



Når sygeplejersker visiterer i lægevagten

Marlene Willemann Würgler

Laura Emdal Navne

Dansk Sundhedsinstitut

Februar 2010

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-646-4 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2955

Design: DSI

Forord

I den seneste tid har vi set en skærpet opmærksomhed på kvaliteten og sikkerheden i den danske lægevagtordning. En række tragiske patientsager har givet en stor pressemæssig bevågenhed. Det øgede fokus har ledt til overvejelser om behovet for en reform af den danske lægevagt. Især har der været fokus på kvaliteten i telefonvisitationen, hvor bl.a. graden af akuthed i patienternes henvendelser skal afgøres.

For at kunne danne et bedre grundlag for denne diskussion, har Danske Regioner ønsket en undersøgelse af erfaringerne med telefonvisitation hos vagtlægen i lande med sundhedssystemer, der ligner det danske. Rapporten undersøger erfaringerne fra Holland, England og Sverige, hvor andre faggrupper har ansvaret for visitationen i lægevagten, og hvor organisationen af opgaven er anderledes. Rapporten kan dermed give inspiration til den debat og de overvejelser, der netop nu omgærder den danske lægevagtordning.

Dansk Sundhedsinstitut ønsker at takke de personer og organisationer, som med stor gæstfrihed og engagement har taget imod os i forbindelse med vores dataindsamling i de tre casestudier. Det drejer sig om Sjukvårdsrådgivningen i Malmø, Sverige; en lægevagtordning i Nordengland (anonym) og lægevagtordningen i Nijmegen, Holland. Chef for Sjukvårdsrådgivningen i Malmø, sygeplejerske Mona Zadig, national ansvarlig for 1177 Sjukvårdsrådgivningen, Björn Gustafson, og medicinsk rådgiver i lægevagtordningen i Nijmegen, Sibert Holla, skal have en særlig tak for at bidrage til planlægningen af vores besøg.

Undersøgelsen er finansieret af Danske Regioner og Dansk Sundhedsinstitut. Rapporten er internt reviewet af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Indledning	11
1.1 Baggrund	11
1.2 Formål	12
1.3 Afgrænsning	12
1.4 Metode.....	13
1.4.1 Litteraturstudie	13
1.4.2 Casestudier	13
1.4.3 Metodens begrænsninger.....	15
2. Litteraturstudie.....	17
2.1 Søgestrategi og inklusionskriterier.....	17
2.1.1 Søgning efter litteratur om sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagter	17
2.1.2 Søgning efter litteratur om læger, der visiterer telefonisk i lægevagter	18
2.1.3 Litteratur om Sjukvårdsrådgivningen i Sverige.....	18
2.1.4 Kategorisering af den inkluderede litteratur	19
2.2 Sikkerhed og kvalitet	19
2.2.1 Opsamling	21
2.3 Effektivitet, omkostningseffektivitet og variationer	22
2.3.1 Er det (omkostnings)effektivt at lade sygeplejersker visitere telefonisk?	22
2.3.2 Effektivitet og elektroniske beslutningsstøttereds kab er	23
2.3.3 Variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefoniske visitation	24
2.3.4 Opsamling	26
2.4 Patienttilfredshed	27
2.4.1 Opsamling	27
3. Casestudie: Holland	29
3.1 Holland	29
3.1.1 Det hollandske sundhedsvæsen.....	29
3.1.2 Generelt om lægevagtordninger i Holland.....	30
3.1.3 Lægevagtordningen i Nijmegen (case)	31
4. Casestudie: England	39
4.1 England.....	39
4.1.1 Det engelske sundhedsvæsen	39
4.1.2 Den primære sektor og vagtlæger i England.....	39

4.1.3	En lægevagtordning i Nordengland (case)	40
5.	Casestudie: Sverige	49
5.1	Det svenske sundhedssystem – Region Skåne.....	49
5.1.1	Primærsektoren - almen praksis	50
5.1.2	1177 sjukvårdsrådgivningen i Malmö (case).....	51
6.	Konklusion og diskussion	55
6.1	Hvad viser litteraturstudiet?.....	55
6.2	Hvad viser de udenlandske casestudier?	56
6.3	Diskussion	58
6.3.1	Telefonvisitation som en særlig disciplin	58
6.3.2	Kvalitet og sikkerhed	59
6.3.3	Effektivitet vs. sikkerhed	60
7.	Anbefalinger.....	61
	Litteratur	63
	Bilag 1: Søgetermer og -strategi	67
	Bilag 2: Skema over inkluderede studier i litteraturstudiet	69
	Bilag 3: Litteratur om Sjukvårdsrådgivningen i Sverige.....	73

Resumé

Denne rapport handler om, hvorvidt det er lige så sikkert og effektivt at lade sygeplejersker stå for telefonvisitation i lægevagtordninger, som når læger gør det. Rapporten ser også på, hvordan sygeplejerskers telefonvisitation er organiseret i andre vesteuropæiske lande, og hvad vi kan lære af erfaringerne fra disse lande.

Rapporten konkluderer, at der ikke er grundlag for at sige, at telefonvisitation varetaget af sygeplejersker er mindre sikker og har en ringere kvalitet end lægebaseret telefonvisitation i lægevagtordninger. Det skyldes, at der er mangel på dokumentation for *sikkerheden og kvaliteten* i lægers telefoniske visitation i lægevagtordninger. Samlet set viser rapporten, at telefonvisitation er en disciplin forbundet med risici og usikkerhed, som stiller særlige krav til visitorernes medicinske og kommunikative kompetencer.

Telefonvisitation en særlig disciplin

Det er en hovedpointe i rapporten, at telefonvisitation i en lægevagt er en svær og risikobetonet opgave, som kræver særlige kvalifikationer.

I den hollandske case skelner man skarpt mellem vurdering af akuthed og diagnosticering som to forskellige opgaver, hvor telefonvisitationen overvejende har til formål at vurdere akuthed. De ser i høj grad telefonvisitation som en selvstændig disciplin, der ikke nødvendigvis kræver en lægefaglig uddannelse, men derimod personale (doktorassistenter) med en særlig uddannelse i at telefonvisitere.

I den engelske case skelner personalet mindre skarpt mellem vurdering af akuthed og diagnosticering. Her er argumentet, at både sygeplejersker og læger har kompetencerne til opgaven, forudsat de har den rette træning og evt. elektronisk beslutningsstøtte til at løse opgaven, men at sygeplejersker kan udføre opgaven billigere.

I den hollandske case superviseres telefonvisitorerne (doktorassistenter) af en telefonlæge, som visitorerne kan rådføre sig med i tvivlstilfælde. Telefonlægen skal godkende de opkald, som visitatoren afslutter uden henvisning.

Det er rapportens anbefaling, at telefonvisitation i den danske lægevagtordning i højere grad bliver gjort til genstand for en professionalisering – uanset hvilken faggruppe, der varetager opgaven – hvor der bliver taget mere højde for de særlige vilkår, der er forbundet med telefonvisitation, og for de kvalifikationer telefonvisitation kræver.

