 35).

Tabel 35. Fordeling af patientforventninger forud for besøg med grad af tilfredshed for hver forventningskategori

Patienternes forventninger	Besøg antal (%)	Utilfreds - meget utilfreds antal (%)
At få hjælp i telefonen	105 (6,2)	4 (3,8)
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	261 (15,3)	12 (4,6)
At få besøg af en vagtlæge	1,190 (69,9)	50 (4,2)
At blive indlagt/henvist til skadestue	92 (5,4)	18 (19,6)
Ingen forventninger	55 (3,2)	4 (7,3)

Af Tabel 36 fremgår det, at kun ganske få procent af de patienter, der blev indlagt eller henvist til skadestue var utilfredse med kontakten.

Tabel 36. Fordeling af forventninger for de patienter, der blev indlagt eller henvist til skadestue

Patienternes forventninger	Indl/henvist til skadestuen antal (%)	Utilfreds - meget utilfreds antal (%)
At få hjælp i telefonen	45 (4,0)	0 (0,0)
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	381 (33,8)	14 (3,7)
At få besøg af en vagtlæge	378 (33,6)	7 (1,9)
At blive indlagt/henvist til skadestue	275 (24,4)	10 (3,6)
Ingen forventninger	47 (4,2)	2 (4,3)

Overordnet gælder det, at der var høj grad af tilfredshed med lægevagten blandt patienterne. Der er imidlertid stadig et potentiale for forventningsafstemning. Det gælder især for de afsluttede telefonkonsultationer, at patienterne var mest utilfredse og ikke fik en forventet efterfølgende kontakt i form af konsultation eller hjemmebesøg. Der var således et vist pres på vagtlægerne for at tilbyde mere omfattende ydelser, hvilket krævede en lægefaglig visitering og beslutning.

Diskussion

Diskussion af metode

Styrker og svagheder

Undersøgelsen er den første af sin art i Danmark og den største i verden og udgør med sine mere end 22.000 registrerede patientkontakter og tilhørende spørgeskemabesvarelse fra patienter et væsentligt bidrag til information om befolkningens behov for lægehjælp uden for almindelig arbejdstid. I modsætning til tidligere undersøgelser af lægevagten, hvor der primært har været fokus på enten lægernes vurderinger af kontakternes nødvendighed eller patienternes grad af tilfredshed [6,13], så giver LV-KOS 2011 mulighed for et mere nuanceret billede af kontakterne baseret på lægernes såvel som patienternes oplevelse af de samme kontakter.

LV-KOS har en stor styrke i, at de deltagende læger og de inkluderede kontakter, var repræsentative for alle vagtlæger og alle kontakter. Vi så en mindre overrepræsentation af læger fra Århus vagtområde og færre fra Ringkøbing-Herning vagtområde. Denne fordeling kan ses i sammenhæng med, at der også er større repræsentation af uddannelseslæger/vikarer med deltagelse i LV-KOS sammenlignet med alle vagtlæger. Med praktiserende lægers større erfaring sammenlignet med uddannelseslæger kan det have betydning for de dele af undersøgelsen, som omhandler lægernes vurdering af f.eks. kontakternes alvorlighed. Der er dog stor overensstemmelse mellem andel af afsluttede telefonkonsultationer mellem LV-KOS og alle vagtlægekontakter i regionen, hvilket taler for, at forskellene i aldersfordeling og lægetyper ikke er af stor betydning. Vedr. de registrerede patientkontakter ser vi en let overrepræsentation af afsluttede telefonkonsultationer i weekendene, men finder ikke, at det har betydning.

Vedr. undersøgelse for geografiske forskelle valgte vi at inddele regionen i Stor-Aarhus, større byer og øvrige områder baseret på postnumre. Afstand til skadestuer har betydning for forbruget heraf og derfor også for forbruget af lægevagtsydelser, hvorfor vi vurderede, at en inddeling baseret på befolkningstætheden udtrykt i bystørrelse var mest hensigtsmæssig.

Metoden med pop-up-spørgeskemaer integreret i det eksisterende vagtlægesystem viste sig at være meget velfungerende og effektiv. Tilbage meldingen fra vagtlægerne lød entydigt på, at det var uproblematisk og enkelt at gennemføre registreringerne, og den elektroniske dataoverførsel fra lægevagtssystemet vedr. lægernes registreringer minimerede usikkerheden omkring dataindsamling.

Registrering af patientkontakterne var baseret på tilfældigheder ud fra det interval, som den pågældende vagttype på forhånd var sat op til (hver 10. telefonsamtale, hver 3. konsultation og hvert besøg). De kontakter, der blev registreret var således tilfældige og ikke afhængige af, om lægen evt. fandt den pågældende kontakt ekstra besværlig eller andet, som kunne være et incitament til lægen til at fravælge registrering af kontakten. Lægerne havde dog mulighed for at benytte sig af en 'skip-knap' i tilfælde af travlhed. En stikprøveundersøgelse med sammenligning af det antal registreringer, som lægerne burde have haft vist, at der ikke systematisk var registreret færre kontakter end forventet. Der er således ikke grund til at mistænke et systematisk fravalg af kontakter.

Lægerne deltog i LV-KOS med store variationer svarende til de variationer, der også er i antallet af vagter for vagtlægerne. Der var meget stor opbakning om undersøgelsen, hvilket afspejles i, at 95,5% af vagtperioderne var dækket ind.

Fordelingen af de registrerede kontakter på de forskellige kontakttyper (telefonkontakter, konsultation og besøg) er ikke repræsentativ for fordelingen af alle kontakter i lægevagten i studieperioden pga. de forskellige frekvenser af pop-up-spørgeskemaer afhængigt af kontaktttype. Disse frekvenser blev beregnet ud fra et

estimat af behovet for et tilstrækkelig stort datamateriale og ud fra en hensyntagen til en realistisk arbejdsbyrde for vagtlægerne. Den eksakte fordeling af kontakttyper fremgår af sygesikringsdata (tabel 5).

For at undgå dobbeltarbejde for vagtlægerne blev de ikke bedt om at angive kontaktårsag på pop-up-spørgeskemaet, da det jo i forvejen var noteret i vagtsystemet. Vi indhentede i stedet denne oplysning direkte fra lægevagtsystemet for hver af de registrerede kontakter. Da der ofte for konsultationer og besøg blev henvist til visitationsnotatet, blev disse også indhentet. Dette er uproblematisk mht. datavaliditeten i de tilfælde, hvor lægen ville have anført samme kontaktårsag, men det kan ikke udelukkes, at patientens symptomer og årsag til at ville henvende sig ændrede sig fra visitationen til en efterfølgende konsultation/besøg. Omfanget af denne usikkerhed vedr. nogle af kontaktårsagerne er ukendt, men det vurderes ikke overordnet at være et problem for datavaliditeten.

Da der i lægevagten ikke foretages diagnosekodning af kontaktårsager og diagnoser, blev dette foretaget efterfølgende af en medicinstuderende, som blev oplært specifikt heri. Der var en vis usikkerhed forbundet med diagnosekodningen, idet især kontaktårsagerne fra vagtsystemet til tider var usikkert beskrevet. F.eks. kunne symptomet "smerter i ben" relateres til forskellige organsystemer afhængigt af, om smerterne skyldes led/knogler/muskler, huden eller om de f.eks. er relateret til blodkredsløbet. I disse tilfælde var det nødvendigt at kvalificere kodningen ved at se på, hvilken diagnose, lægen anførte og hvilken handling, der blev sat i værk. I disse tilfælde rådførte studenten sig med projektlederne.

Besvareelsesprocenten for patienternes deltagelse var på 51%, hvilket er forventeligt for generelle spørgeskemaer, som sendes ud til en så forskelligartet og sammensat patientgruppe. En frafaldsanalyse viste, at mht. fordeling på køn var der ingen forskelle på de respondenter og ikke-respondenter, bortset fra besøgs-kontakter, hvor en lidt større andel af kvinder end mænd svarede (hhv. 66,0% og 69,4%). Mht. alder var der ikke uventet større forskelle, idet det for alle kontakttyper gjaldt, at i aldersgrupperne op til 18 år samt for de 61-75-årige var andelen af respondenter højere end for de 19-40-årige, de 41-60-årige og de over 75-årige. Dette må tages i betragtning ved vurdering af de resultater, der indbefatter patientbesvarelser.