Balance mellem sikkerhed og effektivitet

Sikkerhed i telefonvisitationer handler i høj grad om at kunne vurdere graden af akuthed korrekt. Studier viser, at sygeplejersker undervurderer graden af akuthed i patienternes problemer imellem 19 til 41 % af henvendelserne. Vi kan ikke afgøre, om sygeplejersker har sværere ved at vurdere den korrekte grad af akuthed end læger har, fordi der mangler tilsvarende viden om lægers vurdering af akuthed.

Et typisk mål for effektivitet er, hvor stor en andel af telefonopkaldene der kan afsluttes i telefonen. Jo flere henvendelser der kan afsluttes i telefonen, jo mere effektiv er ordningen. Forudsætningen for, at det er sikkert at afslutte et opkald i telefonen er, at graden af akuthed er vurderet korrekt. Det stiller altså særlige krav til korrekt visitation, når en høj andel af telefonopkald afsluttes i telefonen.

Litteraturstudiet viser, at der er en betydelig variation i andelen af telefonopkald, som sygeplejersker kan afslutte i telefonen (fra 27,5 % til 50 %). Til sammenligning afslutter de danske lægevagter omkring 56 % af opkaldene i telefonen. Der mangler viden om, hvor balancen mellem sikkerhed og effektivitet er, når det gælder den mest hensigtsmæssige andel af opkald, der afsluttes i telefonen – og som dermed er det mest effektive og samtidig sikre.

Beslutningsstøtte

I både Holland, England og Sverige benytter sygeplejerskerne forskellige former for beslutningsstøtte til at afgøre, om en patient har brug for at blive tilset af en læge. Litteraturstudiet viser, at sikkerheden formentlig kan øges ved at implementere elektroniske beslutningsstøtteredskaber eller kliniske retningslinjer for telefonvisitation. Desuden kan sygeplejersker, der anvender et elektronisk beslutningsstøtteredskab, afslutte flere opkald i telefonen.

Casestudiet viser, at der er forskellige holdninger til, hvor detaljeret et beslutningsstøtteredskab bør være, dvs. hvor mange spørgsmål visitatoren skal stille. Der er også uenighed om, hvorvidt beslutningsstøtteredskaber kan bruges til at vurdere diagnose og behandling, eller om de udelukkende skal bruges til vurdering af akuthed. Fælles for alle tre undersøgte lande er, at de benytter en form for beslutningsstøtte, og at de mener, at det højner kvaliteten og sikkerheden i telefonvisitationen.

Professionalisering af telefonvisitation

Det er rapportens primære anbefaling, at visitationen i den danske lægevagt i højere grad professionaliseres. Med professionalisering mener vi, at der skal sørges for en bedre dokumentation, beslutningsstøtte, kvalitetsmonitorering, supervision og uddannelse. Det gælder, uanset om det er læger eller sygeplejersker, der skal stå for telefonvisitationen.

Dokumentation: Fundamentet for en bedre uddannelse og monitorering er, at dokumentationen er i orden. Det er derfor rapportens anbefaling, at:

- ♦ Alle telefonsamtaler optages
- ♦ Telefonvisitator systematisk dokumenterer indhold i og udfald af alle telefonsamtaler.

Beslutningsstøtte: Udover at dokumentere indholdet og konklusionerne i samtalerne kan der med fordel indføres et it-system, som kan understøtte den vurdering og de beslutninger, som telefonvisitatoren skal træffe. Derfor anbefaler rapporten, at:

- ♦ Telefonvisitation i højere grad bliver it-understøttet, fx elektronisk journalsystem
- ♦ Telefonvisitator har nem adgang til patienternes journaler fra almen praksis, sygehus og/eller hjemmesygepleje
- ♦ Telefonvisitator direkte kan booke en tid til patienten, hvis han/hun skal til konsultation hos en vagtlæge.

Træning i kommunikation: Litteraturstudiet viser, at kvaliteten i sygeplejerskers kommunikation i telefonvisitationen kan forbedres ved at træne sygeplejerskerne i bestemte kommunikative redskaber. Telefonvisitation kræver helt specifikke kompetencer, og derfor kan alle telefonvisitatorer med fordel gennemgå et omfattende uddannelsesprogram, som træner dem i disse kompetencer. Eksempler på særlige kompetencer er:

- ♦ Evnen til først og fremmest at vurdere grad af akuthed
- ♦ Evnen til at gennemføre en relativ standardiseret struktur i samtalen

- ♦ Aktiv lytning, fx opsummering af patientens sygehistorie
- ♦ Aktiv rådgivning, fx tjekke om patienten har forstået og accepteret rådgivningen
- ♦ Brug af visualisering, selv-test, kontrastbilleder og nonverbal kommunikation.

Desuden bør der løbende være fokus på at efteruddanne telefonvisitatorer.

Kvalitetsmonitorering og supervision: En måde at sikre kvalitet, kvalitetsudvikling og løbende uddannelse af telefonvisitatorer er bl.a. gennem et systematisk monitorerings- og supervisionsprogram. Et sådant program kan fx indeholde følgende elementer:

- ♦ Jævnlig audits af ca. fem tilfældigt udvalgte telefonsamtaler pr. telefonvisitator, hvor deres kvalifikationer vurderes
- ♦ Validerede instrumenter, der måler kvaliteten i kommunikationen i telefonsamtalerne
- ♦ Plan for den enkelte telefonvisitors videre kompetenceudvikling på baggrund af resultater fra audit
- ♦ En kvalitetsorganisation der har til opgave at monitorere samt optimere sikkerheden og kvaliteten i telefonvisitation (og i den resterende del af lægevagttordningen)
- ♦ Integreret læring af utilsigtede hændelser, bl.a. ved at kunne følge patienternes videre færd i sundhedssystemet.

Rapportens metodiske grundlag

Rapporten er baseret på et litteraturstudie og casestudier af lægevagttordninger i vesteuropæiske lande, hvor sygeplejersker eller doktorassistenter står for at telefonvisitere. 12 relevante studier er fundet og gennemgået, og der er gennemført casestudier i lægevagttordninger i Holland, England og Sverige.

1. Indledning

Denne rapport handler om sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagter. Gennem et litteraturstudie og casestudier af udenlandske erfaringer undersøger vi, hvilken betydning det har for sikkerhed, kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed at lade sygeplejersker varetage den telefoniske visitation i lægevagtordninger.

1.1 Baggrund

Både forskere og vagtlæger er enige om, at telefonvisitation er den sværeste og mest risikobetonede opgave i lægevagtordninger (1; 2).

Telefonvisitation ("telephone triage") kan defineres som den proces, hvor en visitator tager imod opkald fra patienter, vurderer hvor akut problemet er, og derefter henviser patienten til et relevant behandlingsniveau. Formålet er at bestemme alvorligheden af et medicinsk problem, hvilken grad af behandling det kræver, samt hvor og af hvem denne behandling skal gives. Et særligt vilkår for telefonvisitation som disciplin er, at visitator ikke kan se og røre patienten (1).

Den primære idé bag telefonvisitation og -rådgivning er at lette adgangen til sundhedsvæsenet. Derfor anvender man i dag telefonvisitation mange steder i verden. Telefonvisitation findes fx i lægevagtordninger, som specialiseret rådgivning for børn (pædiatriske rådgivningslinjer) og i form af telefonlinjer om præ- og postoperativ behandling og telefonrådgivning for patienter med kroniske sygdomme, kræft eller HIV (1).

Generelt kan man tale om tre faser i telefonvisitation (1):

- ◆ I *første fase* indsamler telefonvisitatoren information om det kliniske problem ved at stille spørgsmål til patienten om hans/hendes kliniske tilstand, personlige situation og forventninger (det kunne fx være oplysninger om patienten er sengeliggende, bekymret, angst eller usikker, og om patienten har et ønske om se læge eller få telefonrådgivning). Disse spørgsmål følger en symptomorienteret tilgang, hvor en omhyggelig konstruktion af sygehistorien skal kompensere for, at man ikke kan se og undersøge patienten.
- ◆ I *anden fase* vurderer telefonvisitatoren den kliniske alvor af det problem, som patienten præsenterer, og bestemmer herudfra, hvilken grad af akuthed der er tale om, og hvilken behandlingsgrad der skal henvises til. Visitatoren kan typisk henvise til én af følgende behandlingsgrader:
 1. Telefonrådgivning om, hvad patienten selv kan gøre for at afhjælpe det givne medicinske problem¹. Samtalen afsluttes af visitator i telefonen
 2. Konsultation hos vagtlægen
 3. Hjemmebesøg ved vagtlæge
 4. Ambulance og skadestue.
- ◆ I *tredje fase* dokumenterer telefonvisitatoren, hvad der er blevet sagt til og diskuteret med patienten samt udfaldet af visitationen.

¹ Hvis der gives telefonrådgivning, skal patienten informeres om, hvornår det er relevant at ringe igen ("safety net advice") (1).

Den danske lægevagtordning bygger i dag på en lægebemandet visitationsordning forankret i almen praksis (2). Her er det læger, der står for telefonvisitationen. I nogle af de lande, som Danmark normalt sammenligner sig med, anvender man i stigende grad sygeplejersker til at visitere telefonisk i lægevagten.

Danske Regioner foreslår i et udspil til et nyt akutsystem, at et tværfagligt team (både sygeplejersker og læger) skal stå for telefonisk visitation af borgere, der henvender sig til en akuttelefon. Denne akuttelefon skal erstatte den nuværende lægevagt og fungere som en fælles indgang til mindre akutte helbredsproblemer, dvs. problemer som borgeren normalt ville henvende sig til egen læge med. Det tværfaglige team af visitatorer i akuttelefonen skal vurdere akutheden af patienternes problemer og på den baggrund visitere dem til det korrekte tilbud, fx akutmodtagelse eller sundhedscenter, eller afslutte dem i telefonen med rådgivning om, hvad de selv kan gøre for at afhjælpe deres problem (3).

Danske Regioner har i den forbindelse bedt Dansk Sundhedsinstitut (DSI) undersøge, om det er lige så sikkert og effektivt, når sygeplejersker visiterer telefonisk i en lægevagt, som når læger gør det. Vi undersøger også, hvad vi kan lære af erfaringerne fra de lande, som allerede bruger sygeplejersker til at visitere telefonisk i lægevagter.

1.2 Formål

Formålet med litteraturstudiet er at undersøge:

- ◆ Om der er dokumentation for, at det er lige så sikkert og effektivt, når sygeplejersker visiterer telefonisk i lægevagten, som når læger gør det
 - Har det betydning for sikkerheden, kvaliteten, effektiviteten og patienttilfredshed?

Formålet med casestudier af udenlandske erfaringer er at undersøge:

- ◆ Hvordan sygeplejerskers arbejde med at visitere telefonisk i lægevagter er organiseret og fungerer i praksis
 - Hvad kendetegner deres visitationspraksis?
 - Hvordan modtager sygeplejerskerne lægelig supervision?
 - Bruger sygeplejerskerne elektroniske beslutningsstøtteredskaber i deres telefonvisitation, og hvad er fordele og ulemper herved?
 - Hvordan monitoreres kvaliteten i sygeplejerskers telefonvisitation?

1.3 Afgrænsning

Vi ser udelukkende på sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagtordninger, der er sammenlignelige med den danske lægevagt – i organisatorisk forstand. Desuden inddrager vi "Sjukvårdsrådgivningen", en telefonrådgivningslinje i Sverige, fordi den udgør den eneste telefoniske indgang til lægevagten i Sverige. Det er grundlaget for, at vi skønner Sjukvårdsrådgivningen til at være delvis sammenlignelig med den danske telefonvisitation i lægevagten.

Vi har afgrænset os fra i øvrigt at beskæftige os med telefonvisitation i vagtcentraler og skadestuer samt telefonrådgivning og -visitation i døgnåbne sundhedsrådgivningslinjer (som fx "NHS Direct" og "NHS 24" i England og Skotland). Denne afgrænsning har vi foretaget for at holde et skarpt fokus på telefonvisitation i lægevagtordninger og de organisatoriske og kliniske vilkår, der er forbundet hermed.

1.4 Metode

Undersøgelsens formål belyses ved hjælp af to forskellige metoder: litteraturstudie og casestudier af udenlandske erfaringer.

1.4.1 Litteraturstudie

Formålet med litteraturstudiet er at skabe overblik over den eksisterende dokumentation for effektivitet, kvalitet og/eller sikkerhed i telefonvisitation, der varetages af sygeplejersker i lægevagter.

Vi har gennemført et systematisk litteraturstudie af videnskabelig litteratur, der undersøger effektivitet, kvalitet og/eller sikkerhed samt patienttilfredshed i lægevagtordninger, hvor *sygeplejersker* visiterer telefonisk. Som supplement til litteraturstudiet har vi foretaget en søgning på videnskabelig litteratur, der undersøger effektivitet, kvalitet og/eller sikkerhed af *læger*, der visiterer telefonisk i lægevagter med henblik på at kunne vurdere evt. forskelle i effektivitet, kvalitet og/eller sikkerhed mellem de to faggruppers telefoniske visitation i lægevagter.

Enkelte studier, som ikke opfyldte inklusionskriterierne i litteraturstudiet, indgår alligevel i den afsluttende diskussion, i det omfang vi har fundet dem relevante. Se søgestrategi og inklusionskriterier i kapitel 2.1.

1.4.2 Casestudier

Formålet med casestudierne af udenlandske erfaringer er – så konkret som muligt – at beskrive, hvordan sygeplejerskebaseret telefonvisitation i lægevagter er organiseret og fungerer i praksis.

Vi har gennemført casestudier i lægevagter, der bruger sygeplejersker eller doktorassistenter til at visitere telefonisk i henholdsvis Holland og England.

Som et supplement har vi også gennemført et casestudie i Sverige (Malmö), hvor Sjukvårdsrådgivningen bruger sygeplejersker til at visitere og rådgive patienter telefonisk. Sjukvårdsrådgivningen er en døgnåben telefonrådgivningslinje bemandet af sygeplejersker. Hvis man er syg og har brug for råd udenfor "vårdcentralens" (svarer til almen praksis) almindelige åbningstid, skal man ringe til Sjukvårdsrådgivningen på nummeret 1177². Formålet med Sjukvårdsrådgivningen er at henvise patienterne til det mest passende behandlingsniveau, og hvis det skønnes relevant, kan sygeplejerskerne rådgive patienterne om, hvad de selv kan gøre for at afhjælpe deres helbredsproblem (telefonrådgivning).