Diskussion af resultater

Kontaktårsag

Langt de fleste henvendelser drejede sig om infektioner. Det gjaldt især for de små børn, men også for yngre voksne og ældre angav lægerne ofte en infektionsdiagnose. Det stemmer overens med, at langt de fleste henvendelser var nye episoder og kun i mindre grad skyldtes opblussen af kronisk sygdom. For ca. hver tyvende kontakt angav lægerne kontakten som så alvorlig, at patienten skulle indlægges og for 1/3 var kontakten alvorlig og krævede lægevagt.

For en stor del af kontakterne gælder, at lægerne angav et symptom og ikke en endelig sygdomsdiagnose. Især for afsluttede telefonkonsultationer er det antageligt udtryk for, at lægerne i situationen vurderede, at der ikke var tale om kritisk sygdom, og at der kunne foretages adækvat rådgivning telefonisk. Det er i denne sammenhæng interessant at overveje, hvad det ville betyde, hvis lægerne i den danske lægevagt blev erstatet med sygeplejersker, sådan som det er tilfældet i mange lande, vi sammenligner os med. Baseret på erfaringer fra andre lande kan det forventes, at sygeplejersker ikke i samme grad vil tage ansvar for at afslutte så mange patienter, i kraft af deres mindre omfattende uddannelse og erfaring med akutte patienter, ofte med medicinske problemstillinger [3].

Geografiske forskelle

Antal registreringer pr. 1000 indbyggere peger på en ensartet og markant større hyppighed af henvendelser fra Stor-Aarhus og de større byer sammenlignet med de øvrige landområder. Dette findes på trods af, at skatuestueforbruget i byer er større end i landområder.

En interessant og ikke uventet geografisk forskel handler om hyppigheden af skader, som behandles i lægevagtskonsultationer (Tabel 9). For kontaktårsager viste det sig, at skader udgjorde en langt højere andel for patienter fra de større byer og fra landområder end for patienter fra Stor-Aarhus. Dette er begrundet i, at "vest-lægerne" traditionelt altid i højere grad har håndteret småskader frem for at sende dem til skadestuebehandling. Disse forskelle kan forventes at udligne sig efter indførelse af den nye akutaftale i regionen.

Vi fandt, at andelen af henvendelser, der af lægerne blev vurderet at være "alvorlige/måske alvorlige" fra Stor-Aarhus, var signifikant mindre end for de øvrige områder. Imidlertid var det modsatte tilfældet for konsultationskontakter, som blev vurderet som mest alvorlige i Stor-Aarhus. Spørgsmålet er, om det handler om sygelighed eller om forskelle i tærskel for henvendelse til lægevagten. I vurdering af disse resultater skal der tages højde for, at lægerne pga. fælles visitation vurderede patienter fra hele regionen, i modsætning til i konsultationen, hvor de primært så patienter fra eget område. Der så dog ud til at være en tendens til, at "Aarhus-læger" vurderede henvendelserne mere alvorligt end læger vestpå. Det hænger muligvis også sammen med, at en større andel af lægerne i Aarhus-området var uddannelseslæger. Endelig var andelen af receptfornyelser større for Stor-Aarhus-henvendelser end for de øvrige (Tabel 14), hvilket bidrager til den øgede andel af kontakter, der blev vurderet som "ikke-alvorlige".

Receptfornyelser

Receptfornyelser udgjorde overordnet set 3,9% af alle afsluttede telefonkonsultationer, hvoraf 22% faldt inden for de første to timer af lægevagts åbningstid. Det kan pege i retning af, at nogle patienter valgte at henvende sig til lægevagten frem for egen læge med fornyelse af recepter.

Relevans af henvendelser

En række tidligere undersøgelser har fundet, at en relativ stor andel af henvendelserne blev vurderet til at være af lav nødvendighed [10,13]. Det genfinder vi i denne undersøgelse og kan supplere med, at det i højere grad gælder henvendelser fra borgere i Stor-Aarhus, og at det især er tilfældet de første to timer af vagts åbningstid, hvor lægerne for en tredjedel af telefonhenvendelserne vurderer, at patienterne burde have kontaktet egen læge i stedet. Efterfølgende undersøgelser må afklare, om der er en sammenhæng mellem egen læges tilgængelighed og brug af lægevagten som en mulig forklaring på dette fund. Det må samtidigt pointeres, at man med en nødvendig sikkerhedsmargin med hensyn til at finde alvorlig sygdom, formentlig må have en vis andel af henvendelser, som ved den efterfølgende vurdering skønnes irrelevante. Fundet skal dog også ses i forhold til, at antallet af henvendelser til lægevagten er højt i Danmark sammenlignet med f.eks. Holland. Dette peger i retning af behov for yderligere forskning om patienters kontaktmønstre med hensyn til symptomtolkning og valg af kontakt til lægevagten.

Vi fandt, at kvindelige læger generelt vurderede kontaktårsagerne som mere alvorlige end de mandlige læger. Muligvis fordi kvindelige vagtlæger i gennemsnit var yngre end de mandlige. Vi fandt nemlig også, at den yngste aldersgruppe af læger vurderede kontaktårsagerne alvorligst. Et interessant fund var, der var en tendens til, at vurderingen af alvorlighed faldt med alderen, bortset fra den ældste aldersgruppe med læger over 60 år. En tilsvarende tendens gør sig gældende mht. lægernes vurdering af, om patienterne burde have henvendt sig til egen læge. Her er der ingen forskel på de mandlige og kvindelige læger. Derimod adskiller de ældste læger sig signifikant med en lavere andel af henvendelserne, der burde have været rettet til egen læge. Det er uvist, hvad dette skyldes.

Vagtlægernes visitation

Knap 60% af henvendelserne blev afsluttet med behandling og rådgivning i telefonen, hvilket er en stor andel sammenlignet med tal fra udlandet [3]. Visitationen i telefonen, hvor patienternes behov afklares og en eventuel efterfølgende behandling eller rådgivning gives, er en meget væsentlig del af lægevagten. I betragtning af det store antal ikke-alvorlige tilfælde, også i konsultationer og ved besøg, er det nærliggende at overveje, om der kan identificeres potentiale til yderligere effektivisering af visitationen i form af karakteristika ved de visitationer, som af konsultations- og besøgslægerne blev vurderet til at kunne have været afsluttet i

telefonen. Omvendt er andelen af utilfredse afsluttede patienter højt, så der skal arbejdes en del med generel forventningsafstemning i befolkningen, hvis visitationen skal strammes yderligere.

Omkring 12% af kontakterne blev af konsultations- og besøglægerne vurderet til at kunne have været afsluttet i telefonen. Undersøgelse af, om denne andel havde sammenhæng med patientkarakteristika, viste ikke forskelle mellem patienterne, bortset fra for de patienter, der henvendte sig pga. muskelskeletproblemer. Her vurderedes flere at kunne have været afsluttet som et udtryk for, at de kunne have ventet til egen læges åbningstid. Med hensyn til sammenhæng mellem lægekarakteristika og relevans af visitation fandt vi ikke uventet, at yngre læger og gruppen af uddannelseslæger og vikarer var mere forsigtige i vurdering af visitationer som unødvendige. Vi fandtes ingen resultater, der peger på faktorer, der vil kunne effektivisere visitationen, hvilket peger i retning af, at det ikke er muligt at nedsætte andelen af unødvendige visitationer til konsultation og besøg, da der ved nogle kontakter bør foregå en yderligere objektiv vurdering af patienten.