Selvom Sjukvårdsrådgivningen i Sverige ikke helt kan sammenlignes med den danske lægevagtordning, har vi valgt at medtage den som case, fordi man som borger ikke direkte kan kontakte "jourmotagningen" (svarer til fysiske lægevagtkonsultationssteder, som har åbent i weekender – nogle med aften- og natteåbent), men skal visiteres fra Sjukvårdsrådgivningen. Sjukvårdsrådgivningen udgør derfor, i modsætning til telefonrådgivningslinjen "NHS Direct"³ (England), ikke et parallelsystem til en lægevagtordning, fordi det er Sjukvårdsrådgivningen, der visiterer patienterne til det, der svarer til konsultationer i lægevagter.

Udvælgelse af cases

Udvælgelsen af de tre cases er sket på baggrund af litteraturstudiet. Vi kontaktede pr. mail korrespondancepersoner fra nogle af de mest centrale inkluderede studier for at få kontaktoplysninger på de lægevagtordninger, hvor de respektive forskere havde gennemført deres dataindsamling. Vi fik hurtigt

² Ved akut, livstruende tilstande skal man ringe 112 eller opsøge nærmeste sygehus.

³ I England kan man både henvende sig med mindre akutte helbredsproblemer til telefonrådgivningslinjen "NHS Direct" og til en lægevagt. Dette betegner vi som et parallelsystem eller et parallelt tilbud.

svar og kontaktede pr. mail de konkrete lægevagtordninger i henholdsvis Holland og England. Pr. mail forklarede vi formålet med vores undersøgelse og spurgte om adgang til dataindsamling i deres organisation. Dataindsamlingen bestod af interviews med forskellige nøglepersoner i lægevagtordningen, herunder visitationssygeplejerskerne, og observationer af sygeplejersker under selve arbejdet med at visitere telefonisk. Denne dataindsamlingsplan blev godkendt af kontaktpersonerne i de respektive lægevagter, og derefter indgik vi aftaler om, hvornår dataindsamlingen skulle finde sted. Al dataindsamling blev gennemført i løbet af december 2009.

I Sverige tog vi direkte telefonisk kontakt med administrationen af den nationale Sjukvårdsrådgivning i Stockholm, som hjalp os med at etablere kontakt til den lokale Sjukvårdsrådgivning i Malmö. Det krævede en del mail- og telefonudveksling at få afklaret, i hvilken udstrækning den svenske Sjukvårdsrådgivning er sammenlignelig med telefonvisitation i den danske lægevagt. Samme aftale om gruppeinterview med sygeplejersker, der visiterer telefonisk og observation af telefonvisitation, blev indgået og gennemført den 10. december 2009.

Interviewpersonerne i de tre cases fik valget mellem at være anonyme eller ej. I Sverige og Holland valgte de ikke at være anonyme, mens den undersøgte lægevagtordning i England valgte at fremstå anonym.

Tabel 1. Oversigt over dataindsamling i de tre cases

Holland	England	Sverige
Al dataindsamling fandt sted i lægevagtordningen i Nijmegen	Dataindsamling fandt sted i en 'non-for-profit' lægevagtordning i Nordengland. Desuden gennemførte vi et enkelt telefoninterview med en sygeplejerske i en lægevagt i Midtengland.	Al dataindsamling fandt sted i Sjukvårdsrådgivningen i Malmö, Region Skåne
Interview med direktør Marion Borghuis	Interview med ledende sygeplejerske og senior sygeplejerske	Personlig kommunikation med Mona Zadig, virksomhedschef, Region Skåne
Interview med læge og medicinsk rådgiver Sibert Holla	Interview med 'Head of GP services'	Interview med Björn Gustafson, tjenesteansvarlig for den nationale Sjukvårdsrådgivning SVR AB
Interview med kvalitetskonsulent Sabine Verheggen	Interview med kvalitetschef	
Fokusgruppeinterview med tre doktorassistenter, der arbejder som telefonvisitatorer	Interview med to sygeplejersker, der arbejder som telefonvisitatorer	Fokusgruppeinterview med fire sygeplejersker, der arbejder som telefonvisitatorer
Observation af doktorassistent, der visiterer telefonisk	Observation af to sygeplejersker, der visiterer telefonisk	Observation af sygeplejerske, der visiterer telefonisk

Desuden har vi gennemført et telefoninterview med en sygeplejerske, der visiterer telefonisk i en lægevagtordning i Midtengland, som også valgte at være anonym.

Interview og observationer

Interviewene har karakter af semistrukturerede interviews, struktureret omkring en interviewguide med primært åbne spørgsmål. De fleste spørgsmål var eksplorative og lagde op til svar af beskrivende karakter, idet vi ønskede at få så konkret en beskrivelse af sygeplejerskernes telefoniske visitationspraksis og organiseringen af den som muligt. Interviewguides havde en generisk struktur i alle tre lande, men blev tilpasset de enkelte landes særlige organisatoriske og praktiske kontekst. Alle inter-

views i Holland og England foregik på engelsk, mens interviews i Sverige hovedsagelig blev gennemført på svensk. Samtlige interview er optaget på bånd og er efterfølgende analyseret ved hjælp af en tværgående tematisk analyse, hvor udsagn er kategoriseret i temaer på tværs af interviewene.

Observationerne blev gennemført med det formål at øge vores forståelse for og indsigt i sygeplejerskernes telefoniske visitationspraksis for bedre at kunne beskrive denne. Rent praktisk blev observationerne foretaget i umiddelbar forlængelse af interviewene i tidsrummet mellem kl. 17 og 21, hvor vi sad med under telefonvisitationerne. Observationerne gav os indsigt i visitationspraksis og de fysiske rammer herfor. Derudover fik vi væsentlig indsigt i brugen af protokoller og elektroniske beslutningsstøtteredskaber, i kommunikative aspekter af telefonvisitation, i patientreaktioner og -tilfredshed og et lille, men illustrativt indblik i sygeplejerskernes telefoniske visitationspraksis i aften timerne. Observationerne gav os en forståelse for, hvordan sygeplejerskers telefonvisitation kan adskille sig fra én organisation til en anden.

1.4.3 Metodens begrænsninger

Det er notorisk vanskeligt at foretage sammenligninger på det komplekse sundhedsområde, og lægevagtordninger eller tilsvarende er ingen undtagelse. Det er særligt vanskeligt, når der er tale om internationale sammenligninger, der ofte vanskeliggøres af historiske, kulturelle og definitoriske forskelle. Af samme grund skal rapportens resultater heller ikke ses som en forslagsliste, der uden videre kan indføres i Danmark. Resultaterne skal snarere give inspiration til de videre overvejelser og diskussioner om fremtidens telefonvisitation i lægevagten i Danmark.