Patientbesvarelser

Der var stor forskel på, hvor alvorligt lægerne og patienterne oplevede de problemer, der fik patienterne til at opsøge lægevagten. Dette gjaldt især for afsluttede telefonkonsultationer med 0-4-årige, hvor forældrene fandt kontaktårsagen "måske alvorlig". Her var det kun 15% og 11% af kontakter med hhv. drenge og piger, som lægerne vurderede "måske alvorligt".

Der var ganske stor overensstemmelse mellem det, patienterne havde forventet og den ydelse, de fik tilbudt. For konsultationskontakterne var overensstemmelsen over 80% og for besøg omkring 70%, så selv om vurderingen af alvorlighed var meget uens for læger og patienter, var det angiveligt ikke uventet for patienterne med den ydelse, de blev tilbudt.

Uoverensstemmelsen i forventet og modtaget ydelse viste sig også i tilfredshed med ydelserne. Vi fandt en høj grad af tilfredshed (over 90%), men at det især er patienterne med afsluttede telefonkonsultationer, der er mindst tilfredse. I opfølgende undersøgelse på vore data vil vi se nærmere på, om det er muligt nærmere at karakterisere disse kontakter, som angiveligt har et betydeligt forbedringspotentiale.

Afsluttende

Infektioner og infektionsrelaterede kontaktårsager udgør de hyppigste kontaktårsager og diagnoser i lægevagten. Ifølge lægernes vurderinger er der mange ikke-alvorlige og mindre nødvendige kontakter. Vi fandt en ensartet og effektiv telefonvisitation, baseret på lægernes efterfølgende vurderinger uden oplagte faktorer, der kunne bidrage til optimering. Der sås høj grad af patienttilfredshed med potentiale til forbedring.

Vi har i Danmark et stort lægevagtsforbrug sammenlignet med andre lande [3]. Spørgsmålet er, om danskeres tærskel for at søge hjælp udenfor almindelig arbejdstid er lavere end i andre lande, eller om det større forbrug skyldes den service, borgerne tilbydes i form af direkte og let adgang til en speciallæge i almen medicin. Andelen af *unødvendige* henvendelser er dog også stort i andre lande (REF). De fleste steder i Danmark og i udlandet udgør lægevagten sammen med skadestuer og de akutte 112-opkald indgangen til sundhedsvæsenet i tilfælde af akut sygdom uden for almindelig arbejdstid. Der findes nogle steder sideløbende hermed andre muligheder i form af walk-in klinikker (som typisk er bemandede med sygeplejersker) (f.eks. England og Sverige) og telefonlinjer, der skal bistå befolkningen med at håndtere lette medicinske problemer og skader og hjælpe til at dirigere patienterne til de mest relevante indgange til sundhedsvæsenet i tilfælde af behov for lægehjælp (f.eks. Sverige, Australien og Region Hovedstaden). Der er imidlertid forskelligartede og ikke entydigt positive erfaringer med disse ekstra indsatser, idet der er en tendens til, at de ikke aflaster sundhedsvæsenet, men i visse tilfælde tværtimod øger antallet af henvendelser [14].

Perspektiver

Denne rapport supplerer den tidligere rapport om kontaktmønsteret i almen praksis i dagtid [15] og giver en indgående beskrivelse af patientkontakterne i lægevagten.

Med en deskriptiv gennemgang af de forskellige perspektiver af arbejdet i lægevagten, organisations-, læge- og patient/brugerperspektivet peges på områder, som er relevante for kvalitetsudviklingsinitiativer, og det omfattende datamateriale giver mulighed for fremtidige dybtgående undersøgelser af lægevagtskontakterne, som kan bidrage med ny viden om befolknings behov for lægehjælp uden for almindelig arbejdstid.

Lægevagten er løbende til debat i medier og som emne i overenskomstmæssige forhandlinger, men der har ikke tidligere foreligget dokumentation for patientkontakterne i lægevagten og lægernes håndtering af patienternes problemer. LV-KOS giver mulighed for en grundig undersøgelse af karakteristika af kontakter og kan på den måde danne grundlag for eksempler i retning af sundhedspolitiske kampagner over for befolkningen om brug af lægevagten.

Det omfattende datamateriale i LV-KOS udgør et solidt fundament for yderligere forskning på området. Suppleret af de omfattende registerdata, som er tilgængelige, vil der i de kommende år blive arbejdet videre på LV-KOS-data med henblik på at tilvejebringe yderligere viden om lægevagts funktion i såvel et klinisk som organisatorisk og patientorienteret perspektiv.

Litteratur

1. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
2. Landsoverenskomst om almen lægegering. Af 03-06-91, senest ændret ved aftale af 24-01-2006. København: Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation, 2006.
3. Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vedsted P, Olesen F. Den danske lægevagt i internationalt perspektiv - en sammenlignende undersøgelse af lægevagt i Danmark, England, Holland, Norge og Sverige. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2010.
4. Kvalitet og Sundhedsdata Region Midtjylland, 2007.
5. Region Midtjylland Evaluering af vagtlægen - med fokus på ventetid på konsultationsstedet. Available from: <http://www.cfk.rm.dk/udgivelser/kvalitetsudvikling+sundhed>]. 2012
6. Kvaliteten i den danske lægevagtsordning. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
7. Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract* 1998;48:1497-9.
8. Christensen MB, Thomsen L, Østergaard J, Skafte-Holm P. Fokus på lægevagten - en brugerundersøgelse fra Nordjyllands Amt. *Ugeskr Læger* 1999;161:1812-6.
9. Christensen MB, Skafte-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Andersen DH, Sørensen J. En undersøgelse af karakteren af henvendelserne til lægevagten i Københavns Amt, henvendelsesanalyse II. Københavns Amt, 2001.
10. Christensen MB, Kristensen KA, Skafte-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B et al. Nødvedighedsundersøgelse 2 i lægevagten i Storstrøms Amt gennemført i perioden 28.10.99 - 30.11.98. Sygesikringen i Storstrøms Amt, 2000.
11. Schroll H, Falkø E. Hvorfor skal vi diagnosekode i almen praksis? *Ugeskr Læger* 2002;164:5267-6952.
12. Danmarks Statistik [available from <http://www.statistikbanken.dk/FOLK1>]. www.statistikbanken.dk/FOLK1. 2011
13. Christensen MB, Kristensen KA, Skafte-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B et al. Vagtlæger vurderer patienters brug af lægevagt. *Ugeskr Læger* 1999;161:3910-3.
14. Nagree Y. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. *Emergency Medicine Australia* 2012;24:123-6.
15. Moth G, Vedsted P, Olesen F. Kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis. KOS 2008. Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet, 2010.

Bilag 1

Skærmsprint af pop-up-spørgeskemaerne til vagtlægerne

Indledende skema:

LV-KOS 2010

LV

2010

K

S

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelse

Forskningsenheden for Almen Praksis gennemfører i samarbejde med det regionale Praksisudvalg en kontaktmønsterundersøgelse i lægevagten, **LV-KOS 2010**. Formålet er at **kortlægge henvendelsesårsager** og sygdomsmønstre i lægevagten.

Deltagelse indebærer, at der automatisk viser sig et elektronisk spørgeskema i skærbilledet efter hver 10. kontakt for visitationslægen (hver 3. patient for konsultationslægen og alle patienter for besøglslægen).

Undersøgelsen forløber i 12 måneder fra maj 2010, og i alle vagter deltager én læge for hver vagttype. Har én læge klikket JA for deltagelse, lukkes der af for deltagelse af andre i samme vagttype.

Deltagelse: Klik **JA** for deltagelse. Klik **Afbryd**, hvis du undervejs ønsker at springe registrering af en patient over. Du kan træde helt ud af undersøgelsen for vagtens afslutning ved i hovedmenuen at vælge **Ny Lægefunktion** og svare nej til at deltage i LV-KOS, hvorefter dine kolleger igen får mulighed for at deltage.

Honorar: Grundbeløb kr. 150 + kr. 30 pr. registrering. Honorar for en registrering udløses efter det afsluttende klik på **OK**. Honoraret overføres via afregning fra Sygesikringen, og vil figurere som "LV-KOS 2010". I løbet af vagten kan beløbet ses på din samleopgørelse under "Arkiv" sammen med øvrig vagtindtjening.

Læs mere om undersøgelsen på praksis.dk

Klik på **Ja**, hvis du ønsker at registrere patienter til **LV-KOS 2010**.

Ja

Nej

Visitation afsluttet i telefonen (TK)

LV-KOS 2010

1. Kontakårsagen vurderes som:
☒ **Ny episode** (omfatter også symptomer af længere varighed)
☐ **Opblussen** af kendt kronisk sygdom
☐ **Andet** (evt. skriv)

2. Hvem kontaktede lægevagten?
☐ Patienten selv
☐ Patientens ægtefælle / samlever
☐ Forældre
☐ Andre, (hvem?)

3. Varighed af kontakårsag/symptomer
☐ Mindre end 5 timer
☐ 5 - 12 timer
☐ 12 - 24 timer
☐ Mere end 24 timer
☐ Ved ikke
☐ Ikke relevant (forespørgsler, receptformydelser, o.a.)

4. Hvordan vurderer du lægefagligt kontakts alvorlighed?
☐ Alvorligt, skal indlægges direkte
☐ Måske alvorligt, skal vurderes/ses
☐ Ikke alvorligt, men pt. er syg (f.eks. længerevarende ondt i ryggen)
☐ Pt. er ikke syg
☐ Ved ikke

5. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose

6. Hvilke af følgende foretog du dig? (gerne flere valg)
☐ Sygehistorie
☐ Rådgivning / information
☐ Recept på ny medicin
☐ Receptformyelse på tidligere ordineret medicin
☐ Anbefaling af håndkøbsmedicin
☐ Andet (skriv)

7. Afslutning af kontakten (gerne flere valg)
☐ **Afsluttes**
☐ **Afsluttes** med klar anbefaling om ny kontakt ved behov
(uændret tilstand, manglende bedring eller forværring)
☐ **Afsluttes** og rådes til at kontakte egen læge (for videre udredning / behandling / kontrol)
☐ Visitation til **indlæggelse**
☐ Andet (skriv)

8. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet sin egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?
☐ Ja
☐ Nej
☐ Ved ikke

OK

Afbryd

Visitation:

LV-KOS 2010

1. Kontaktårsagen vurderes som:

☐ **Ny episode** (omfatter også symptomer af længere varighed)

☐ **Opblussen** af kendt kronisk sygdom

☐ **Andet** (evt. skriv)

2. Hvem kontaktede lægevagten?

☐ Patienten selv

☐ Patientens ægtefælle / samlever

☐ Forældre

☐ Andre, (hvem?)

3. Varighed af kontaktårsag/symptomer

☐ Mindre end 5 timer

☐ 5 - 12 timer

☐ 12 - 24 timer

☐ Mere end 24 timer

☐ Ved ikke

☐ Ikke relevant

4. Hvordan vurderer du lægefagligt kontakts alvorlighed?

☐ Alvorligt, potentielt livstruende (f.eks. nakkestivhed hos febril barn)

☐ Alvorligt, IKKE livstruende, men kræver vagtlægetilsyn

☐ Ikke alvorligt, men pt. er syg (f.eks. længerevarende ondt i ryggen)

☐ Ikke alvorligt, og pt. er IKKE syg

☐ Ved ikke

5. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose

6. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet sin egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Ved ikke

Konsultation:

LV-KOS 2010

1. Kontaktårsagen er:

☒ **Ny episode** (omfatter også symptomer af længere varighed)

☐ **Opblussen** af kendt kronisk sygdom

☐ **Andet** (evt. skriv)

2. Varighed af kontaktårsag/symptomer

☐ Mindre end 5 timer

☐ 5 - 12 timer

☐ 12 - 24 timer

☐ Mere end 24 timer

☐ Ved ikke

☐ Ikke relevant (forespørgsler, receptfornyelser, o.a.)

3. Hvordan vurderer du lægefagligt kontakts alvorlighed?

☐ Alvorligt, potentielt livstruende (f.eks. nakkestivhed hos febril barn)

☐ Alvorligt, IKKE livstruende men kræver vagtlægetilsyn

☐ Ikke alvorligt, men pt. er syg (f.eks. længerevarende ondt i ryggen)

☐ Ikke alvorligt, og pt. er IKKE syg

☐ Ved ikke

4. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose (efter at du har undersøgt patienten)

5. Hvilke af følgende foretog du dig? (gerne flere valg)

☐ Sygehistorie

☐ Objektiv undersøgelse

☐ Rådgivning / information

☐ Recept på **ny medicin**

☐ Receptfornytelse (igangværende behandling)

☐ Anbefaling af håndkøbsmedicin

☐ Tillægsydelser

☐ Laboratorydelser

☐ Andet (skriv)

6. Afslutning af kontakten (gerne flere valg)

☐ **Afsluttes**

☐ **Afsluttes** med klar anbefaling om ny kontakt ved behov (ændret tilstand, manglende bedring eller forværring)

☐ **Afsluttes** og rådes til at kontakte egen læge (for videre udredning / behandling / kontrol)

☐ Visitation til **indlæggelse**

☐ Andet (skriv)

7. Var der en sygeplejerske inddraget i denne behandling?

☐ Ja

☐ Nej, men det ville have været relevant

☐ Nej, det var ikke relevant

8. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet (eller ventet og kontaktet) egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Ved ikke

Det er en lægefaglig vigtig og svær opgave at visitere, og derfor væsentligt at identificere kontaktårsager eller patientgrupper, der evt. kan visiteres mere optimalt.

9. Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at patient henvendelsen var lægefaglig relevant for lægevagten?

☐ Ja, relevant for **konsultation**

☐ Ja, men kunne været visiteret til **besøg**

☐ Ja, men kunne være afsluttet i **telefonkonsultationen**

☐ Nej, hvorfor

☐ Ved ikke

Besøg:

LV-KOS 2010

1. Kontakårsagen er:

- ☒ **Ny episode** (omfatter også symptomer af længere varighed)
- ☐ Opblussen af kendt kronisk sygdom
- ☐ Andet (evt. skriv)

2. Varighed af kontakårsag/symptomer

- ☐ Mindre end 5 timer
- ☐ 5 - 12 timer
- ☐ 12 - 24 timer
- ☐ Mere end 24 timer
- ☐ Ved ikke
- ☐ Ikke relevant (forespørgsler, receptfornyelser, o.å.)

3. Hvordan vurderer du lægefagligt kontakts alvorlighed?

- ☐ Alvorligt, potentielt livstruende (f.eks. nakkestivhed hos febrilt barn)
- ☐ Alvorligt, IKKE livstruende men kræver vagtlægetilsyn
- ☐ Ikke alvorligt, men pt. er syg (f.eks. længerevarende ondt i ryggen)
- ☐ Ikke alvorligt, og pt. er IKKE syg
- ☐ Ved ikke

4. Sandsynlig diagnose / evt. symptomdiagnose (efter at du har undersøgt patienten)

5. Hvilke af følgende foretog du dig? (gerne flere valg)

- ☐ Sygehistorie
- ☐ Objektiv undersøgelse
- ☐ Rådgivning / information
- ☐ Recept på **ny medicin**
- ☐ Receptfornytelse (igangværende behandling)
- ☐ Anbefaling af håndkøbsmedicin

☐ Tillægsydelse

☐ Andet (skriv)

6. Afslutning af kontakten (gerne flere valg)

- ☐ Afsluttes
- ☐ Afsluttes med klar anbefaling om ny kontakt ved behov
(uændret tilstand, manglende bedring eller forværring)
- ☐ Afsluttes og rådes til at kontakte egen læge (for videre udredning / behandling / kontrol)
- ☐ Visitation til indlæggelse
- ☐ Andet (skriv)

7. Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet (eller ventet og kontaktet) egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

Det er en lægefaglig vigtig og svær opgave at visitere, og derfor væsentligt at identificere kontakårsager eller patientgrupper, der evt. kan visiteres mere optimalt.

8. Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at patient henvendelsen var lægefaglig relevant for lægevagten?

- ☐ Ja, relevant for **besøg**
- ☐ Ja, men kunne været visiteret til **konsultation**
- ☐ Ja, men kunne være afsluttet i **telefonkonsultationen**
- ☐ Nej, hvorfor
- ☐ Ved ikke

OK

Skift til Konsultationsskema

Afbryd

Bilag 2

Patientspørgeskema eksemplificeret ved en voksen patients telefonkonsultation i lægevagten

Spørgeskema om din kontakt med lægevagten d. /

- 1 Hvad var årsagen til at du ringede til vagtlægen (skriv symptomet)?
Skriv kort _____
- 2 Hvor længe havde du haft det aktuelle problem, inden du ringede til vagtlægen?
(kun ét kryds)
☐ Under 5 timer
☐ 5 - 12 timer
☐ 12 - 24 timer
☐ Mere end 24 timer
☐ Ved ikke
☐ Ikke relevant (f.eks. receptfornyelser o.a.)
- 3 Hvor alvorligt oplevede du selv problemet, før du ringede til vagtlægen?
(kun ét kryds)
☐ Alvorligt og livstruende
☐ Alvorligt, men ikke livstruende
☐ Ikke alvorligt, men jeg fandt det nødvendigt at tale med en læge
☐ Jeg var ikke syg, men jeg havde nogle spørgsmål
- 4 Hvad gjorde den vagtlæge, som du talte med i telefonen, for at løse dit problem?
(sæt gerne flere krydser)
☐ Gav råd og information uden at jeg skulle undersøges af vagtlægen
☐ Ordinerede receptpligtig medicin
☐ Ordinerede receptpligtig medicin, som jeg i forvejen er i behandling med
☐ Anbefalede håndkøbsmedicin (f.eks. næsedråber, panodil)
☐ Anbefalede mig at komme til konsultation hos vagtlægen
☐ Sendte en vagtlæge hjem til mig
☐ Indlagde mig på sygehuset
☐ Anbefalede mig at kontakte min egen læge
☐ Anbefalede mig at kontakte vagtlægen igen, hvis jeg fik det værre eller ikke bedre
☐ Henviste mig til skadestuen
☐ Andet (evt. skriv) _____

Til
koder

--	--	--

--	--	--

--	--	--

5 Hvilken form for hjælp forventede du at få inden opringningen til vagtlægen?
(kun ét kryds)

- ☐ At få hjælp i telefonen uden at jeg skulle undersøges af vagtlægen
- ☐ At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen
- ☐ At få besøg af en vagtlæge derhjemme
- ☐ At blive henvist til skadestuen
- ☐ At blive indlagt på sygehuset
- ☐ Jeg havde ingen forventninger

Evt. kommentar _____

6 Hvor tryg var du ved de råd eller den behandling, som du fik af vagtlægen i telefonen?
(kun ét kryds)

- ☐ Meget tryg
- ☐ Tryg
- ☐ Neutral
- ☐ Utryg
- ☐ Meget utryg
- ☐ Ved ikke

7 Hvor tilfreds var du alt i alt med din telefonsamtale med vagtlægen?
(kun ét kryds)

- ☐ Meget tilfreds
- ☐ Tilfreds
- ☐ Neutral
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Ved ikke



8 Oplevede du tiden i telefonen, inden vagtlægen svarede, som acceptabel?
(kun ét kryds)

- ☐ Ja
☐ Hverken eller / Neutral
☐ Nej
☐ Ved ikke

Hvis nej, var det fordi...

- ☐ Du fandt ventetiden uforsvarlig lang
☐ Du fandt ventetiden irriterende

Evt. kommentarer: _____

--	--

9 Har du igennem de seneste 3 måneder haft en eller flere af disse
helbredsproblemer/sygdomme?

- ☐ Hjertekarsygdom
☐ Kræft
☐ Depression
☐ Psykiske problemer inkl. angst
☐ Astma
☐ Sukkersyge
☐ Rygerlunger (KOL)
☐ Slidgigt
☐ Knogleskørhed
☐ Andre kroniske sygdomme, skriv _____
☐ Nej

--	--	--

--	--	--

Spørgsmål 10 og 11 er udgået



Oplevelse af din telefonsamtale med vagtlægen

Sæt kryds ved det udsagn, der passer bedst

- 12 Vi havde en god samtale
- ☐ Helt enig
 - ☐ Enig
 - ☐ Både og
 - ☐ Uenig
 - ☐ Helt uenig
- 13 Jeg følte, at jeg havde tillid til det, der foregik
- ☐ Helt enig
 - ☐ Enig
 - ☐ Både og
 - ☐ Uenig
 - ☐ Helt uenig
- 14 Lægen forstod, hvad jeg havde på hjerte
- ☐ Helt enig
 - ☐ Enig
 - ☐ Både og
 - ☐ Uenig
 - ☐ Helt uenig



15 Jeg følte, at jeg blev taget hånd om

- ☐ Helt enig
- ☐ Enig
- ☐ Både og
- ☐ Uenig
- ☐ Helt uenig

Barrierer

16 Det var lidt svært at komme på bølgelængde med lægen

- ☐ Helt enig
- ☐ Enig
- ☐ Både og
- ☐ Uenig
- ☐ Helt uenig

17 Der gik for meget tid med småsnak

- ☐ Helt enig
- ☐ Enig
- ☐ Både og
- ☐ Uenig
- ☐ Helt uenig

18 Det var lidt svært at stille spørgsmål

- ☐ Helt enig
- ☐ Enig
- ☐ Både og
- ☐ Uenig
- ☐ Helt uenig

19 Vigtige beslutninger blev truffet hen over hovedet på mig

- ☐ Helt enig
- ☐ Enig
- ☐ Både og
- ☐ Uenig
- ☐ Helt uenig

Mine følelser efter samtalen

Efter dette besøg følte jeg mig ...

(Sæt ring om det nummer på hver linje, som passer bedst på dig)

Én ring for hver linje)

20	Lettet	7	6	5	4	3	2	1	Bekymret	☐
21	Trist	7	6	5	4	3	2	1	Glad	☐
22	Styrket	7	6	5	4	3	2	1	Udmattet	☐
23	Anspændt	7	6	5	4	3	2	1	Afslappet	☐

Bemærk, at skalaen vender således, at f.eks. lettet er 7 og glad er 1.

24 Blev dine forventninger til samtalen indfriet?

- ☐ Nej. overhovedet ikke
- ☐ Lidt
- ☐ Noget
- ☐ En del
- ☐ Fuldstændig

Vurdering af den læge, du talte med

Hvad er din vurdering af vagtlægen efter denne samtale med hensyn til ...:		Dårlig	Nogenlunde	God	Meget god	Enestående	Kan ikke svare/ ikke relevant
25	at få dig til at føle, at du havde tid nok i samtalen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26	at være grundig og omhyggelig	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Spørgsmål 27 - 29 er udgået



De følgende spørgsmål handler om din opfattelse af dit helbred. Oplysningerne vil give et overblik over, hvordan du har det, og hvor godt du er i stand til at udføre dine daglige gøremål.

Besvar hvert spørgsmål ved at sætte et kryds ved det svar, der passer bedst på dig. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal svare, svar da venligst så godt du kan.

30 Hvordan synes du dit helbred er alt i alt? (Sæt kun ét kryds)

☐ Fremragende ☐ Vældig godt ☐ Godt ☐ Mindre godt ☐ Dårligt

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen

Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I givet fald, hvor meget?

	Ja, meget begrænset	Ja, lidt begrænset	Nej, slet ikke begrænset
31 Lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge eller cykle	☐	☐	☐
32 At gå flere etager op ad trapper	☐	☐	☐

Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

	Ja	Nej
33 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	☐	☐
34 Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	☐	☐

Har du inden for de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

	Ja	Nej
35 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville	☐	☐
36 Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre	☐	☐

37 Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit arbejde (både arbejde i hjemmet og husarbejde)

☐ Slet ikke ☐ Lidt ☐ Noget ☐ En hel del ☐ Virkelig meget



Hvor stor en del af tiden de sidste 4 uger har ...