Resultaterne fra casestudierne er ikke generaliserbare. De er derimod beskrivelser af udvalgte eksempler på, hvordan lægevagters telefonisk visitation, varetaget af sygeplejersker, er organiseret, fungerer i praksis, og hvilke særlige problemstillinger der er forbundet hermed. Resultaterne fra casestudierne skal derfor anses som praksisviden, der kan give inspiration til videre overvejelser og diskussioner om, hvordan man i Danmark kan bemande og organisere telefonisk visitation i lægevagter samt monitorere og udvikle kvaliteten og sikkerheden i telefonvisitation.

2. Litteraturstudie

2.1 Søgestrategi og inklusionskriterier

Vi har gennemført to søgninger i to tempi. For beskrivelse af søgeord og -termer henvises til bilag 1.

2.1.1 Søgning efter litteratur om sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagter

Den første søgning skulle identificere litteratur, der evaluerede sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagtsordninger. Vi søgte bredt på telefonvisitation, lægevagt og sygeplejersker for ikke at gå glip af relevante artikler. Vi søgte efter skandinavisk eller engelsksproget litteratur i de på forhånd udvalgte databaser: PubMed (1995-), Cinahl (1995-), Embase (1996-), PsycInfo, SveMed og Google Scholar. Tidsmæssigt er søgningen begrænset til perioden 1995-2009. Denne søgning gav i alt 358 fund. I forbindelse med de foretagne søgninger blev abstracts gennemgået, og relevante artikler blev på denne baggrund identificeret og fremskaffet. Yderligere relevante artikler fandtes ved håndsøgning. Der blev også foretaget citationsanalyse, hvor potentielt relevante artikler blev identificeret ud fra referencelister i allerede erhvervede artikler.

Artiklernes abstracts blev læst for at vurdere, om den enkelte artikel var relevant i forhold til følgende in- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

- ◆ Primærstudier, der undersøger a) effektivitet, b) sikkerhed, c) kvalitet og d) patienttilfredshed, når sygeplejersker visiterer telefonisk i lægevagtordninger.
- ◆ Studierne skal have et klart hovedfokus på sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagter.
- ◆ De i studierne undersøgte lægevagter skal være sammenlignelige med danske lægevagter, dvs. en større organisation, hvor praktiserende læger tilbyder vagtlægehjælp uden for almindelig åbnings-tid (aften, nat og weekend).
- ◆ Studiernes metodiske tilgang kan både være kvantitativ og kvalitativ⁴.

Eksklusionskriterier

- ◆ Reviews. De identificerede reviews blev læst, og deres referencelister undersøgt grundigt (citationsanalyse), men de er ikke selvstændigt inkluderet i denne litteraturgennemgang.
- ◆ Pilotstudier.
- ◆ Studier som evaluerer sygeplejerskebemandede telefonrådgivningslinjer om sundhed (døgntåbne hotlines, fx NHS Direct).
- ◆ Studier af sygeplejersker, der visiterer telefonisk i almindelig åbningstid hos praktiserende læger.
- ◆ Studier af sygeplejersker, der varetager telefonvisitation og -rådgivning rettet mod særlige mål-grupper (fx børnefamilier eller kronisk syge).
- ◆ Studier af sygeplejersker, der visiterer telefonisk i skadestuer/akutmodtagelser.

⁴ Vi har valgt at have brede inklusionskriterier i forhold til studiernes metodiske tilgange for at få så mange forskellige perspektiver på emnet inkluderet.

- ◆ Studier af sygeplejersker, der visiterer telefonisk i vagtcentraler (fx 112; "emergency dispatch centres").
- ◆ Studier af sygeplejersker, der visiterer telefonisk i et organisatorisk set-up, som ikke er sammenligneligt med den danske lægevagt.

I alt vurderede vi 12 studier som relevante i forhold til ovenstående in- og eksklusionskriterier. Bilag 2 indeholder en oversigt over alle de inkluderede studier, der bl.a. inkluderer kommentarer om centrale svagheder og bias ved studierne.

Blandt den fraserterede litteratur er der især fire hovedtemaer: a) studier af sygeplejersker, der visiterer telefonisk eller gennemfører telefonkonsultationer i almen praksis indenfor almindelig åbningstid, b) sygeplejersker, der telefonisk visiterer patienterne i skadestuer/akutmodtagelser, c) sygeplejersker, der yder telefonrådgivning i døgnåbne sundhedshotlines (fx NHS Direct), og d) sygeplejersker, der varetager telefonvisitation og -rådgivning rettet mod specifikke målgrupper som fx børn.

Nogle af de fraserterede studier er relevante for en diskussion af emnet og bliver derfor inddraget i diskussionsafsnittet med mere kortfattede beskrivelser.

Resultaterne af denne første søgning viser, at der eksisterer meget få studier (et enkelt studie), der undersøger, om det er lige så sikkert at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagter, som når læger varetager denne opgave. Derfor gennemførte vi en søgning efter litteratur, der evaluerer læger som telefonvisitatorer i lægevagtsordninger for at frembringe en form for sammenligningsgrundlag.

2.1.2 Søgning efter litteratur om læger, der visiterer telefonisk i lægevagter

Formålet med den anden søgning var at identificere studier, som undersøger aspekter som sikkerhed, kvalitet og effektivitet i lægers telefoniske visitation i lægevagtordninger.

Som ved den første søgning blev der søgt bredt for at øge muligheden for at finde relevante artikler. Søgetermerne fremgår af bilag 1. Igen søgtes efter skandinavisk eller engelsksproget litteratur i baserne PubMed (1995-), Embase (1996-), Cinahl (1995-), PsycInfo (1995-), SveMed (1995-), Cochrane (1995-) og Google Scholar (1995-). Ved denne søgning vurderedes det ved gennemgang af abstracts, at ingen artikler matchede de inklusionskriterier, som også gjaldt for første litteratursøgning, blot lægers telefonvisitation som fokus. Overordnet kan søgefundene kategoriseres i nogle hovedgrupper, som falder udenfor dette litteraturstudies fokus og formål. Disse er følgende:

- ◆ Studier, hvor læger indgår i en supervisorfunktion for visitationssygeplejersker i enten lægevagter eller skadestuer/akutmodtagelser.
- ◆ Studier, som omhandler læger, der visiterer i skadestuer/akutmodtagelser.
- ◆ Studier, som omhandler læger, der rådgiver forskellige patientgrupper eller målgrupper i telefonrådgivninger, hotlines eller lignende.
- ◆ Studier, som evaluerer metoder til oplæring af visitationspersonale, herunder læger.
- ◆ Studier, som evaluerer værktøjer til hjælp ved visitation i lægevagter.

2.1.3 Litteratur om sjukvårdsrådgivningen i Sverige

I bilag 3 gennemgår vi den litteratur om sjukvårdsrådgivningen i Sverige, som vi fandt i litteratursøgningen. Denne litteratur indgår ikke i selve litteraturstudiet, fordi sjukvårdsrådgivningen i Sverige ikke er sammenlignelig med den danske lægevagtsordning. Som det fremgår af metodeafsnittet (1.4), har vi alligevel valgt at bruge den svenske sjukvårdsrådgivning som case, fordi den fungerer som visitation til "jourmottagninger", der minder om de danske lægevagtskonsultationer.

2.1.4 Kategorisering af den inkluderede litteratur

I gennemgangen af litteraturen har vi kategoriseret studierne resultater efter tre overordnede temaer:

- ◆ Sikkerhed og kvalitet
- ◆ Effektivitet og variationer i sygeplejerskers visitationspraksis
- ◆ Patienttilfredshed

Enkelte studier anvender effektmål, der er knyttet an til flere af disse temaer. Studierne resultater bliver beskrevet under de relevante temaer, dvs. hvis et studie både måler på effektivitet, sikkerhed og patienttilfredshed, er det repræsenteret i temaerne om sikkerhed, effektivitet og patienttilfredshed.

2.2 Sikkerhed og kvalitet

Et enkelt randomiseret kontrolleret studie sammenligner sikkerheden i sygeplejerskers vs. lægers telefonvisitation i en lægevagt. To studier undersøger, om det er sikkert at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagten. Et enkelt kvantitativt studie undersøger kvaliteten i den kommunikation, der finder sted, når sygeplejersker/doktorassistenter⁵ telefonvisiterer i hollandske lægevagtordninger.

Et hollandsk observationsstudie af 352 opkald til fire forskellige lægevagter ser på sygeplejerskers evner til at vurdere graden af akuthed korrekt, når de bruger nationale guidelines for telefonvisitation (4). Formålet er at undersøge, om det er sikkert at lade sygeplejersker visitere i lægevagten, og om træning i nationale retningslinjer og sygeplejerskernes kliniske baggrund har betydning for, hvor sikkert de visiterer. Studiet inkluderer i alt 118 sygeplejersker, som tilsammen tager imod 352 opkald fra fem fantompatienter⁶. Opkaldene er baseret på 20 patienthistorier, der på forhånd var designet til formålet. Et ekspertpanel af 7 læger har på forhånd givet alle sygehistorierne én ud af fire grader af akuthed: 1) livstruende – handling nu, 2) akut – handling inden for 1 time, 3) haster – inden for 3 timer, 4) rutine – råd om egenomsorg. Sygeplejerskernes vurderinger af akuthed stemmer overens med ekspertpanelets i 69 % af tilfældene, mens de i 19 % af tilfældene undervurderer akutheden⁷ og i 12,5 % tilfælde overvurderer den. Med andre ord viser studiet, at sygeplejersker vurderer ca. 1 ud af 5 opkald for lavt og 1 ud af 8 opkald vurderes for højt (4).

Studiet viser, at der er sammenhæng mellem, at jo mere trænede sygeplejerskerne er i brugen af nationale retningslinjer, jo oftere vurderer de graden af akuthed korrekt. Sygeplejerskernes baggrund inden for henholdsvis primær- eller sekundærsektoren har ifølge studiet ingen indflydelse på deres evne til at vurdere akuthed (4). Forfatterne konkluderer, at den telefoniske sygeplejevisitation er effektiv, men stiller spørgsmålstejn ved sikkerheden. De understreger, at der *ikke* er dokumentation for, at telefonvisitation varetager af sygeplejersker er mindre sikker end læger, der visiterer telefonisk. Telefonvisitation er i sig selv en usikker disciplin, både når den varetages af læger og sygeplejersker, primært fordi visitationen foregår pr. telefon uden visuel kontakt. For at optimere sikkerheden, når sygeplejersker visiterer telefonisk i lægevagten, anbefaler forfatterne et specielt uddannelsesprogram til visitationssygeplejersker, supervision ved praktiserende læge, der er specialuddannet i telefonkonsultationer, og implementering af elektroniske beslutningsstøtteredskaber (4).

⁵ I Holland er det hovedsagelig doktorassistenter, der varetager den telefoniske visitation i lægevagtordninger. Se kapitel 3 for en beskrivelse af denne faggruppe. I resten af rapporten behandler vi doktorassistenter på linje med sygeplejersker, vel vidende at der er tale om to forskellige faggrupper.

⁶ Med fantompatienter menes simulanter, dvs. at de "patienter", der ringer sygeplejerskerne op under interventionen er en slags skuespillere, der har fået en "sygehistorie", som de er trænet til at spille så virkelighedstro som muligt. De er ikke rigtige patienter. I denne intervention er fem mennesker trænet til netop dette og de præsenterer 20 forskellige "sygehistorier".

⁷ Studiet inkluderede lidt flere livstruende cases, end der typisk vil være i hverdagens visitation.

Et randomiseret kontrolleret studie fra England undersøger, om det er lige så sikkert at lade sygeplejersker visitere telefonisk i en lægevagtordning sammenlignet med lægebaseret telefonvisitation (5). Studiets primære målsætning er at måle, om der er ækvivalens⁸ i antallet af utilsigtede hændelser hos patienter, der ringer ind til henholdsvis en sygeplejerskebemandet telefonvagt (interventionsgruppe) og den eksisterende lægebemandede telefonvagt (kontrolgruppe). Sekundært måler studiet på forskelle i visitationspraksis (niveau for visitation, visitationssted og fejlvisitationer) mellem de to grupper. Fejlvisitationer kommer til udtryk i antal genhenvendelser efter kontakt med lægevagten. Studiets effektmål er: 1) dødsfald inden 7 dage, 2) akut hospitalsindlæggelse inden 24 timer og inden 3 dage efter kontakt med lægevagten, og 3) henvendelse ved skadestue inden for 3 dage efter kontakt (5).

I interventionsgruppen sættes 6 specialtrænede sygeplejersker til at visitere telefonisk i lægevagten om aftenen og i weekender over en periode på et år⁹. Samtlige patienthenvendelser i undersøgelsesperioden indgår i studiet. Samlet modtager lægevagten 14.492 opkald i undersøgelsesperioden, heraf besvares 7.308 opkald af læger (kontrolgruppen) og 7.184 af sygeplejersker (interventionsgruppen). Sygeplejerskerne anvender TAS (Telephone Advice System)¹⁰ i deres visitation, mens lægerne *ikke* bruger dette redskab (5).

Den statistiske analyse af data viser, at antallet af dødsfald efter kontakt med vagtordningerne ligger inden for ækvivalensgrænserne (på 80-125 %), dvs. at dødeligheden er ens i de to grupper. Ligeledes er antallet af akutte henvisninger til sygehus samt skadestuebesøg/akutte indlæggelser indenfor 3 dage efter opkaldet ens i de to grupper. Forfatterne konkluderer, at ordningen med sygeplejerskebemandet telefonvisitation i en lægevagt ikke fører til flere utilsigtede hændelser end den eksisterende lægevagtsordning. Desuden konkluderer de, at telefonisk sygeplejevisitation ved hjælp af TAS er lige så sikkert, som når læger visiterer telefonisk uden brug af TAS. Desuden sandsynliggør resultaterne, at der ved den sygeplejebemandede ordning kan spares lægekonsultationer (5).