	Hele tiden	Det meste af tiden	Noget af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
38 du følt dig rolig og afslappet?	☐	☐	☐	☐	☐
39 du været fuld af energi?	☐	☐	☐	☐	☐
40 du følt dig trist til mode?	☐	☐	☐	☐	☐

- 41 Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtinge osv.)? (Sæt kun ét kryds)

Hele
tiden
☐

Det meste
af tiden
☐

Noget af
tiden
☐

Lidt af
tiden
☐

På intet
tidspunkt
☐

De næste spørgsmål handler om din højde og vægt42 Hvor høj er du?

--	--	--

 cmHvor meget vejer du?

--	--	--

 kg

- 43 Hvordan vurderer du selv din vægt?

☐ Den er for lav☐ Den er tilpas☐ Den er lidt for høj☐ Den er for høj

Hvis du mener, at din vægt er for høj ...

	Ja	Nej
44 Har du så et ønske om at tabe dig?	☐	☐
45 Hvis ja, tror du, din læge kan hjælpe dig?	☐	☐
46 Har du på noget tidspunkt talt med din læge om din vægt?	☐	☐

De næste spørgsmål handler om rygning47 Ryger du?

Ja	Nej	Nej, er stoppet
☐	☐	☐

- 48 Hvis ja, hvor meget ryger du i løbet af et døgn?

Antal cigaretter

--	--

Antal cerutter

--	--

Antal cigarer

--	--

Antal pibestop

--	--



I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af ...

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
49 at du pludselig bliver bange uden grund?	☐	☐	☐	☐	☐
50 nervøsitet eller indre uro?	☐	☐	☐	☐	☐
51 anfald af rædsel eller panik?	☐	☐	☐	☐	☐
52 at bekymre dig for meget?	☐	☐	☐	☐	☐
53 at føle dig ængstelig?	☐	☐	☐	☐	☐
54 at føle dig uden håb for fremtiden?	☐	☐	☐	☐	☐
55 en følelse af, at alting er en anstrengelse?	☐	☐	☐	☐	☐
56 at føle dig nedtrykt?	☐	☐	☐	☐	☐
57 en følelse af ingenting at være værd?	☐	☐	☐	☐	☐
58 tanker om at gøre en ende på dit liv?	☐	☐	☐	☐	☐
59 en følelse af at være fanget i en fælde?	☐	☐	☐	☐	☐
60 at føle dig ensom?	☐	☐	☐	☐	☐
61 selvbefrydelse?	☐	☐	☐	☐	☐

I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af ...

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
62 bekymringer om, at der er noget alvorlig galt med din krop?	☐	☐	☐	☐	☐
63 bekymringer over, om du selv lider af en sygdom?	☐	☐	☐	☐	☐
64 mange forskellige slags smerter?	☐	☐	☐	☐	☐
65 bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	☐	☐	☐	☐	☐
66 mange forskellige slags sygdomssymptomer?	☐	☐	☐	☐	☐
67 tanken om, at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	☐	☐	☐	☐	☐
68 bekymringer om dit helbred?	☐	☐	☐	☐	☐
69 tilbagevendende tanker om at du fejler noget, og som du har svært ved at slå ud af hovedet?	☐	☐	☐	☐	☐

De næste spørgsmål er om alkohol. Drikker du overhovedet alkohol? Ja ☐ Nej ☐

Hvis ja, har du nogensinde inden for det sidste år ...

	Ja	Nej
70 tænkt at du skulle skære ned på dit alkoholforbrug?	☐	☐
71 ladet dig irritere over, at andre kritiserede dit alkoholforbrug?	☐	☐
72 følt skyld over dit alkoholforbrug?	☐	☐
73 straks fra morgenstunden taget en genstand for at berolige nerverne eller for at komme dig over dine tømmermænd?	☐	☐



I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af ...

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Hjerte/lunger/autonome symptomer:					
74 Hjertebanken eller uro i brystet?	☐	☐	☐	☐	☐
75 Trykken eller smerter i brystet?	☐	☐	☐	☐	☐
76 Forpustethed uden anstrengelse?	☐	☐	☐	☐	☐
77 Anfald med vejrtrækningsbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
78 Varm-eller koldsveden?	☐	☐	☐	☐	☐
79 Rysten eller sitren?	☐	☐	☐	☐	☐
80 Mundtørhed?	☐	☐	☐	☐	☐
81 Køren i maven/"sommerfugle i maven"?	☐	☐	☐	☐	☐
82 Rødmen eller blussen?	☐	☐	☐	☐	☐
Mave-tarm symptomer:					
83 Hyppige løse afføringer?	☐	☐	☐	☐	☐
84 Mavesmerter?	☐	☐	☐	☐	☐
85 Oppustethed,spændings- eller tyngde-fornemmelse i maven?	☐	☐	☐	☐	☐
86 Diaré?	☐	☐	☐	☐	☐
87 Opgylpninger eller opstød?	☐	☐	☐	☐	☐
88 Forstoppelse?	☐	☐	☐	☐	☐
89 Utilpashed eller kvalme?	☐	☐	☐	☐	☐
90 Opkastninger?	☐	☐	☐	☐	☐
91 Brændende fornemmelse i bryst eller mave?	☐	☐	☐	☐	☐
Muskuloskeletale symptomer:					
92 Smerter i armene eller benene?	☐	☐	☐	☐	☐
93 Muskelsmerter eller ømhed?	☐	☐	☐	☐	☐
94 Ledsmerter?	☐	☐	☐	☐	☐
95 Følelse af lammelse i arme eller ben?	☐	☐	☐	☐	☐
96 Rygsmerter?	☐	☐	☐	☐	☐
97 Smerter som flytter sig fra sted til sted?	☐	☐	☐	☐	☐
98 Ubehagelig dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelser?	☐	☐	☐	☐	☐
 <u>I de sidste 4 uger, hvor meget har du været generet af:</u>					
	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Almene symptomer:					
99 Koncentrationsbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
100 Træthed?	☐	☐	☐	☐	☐
101 Hovedpine?	☐	☐	☐	☐	☐
102 Hukommelsesbesvær?	☐	☐	☐	☐	☐
103 Svimmelhed?	☐	☐	☐	☐	☐



Netværk**De følgende spørgsmål handler om dit forhold til din familie og dine venner**

104 Hvor ofte er du i kontakt med venner og bekendte? (sæt kun ét kryds)

- ☐ Dagligt eller næsten dagligt
- ☐ Et par gange om ugen
- ☐ Et par gange om måneden
- ☐ Sjældnere end et par gange om måneden
- ☐ Aldrig
- ☐ Ved ikke

105 Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med? (sæt kun ét kryds)

- ☐ Dagligt eller næsten dagligt
- ☐ Et par gange om ugen
- ☐ Et par gange om måneden
- ☐ Sjældnere end et par gange om måneden
- ☐ Aldrig
- ☐ Ved ikke

106 Hvis du har brug for hjælp til praktiske problemer, kan du så regne med at få hjælp fra andre?

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, en gang imellem
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke

107 Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du har mest lyst til at være sammen med andre?

- ☐ Ja, ofte
- ☐ Ja, en gang imellem
- ☐ Nej, sjældent
- ☐ Nej
- ☐ Ved ikke



Evt. kommentarer:

Mange tak fordi du tog dig tid til at udfylde spørgeskemaet!



Bilag 3

I det følgende præsenteres de rå opgørelser af lægernes registrering af patientkontakterne for hver kontakttype, afsluttet telefonkonsultation, visitation, konsultation og hjemmebesøg. For hver af disse kontakttyper præsenteres endvidere de opgørelserne fra patientspørgeskemaet, som omhandler oplevet alvorlighed, forventninger, om forventningerne blev indfriet, tilfredshed med kontakten og vurdering af kontakten.