Et hollandsk studie undersøger kvaliteten af doktorassistenters/sygeplejerskers kommunikative kompetencer, når de visiterer telefonisk i lægevagtordninger (6). Studiet undersøger også, om der er en sammenhæng mellem kvaliteten i kommunikationen og længde af telefonkonsultation. Syv kliniske cases udvikles af et forskerteam, og scenarierne for disse cases vurderes af et panel af praktiserende læger, i forhold til om de er repræsentative for telefonopkald til lægevagtordninger. Studiet gør brug af 14 inkognito standardiserede patienter (ISP), som ringer til 17 lægevagtordninger og præsenterer de forskellige kliniske cases. De, der vurderer telefonkonsultationerne, modtager en kopi af de optagede telefonopkald og en transskription af samtalen. Vurderingen af visitorernes kommunikative kompetencer foretages ved hjælp af RICE¹¹-kommunikationslisten. Derudover fastsættes længden af hver telefonkonsultation. I alt blev 357 telefonopkald vurderet. Disse opkald blev håndteret af 285 forskellige visitatorer (6).

Studiet viser, at den samlede score for kommunikationen for alle cases i alle lægevagtordninger er 35 % af den maksimalt mulige score (6). Gennemsnitsvarigheden af alle telefonkonsultationer er 201 sekunder (svarer til 3,35 minutter), og der er en positiv sammenhæng mellem længde af telefonkonsultationer og den overordnede score for kommunikation. Desuden viser studiet, at doktorassistentene ikke særlig ofte belyser patienternes bekymringer, og at de indhenter for lidt information om patientens opfattelse af problemet eller om problemets fysiske, emotionelle eller sociale konsekvenser. De giver også ofte information til patienten, uden at tjekke om patienten forstår denne information. Forfatterne konkluderer, at visitatorerne (doktorassistentene): a) kun stiller spørgsmål om få detaljer om

⁸ Studiet er dimensioneret til et ækvivalensniveau for dødsfald for interventionsgruppen på 80-125 % af det tilsvarende niveau for kontrolgruppen.

⁹ Inden for tidspunkterne kl. 18.15-23.15 mandag-fredag og fra kl. 11-23.15 om lørdagen og kl. 8-23.15 om søndagen.

¹⁰ TAS er et elektronisk beslutningsstøtteredskab, der bl.a. skal sikre en systematisk gennemgang af patientens problem.

¹¹ RICE står for: Reason for calling, Information gathered, Care advice and Evaluation of the call.

patientens personlige situation og opfattelse af problemet, b) typisk giver rådgivning til patienten uden efterfølgende at tjekke, om patienten har forstået og accepteret rådgivningen, og c) sjældent bruger færdigheden i at opsummere det, som patienten fortæller om sit kliniske problem. Uddannelse af telefonvisitatorer skal derfor fokusere mere på patientorienteret kommunikation med aktiv lytning, aktiv rådgivning og strukturering af samtalen. Desuden har telefonvisitatorer brug for tilstrækkelig tid til telefonkonsultationer for at realisere en høj kvalitet i kommunikationen. Der er brug for mere forskning for at fastsætte en acceptabel varighed i telefonkonsultationer, der både giver mulighed for effektivitet og kommunikation af høj kvalitet (6).

Samme data som fra ovenstående studie (6) bruges til at vurdere kvaliteten i telefonvisitation i lægevagter (varetaget af doktorassistenter) ved at følge visitationsfaserne og vurdere: a) kvaliteten af de spørgsmål, der bliver stillet til patienternes kliniske tilstand, b) udfald af visitationer, c) indhold i telefonrådgivning, og d) om patienterne bliver rådgivet om, hvornår det er relevant for dem at ringe igen (7). For hvert opkald blev følgende variable registreret som kvalitetsindikatorer: procentdel af obligatoriske spørgsmål stillet; procentdel af punkter i telefonrådgivning; procentdel af obligatoriske spørgsmål stillet i forhold til det samlede antal stillede spørgsmål, samt procentdel af passende råd givet til patienten (7).

Studiet viser, at graden af akuthed i 58 % af alle telefonopkald blev vurderet i overensstemmelse med den vurdering, som ekspertpanelet havde givet. Akuthed blev underestimeret i 41 % af alle telefonopkald og overestimeret i 1 %. Desuden viser studiet, at gennemsnitsscoren for obligatoriske spørgsmål stillet udgør 21 % i forhold til kvalitetsstandard. Svar på obligatoriske spørgsmål blev ikke altid evalueret klinisk korrekt. Kvaliteten af information om, hvad patienten selv kan gøre for at afhjælpe det kliniske problem ("home management"), ligger også konsekvent under standarden. Mange obligatoriske spørgsmål blev ikke stillet til patienterne, og visitatorerne stillede ofte spørgsmål, som protokollen og ekspertpanelet ikke anså for vigtige for at vurdere grad af akuthed. Det betyder, at indhentning af sygehistorien ofte ikke blev udført effektivt. Forfatterne konkluderer, at doktorassistenterne/sygeplejerskerne stiller for få obligatoriske spørgsmål til mest korrekt at kunne vurdere graden af akuthed. De foreslår, at sikkerheden i telefonvisitation måske kan øges ved at bruge elektroniske beslutningsstøtteredskaber (7).

2.2.1 Opsamling

Kun et enkelt studie sammenligner sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation med lægers telefonvisitation i lægevagtsordninger. Dette studie konkluderer, at det er lige så sikkert at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagter som at lade læger gøre det, forudsat at sygeplejerskerne anvender et elektronisk beslutningsstøtteredskab.

De studier, der undersøger sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation uden at sammenligne med lægebaseret telefonvisitation, viser, at sygeplejersker undervurderer graden af akuthed imellem 19 til 41 % af tilfældene. Disse resultater stiller spørgsmålstegn ved sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation. Studierne peger på, at brug af retningslinjer eller elektroniske beslutningsstøtteredskaber sandsynligvis kan forbedre sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation.

På trods af dette resultat er det stadig ikke muligt at påvise, at det er mindre sikkert at lade sygeplejerske visitere telefonisk i lægevagter, fordi der ikke er dokumentation for sikkerheden i lægers telefonvisitation.

Et studie undersøger kvaliteten i sygeplejerskers/doktorassistenteres kommunikation med patienterne under telefonvisitationer. Studiet viser, at kvaliteten i sygeplejerskernes/doktorassistenteres kommunikation i telefonvisitationen var relativ lav, og at jo længere tid et telefonopkald tager, jo bedre er kommunikationens kvalitet.

2.3 Effektivitet, omkostningseffektivitet og variationer

De fleste af de studier, der måler på effektiviteten af sygeplejevisitation, gør det ud fra sygeplejerskernes visitationsmønstre. De måler på andelen af telefonopkald, som bliver afsluttet af sygeplejersker i telefonen, dvs. at patienten udelukkende får telefonrådgivning af sygeplejersken. Telefonrådgivning kan fx bestå af, at sygeplejersken rådgiver patienten, om hvad han/hun selv kan gøre derhjemme for at afhjælpe det givne helbredsproblem¹².

Tre studier undersøger (omkostnings)effektiviteten af at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagtordninger; to studier undersøger sammenhænge mellem effektivitet og brugen af elektroniske beslutningsstøtteredskaber i telefonisk visitation varetaget af sygeplejersker, og to studier undersøger, hvorfor der er variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefonvisitation.