Telefonkonsultation

Lægere registreringer

Kontaktårsagen vurderes som:

	Antal	%
Ny episode	3.683	79,7
Oplussen	575	12,5
Andet	362	7,8
I alt	4.620	100

Hvem kontaktede lægevagten?

	Antal	%
Patienten selv	2.240	48,5
Ægtefælle/samlever	71	10,2
Forældre	1.318	28,5
Andre	591	12,8
I alt	4.620	100

Varighed af kontaktårsag/symptomer

	Antal	%
Kortere end 5 timer	1.494	32,34
5-12 timer	988	21,39
12-24 timer	662	14,33
Mere end 24 timer	1.0079	23,35
Ved ikke	175	3,79
Ikke relevant	222	4,81
I alt	4.620	100

Hvordan vurderer du lægefagligt kontaktens alvorlighed?

	Antal	%
Alvorligt, skal indlægges direkte	206	4,5
Måske alvorligt, skal ses	356	7,7
Ikke alvorligt, men pt. er syg	3.000	64,9
Pt. er ikke syg	820	17,8
Ved ikke	238	5,2
I alt	4.620	100

Hvilke af følgende foretog du dig?

	Antal	%
Sygehistorie	3.465	75,0
Rådgivning	3.415	73,9
Recept på ny medicin	747	16,2
Receptfornyelse	182	3,9
Anbefaler håndkøb	523	11,3

Afslutning af kontakten

	Antal	%
Afslutning uden yderligere	1.926	41,7
Afslutning med anbefaling om ny kontakt ved behov	1.339	29,0
Afslutning med anbefaling at søge egen læge	990	21,4
Indlægges/henvises til skadestue	234	5,1
Andet	437	9,5

Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet sin egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

	Antal	%
Ja	1.339	29,0
Nej	2.882	62,4
Ved ikke	399	8,6
I alt	4.620	100

Patientbesvarelser

Den overordnede besvarelsesprocent for patienter med en telefonkonsultation var 48,6

Hvor alvorligt oplevede du selv problemet, inden du ringede til vagtlægen?

	Antal	%
Alvorligt, måske livstruende	80	4,5
Alvorligt, men ikke livstruende	781	43,7
Ikke alvorligt	831	46,5
Ikke relevant	84	4,7
Ubesvaret	13	0,7
I alt	1.789	100

Hvilken form for hjælp forventede du at få, inden du talte med vagtlægen?

	Antal	%
At få hjælp i telefonen	871	48,7
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	390	21,8
At få besøg af en vagtlæge	157	8,8
At blive henvist til skadestuen	107	6,0
At blive indlagt på sygehuset	59	3,3
Ingen forventninger	158	8,8
Ubesvaret	47	2,6
I alt	1.789	100

Blev dine forventninger til samtalen indfriet?

	Antal	%
Nej, overhovedet ikke	127	7,1
Lidt	150	8,4
Noget	175	9,8
En del	409	22,9
Fuldstændig	888	49,6
Ubesvaret	40	2,2
I alt	1.789	100

Hvor tilfreds var du alt i alt med din telefonsamtale med vagtlægen?

	Antal	%
Meget tilfreds	750	41,9
Tilfreds	629	35,2
Neutral	214	12,0
Utilfreds	102	5,7
Meget utilfreds	50	2,8
Ved ikke	17	1,0
Ubesvaret	27	1,5
I alt	1.789	100

Hvad var din vurdering af vagtlægen efter samtalen med hensyn til at få dig til at føle, at du havde tid nok i samtalen?

	Antal	%
Dårlig	88	4,9
Nogenlunde	218	12,2
God	506	28,3
Meget god	726	40,6
Enestående	180	10,1
Ikke relevant	31	1,7
Ubesvaret	40	2,2
I alt	1.789	100

Hvad var din vurdering af vagtlægen efter samtalen med hensyn til at være grundig og omhyggelig?

	Antal	%
Dårlig	116	6,5
Nogenlunde	248	13,9
God	492	27,5
Meget god	673	37,6
Enestående	176	9,8
Ikke relevant	26	1,5
Ubesvaret	58	3,2
I alt	1.789	100

Visitation

Lægeregistreringer

Kontaktårsagen vurderes som:

	Antal	%
Ny episode	2.678	84,0
Opblussen af kendt kronisk lidelse	457	14,3
Andet	55	1,7
I alt	3.190	100

Hvem kontaktede lægevagten?

	Antal	%
Patienten selv	1.301	40,8
Ægtefælle/samlever	401	12,6
Forældre	954	29,9
Andre	534	16,7
I alt	3.190	100

Varighed af kontaktårsag/symptomer

	Antal	%
Kortere end 5 timer	980	30,7
5-12 timer	738	23,1
12-24 timer	576	18,1
Mere end 24 timer	780	24,5
Ved ikke	91	2,9
Ikke relevant	25	0,8
I alt	3.190	100

Hvordan vurderer du lægefagligt kontaktens alvorlighed?

	Antal	%
Alvorligt, skal indlægges direkte	113	3,5
Måske alvorligt, skal ses	1.556	48,9
Ikke alvorligt, men pt. er syg	1.309	41,0
Pt. er ikke syg	101	3,1
Ved ikke	111	3,5
I alt	3.190	100

Burde patienten ud fra et
lægefagligt skøn have kontaktet sin
egen læge frem for lægevagten
med det aktuelle problem?

	Antal	%
Ja	373	11,7
Nej	2.606	82,0
Ved ikke	201	6,3
I alt	3.190	100

Patientbesvarelser

Den overordnede besvarelsesprocent for patienter med en telefonvisitation var 52,4

Hvor alvorligt oplevede du selv problemet, inden du ringede til vagtlægen?

	Antal	%
Alvorligt, måske livstruende	107	8,3
Alvorligt, men ikke livstruende	664	51,4
Ikke alvorligt	493	38,1
Ikke relevant	15	1,2
Ubesvaret	12	1,0
I alt	1.292	100

Hvilken form for hjælp forventede du at få inden opringningen til vagtlægen?

	Antal	%
At få hjælp i telefonen	71	5,5
At komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	782	6,5
At få besøg af en vagtlæge	293	22,7
At blive henvist til skadestuen	59	4,6
At blive indlagt på sygehuset	37	2,9
Ingen forventninger	39	3,0
Ubesvaret	11,00	0,9
I alt	1.292	100

Blev dine forventninger til samtalen indfriet?

	Antal	%
Nej, overhovedet ikke	54	4,2
Lidt	92	7,1
Noget	112	8,7
En del	307	23,7
Fuldstændig	682	52,8
Ubesvaret	45	3,5
I alt	1.292	100

Konsultation

Lægeregistreringer

Kontaktårsagen vurderes som:

	Antal	%
Ny episode	6.300	90,4
Opblussen	549	7,9
Andet	124	1,8
I alt	6.973	100

Varighed af
kontaktårsag/symptomer

	Antal	%
Kortere end 5 timer	1.483	21,3
5-12 timer	1.492	21,4
12-24 timer	1.470	21,1
Mere end 24 timer	2.434	34,9
Ved ikke	68	1,0
Ikke relevant	26	0,4
I alt	6.973	100

Hvordan vurderer du lægefagligt kontaktens
alvorlighed?

	Antal	%
Alvorligt, skal indlægges direkte	221	3,1
Måske alvorligt, skal ses	2.299	32,9
Ikke alvorligt, men pt. er syg	3.370	48,4
Pt. er ikke syg	1.000	14,4
Ved ikke	83	1,2
I alt	6.973	100

Hvilke af følgende foretog du dig?

	Antal	%
Sygehistorie	6.782	97,3
Objektiv undersøgelse	6.758	96,9
Rådgivning	4.451	63,8
Recept på ny medicin	2.214	31,8
Receptfornyelse	49	0,7
Anbefaler håndkøb	753	10,8
Tillægsydelse	558	8,0
Laboratorieydelse	467	6,7

Afslutning af kontakten

	Antal	%
Afslutning uden yderligere	2.256	36,7
Afslutning med anbefaling om ny kontakt ved behov	2.418	34,70
Afslutning med anbefaling at søge egen læge	1.179	16,9
Indlægges/henvises til skadestue	729	10,5
Andet	482	6,9

Var der en sygeplejerske inddraget i
denne behandling?

	Antal	%
Ja	631	9,0
Nej	1.671	24,0
Ikke relevant	4.671	67,0
I alt	6.973	100

Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet sin egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

	Antal	%
Ja	1.551	22,2
Nej	5.017	72,0
Ved ikke	405	5,8
I alt	7.218	100

Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at patienthenvendelsen var lægefaglig relevant for lægevagten?

	Antal	%
Ja, relevant for konsultation	5,867	84,14
Ja, men kunne være visiteret til besøg	59	0,85
Ja, men kunne være afsluttet som TK	548	7,86
Nej	338	4,85
Ved ikke	161	2,31
Ubesvaret	0	0
I alt	6.973	100

Patientbesvarelser

Den overordnede besvarelsesprocent for patienter med en konsultation var 55,9

Hvor alvorligt oplevede du selv problemet, inden du ringede til vagtlægen?

	Antal	%
Alvorligt, måske livstruende	164	5,2
Alvorligt, men ikke livstruende	1.582	49,7
Ikke alvorligt	1.415	44,5
Ikke relevant	6	0,2
Ubesvaret	16	0,5
I alt	3.183	100

Hvilken form for hjælp forventede du at få, inden du talte med vagtlægen?

	Antal	%
At få hjælp i telefonen	223	7,0
komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	2.524	79,3
At få besøg af en vagtlæge	98	3,1
At blive henvist til skadestuen	171	5,4
At blive indlagt på sygehuset	50	1,6
Ingen forventninger	99	3,1
Ubesvaret	18	0,6
I alt	3.183	100

Blev dine forventninger til konsultationen indfriet?

	Antal	%
Nej, overhovedet ikke	133	4,2
Lidt	209	6,6
Noget	266	8,4
En del	774	24,3
Fuldstændig	1.742	54,7
Ubesvaret	59	1,8
I alt	3.183	100,0

Hvor tilfreds var du alt i alt med dit besøg i vagtlægekonsultationen?

	Antal	%
Meget tilfreds	1.447	45,5
Tilfreds	1.209	38,0
Neutral	301	9,5
Utilfreds	131	4,1
Meget utilfreds	61	1,9
Ved ikke	11	0,3
Ubesvaret	23	0,7
I alt	3.183	100

Hvad er din vurdering af vagtlægen efter besøget med hensyn til at få dig til at føle, at du havde tid nok i samtalen?

	Antal	%
Dårlig	163	5,1
Nogenlunde	336	10,6
God	809	25,4
Meget god	1.361	42,8
Enestående	439	13,8
Ikke relevant	24	0,7
Ubesvaret	51	1,6
I alt	3.183	100

Hvad var din vurdering af vagtlægen efter samtalen med hensyn til at være grundig og omhyggelig?

	Antal	%
Dårlig	176	5,5
Nogenlunde	364	11,4
God	765	24,0
Meget god	1.314	41,3
Enestående	486	15,3
Ikke relevant	21	0,7
Ubesvaret	57	1,8
I alt	3.183	100

Hjemmebesøg

Lægeregistreringer

Kontaktårsagen vurderes som:

	Antal	%
Ny episode	4.720	70,7
Opblussen af kendt kronisk lidelse	1.665	25,0
Andet	289	4,3
I alt	6.674	100

Varighed af
kontaktårsag/symptomer

	Antal	%
Kortere end 5 timer	1.857	27,8
5-12 timer	1.855	27,8
12-24 timer	1.002	15,0
Mere end 24 timer	1.734	26,0
Ved ikke	136	2,0
Ikke relevant	80	1,2
Ingen information	10	0,2
I alt	6.674	100

Hvordan vurderer du lægefagligt kontaktens
alvorlighed?

	Antal	%
Alvorligt, skal indlægges direkte	627	9,4
Måske alvorligt, skal ses	2.692	40,3
Ikke alvorligt, men pt. er syg	2.571	38,5
Pt. er ikke syg	503	7,5
Ved ikke	264	4,0
Uoplyst	17	0,3
I alt	6.674	100

Hvilke af følgende foretog du dig?

	Antal	%
Sygehistorie	6.328	94,8
Objektiv undersøgelse	6.183	92,6
Rådgivning	3.973	59,5
Recept på ny medicin	1.369	20,5
Receptfornyelse	66	1,0
Anbefaler håndkøb	515	7,7
Tillægsydelse	434	6,5

Afslutning af kontakten

	Antal	%
Afslutning uden yderligere	1.655	24,8
Afslutning med anbefaling om ny kontakt ved behov	2.272	34,0
Afslutning med anbefaling at søge egen læge	1.753	26,3
Indlægges/henvises til skadestue	1.305	19,6
Andet	266	4,0

Burde patienten ud fra et lægefagligt skøn have kontaktet sin egen læge frem for lægevagten med det aktuelle problem?

	Antal	%
Ja	1.189	17,8
Nej	5,110	76,6
Ved ikke	359	5,4
Ubesvaret	16	0,2
I alt	6.674	100

Efter at have set og undersøgt patienten vil du så vurdere, at patienthenvendelsen var lægefaglig relevant for lægevagten?

	Antal	%
Ja, relevant for besøg	4.919	73,7
Ja, men kunne være visiteret til konsultation	791	11,8
Ja, men kunne være afsluttet som TK	450	6,7
Nej	331	5,0
Ved ikke	170	2,6
Ubesvaret	13	0,2
I alt	6.674	100

Patientbesvarelser

Den overordnede besvarelsesprocent for patienter med et hjemmebesøg var 46,4

Hvor alvorligt oplevede du selv problemet, inden du ringede til vagtlægen?

	Antal	%
Alvorligt, måske livstruende	424	18,9
Alvorligt, men ikke livstruende	1.213	54,1
Ikke alvorligt	547	24,4
Ikke relevant	17	0,7
Ubesvaret	40	1,9
I alt	2.241	100

Hvilken form for hjælp forventede du at få, inden du talte med vagtlægen?

	Antal	%
At få hjælp i telefonen	121	5,4
komme til undersøgelse i vagtlægekonsultationen	293	13,1
At få besøg af en vagtlæge	1.537	68,6
At blive henvist til skadestuen	58	2,6
At blive indlagt på sygehuset	134	6,0
Ingen forventninger	68	3,0
Ubesvaret	30	1,3
I alt	2.241	100

Blev dine forventninger til besøget indfriet?

	Antal	%
Nej, overhovedet ikke	84	3,7
Lidt	145	6,5
Noget	191	8,5
En del	436	19,5
Fuldstændig	1.276	56,9
Ubesvaret	109	4,9
I alt	2.241	100

Hvor tilfreds var du alt i alt med dit besøg af vagtlægen?

	Antal	%
Meget tilfreds	1.151	51,4
Tilfreds	765	34,1
Neutral	140	6,3
Utilfreds	59	2,6
Meget utilfreds	39	1,7
Ved ikke	28	1,3
Ubesvaret	59	2,6
I alt	2.241	100

Hvad er din vurdering af vagtlægen efter besøget med hensyn til at få dig til at føle, at du havde tid nok i samtalen?

	Antal	%
Dårlig	79	3,5
Nogenlunde	204	9,1
God	609	27,2
Meget god	872	38,9
Enestående	321	14,3
Ikke relevant	28	1,3
Ubesvaret	128	5,7
I alt	2.241	100

Hvad var din vurdering af vagtlægen
efter besøget med hensyn til at være
grundig og omhyggelig?

	Antal	%
Dårlig	79	3,5
Nogenlunde	174	7,8
God	567	25,3
Meget god	865	38,6
Enestående	375	16,7
Ikke relevant	18	0,8
Ubesvaret	163	7,3
I alt	2.241	100