2.3.1 Er det (omkostnings)effektivt at lade sygeplejersker visitere telefonisk?

Det engelske RCT-studie, der sammenligner forskelle i forekomsten af utilsigtede hændelser (død, akutte indlæggelser mv.), ser samtidig på effektiviteten i håndtering af visitationer til praktiserende læge og efterfølgende forskel i brug af lægekonsultationer i den telefoniske sygeplejevisitation i lægevagten (intervention) og den almindelige lægevagtordning, hvor læger visiterer telefonisk (kontrolgruppe) (5). Studiet viser, at 3.581 (49,8 %) af opkald i interventionsgruppen blev håndteret af sygeplejersker uden henvisning til en læge. Sygeplejerskerne kan, hvis de er i tvivl, fortsat viderestille opkaldet til telefonrådgivning ved en læge, men under interventionen blev det samlede antal af telefonrådgivninger ved en læge reduceret med 69 %. Antallet af patienthenvendelser til lægevagtordninger faldt med 38 %, og antallet af hjemmebesøg faldt med 23 % inden for interventionsperioden. Studiet kan samlet set dokumentere en reduktion i arbejdsbyrden for de praktiserende læger på ca. 50 % inden for alle kategorier af lægearbejde, dvs. visitation til telefonisk lægerådgivning, konsultation og hjemmebesøg (5). Samtidig konstaterer studiet, at sygeplejevisitation medfører kortere ventetid for patienter, der ønsker telefonisk rådgivning. Forfatterne konkluderer, at den model for sygeplejevisitation, som er afprøvet i dette studie, er effektiv (og sikker) (5).

Et engelsk randomiseret kontrolleret forsøg undersøger, om sygeplejevisitationen er lige så effektiv i nattetimerne som i aften timerne og i weekenderne (8). Studiet inkluderer 210 borgere, som foretager 223 opkald over en periode på 2 uger, heraf besvares 123 af læger i kontrolgruppen og 100 af sygeplejersker i interventionsgruppen.

Studiet ligger i forlængelse af en tidligere publikation, der dokumenterede en reduktion i lægers arbejdsbyrde ved introduktionen af telefonisk sygeplejevisitation i lægevagten om aftenen og i weekender. Studiet måler antallet af patienter, der senest 3 dage efter telefonvisitationen henvender sig til en praktiserende læge i dagtimerne. Det konkluderer, at sygeplejerskerne ikke afslutter færre, men derimod flere opkald om natten sammenlignet med om aftenen. Antallet af opkald afsluttet af sygeplejersker om aftenen og i weekender er 49,8 %, mens antallet af opkald afsluttet af sygeplejersker om natten er 59 %. Studiet konkluderer, at sygeplejersker, der visiterer telefonisk i en lægevagt, kan håndtere lige så mange opkald om natten som om aftenen og weekenden, uden at det medfører et øget antal henvendelser til almen praktiserende læge op til 3 dage efter visitationen eller et øget antal hjemmebesøg (8).

En analyse af de økonomiske konsekvenser af at erstatte læger med sygeplejersker til telefonvisitation i en lægevagt baseret på resultater fra den engelske RCT (5), der foregik i Wiltshire, fandt et betydeligt besparelspotentiale ved den sygeplejebemandede lægevagt for NHS (National Health Service) (9). Meromkostninger i forbindelse med indførelse af interventionen (uddannelsesprogram samt tids-

¹² Også kaldet "home management", "self care advice", "telephone advice" på engelsk.

forbrug for sygeplejersker, der visiterer) blev anslået til £81.237 svarende til de årlige omkostninger for de lægevagtordninger, der har sygeplejersker til at visitere telefonisk. Analysen af forsøgets data viser, at interventionen fører til besparelser i andre NHS-finansierede sundhedsomkostninger indenfor den sekundære sundhedssektor på £94.422 på grund af færre akutte indlæggelser både blandt voksne og børn. NHS' omkostninger til praktiserende læger blev ligeledes reduceret med £16.928 om året på grund af færre transportomkostninger til hjemmebesøg og færre konsultationer inden for 3 dage efter et opkald. Interventionen er en del af et randomiseret kontrolleret forsøg, og ifølge en efterfølgende analyse af "break even" for NHS, som ser på, hvilke besparelser man skal realisere i "det virkelige liv", for at interventionen kan indføres som et permanent omkostningsneutralt tilbud, vil det kræve, at tilbuddet med analysens antagelser skal medføre en besparelse på 168 sygehusindlæggelser af 2 dages varighed om året. Forfatterne tager dog forbehold for, at resultaterne – på grund af den eksperimentelle setting med kontrolleret protokol og træning af sygeplejerskerne – ikke direkte kan overføres til den daglige praksis (9).

Studiet konkluderer, at telefonisk sygeplejevisitation i lægevagten kan reducere det britiske sundhedsvæsens omkostninger på lang sigt ved fx at reducere antallet af henvendelser på skadestuer. Den største besparelse findes på sygehusniveau. Samtidig understreger studiet, at interventionen ikke er omkostningsneutral for de praktiserende læger, som p.t. betaler for sygeplejevisitationen. Desuden kan interventionen muligvis medføre en reduktion i lægekonsultationer og dermed en lavere indtjening for de praktiserende læger. Derfor kan de praktiserende lægers betalingsvillighed for en sådan intervention muligvis blive reduceret, og NHS bør overveje at give lægerne økonomisk incitament i aflønningen af læger til at indføre interventionen. Omvendt peger studiet på, at interventionen kan betyde fordele for almen praksis i form af forbedring i kvaliteten af service. Men som forfatterne selv bemærker, ligger dette aspekt uden for formålet med en omkostningsanalyse (9).

Det er vigtigt at bemærke, at disse besparelser er fundet i et organisatorisk set-up, hvor patienterne *ikke* kan vælge mellem at henvende sig til en sundhedshotline (NHS Direct), deres egen praktiserende læge eller en lægevagtordning. Et organisatorisk set-up med parallelle akutsystemer vil formentlig udvande de fundne besparelser (9).

2.3.2 Effektivitet og elektroniske beslutningsstøtteredskeer

To studier undersøger sammenhænge mellem effektivitet og brugen af elektroniske beslutningsstøtteredskeer i telefonisk sygeplejevisitation i lægevagter.

Et hollandsk registerstudie undersøger, hvor effektiv telefonisk sygeplejevisitation er, når sygeplejersker henholdsvis bruger og ikke bruger det elektroniske beslutningsstøtteredske TAS (10). Studiet måler dels på tidsforbrug, dels på udfald af visitationer. Disse målinger foretages både i en lægevagt, der *ikke* anvender TAS, og i en lægevagt der anvender TAS, med henblik på sammenligning. Studiet viser en lille forskel i, hvor meget tid der bruges på telefonsamtaler i de to lægevagter. Den gennemsnitlige varighed i lægevagten, der bruger TAS, er 4,6 minutter sammenlignet med 3,9 minutter i den lægevagt, der ikke bruger TAS. Studiet finder desuden en forskel i udfaldet af visitationer mellem de to lægevagter. Flere opkald bliver afsluttet af sygeplejersker/assistenter på egen hånd i den lægevagtordning, der anvender TAS, sammenlignet med den, der ikke gør. Samtaler, der håndteres uden brug af TAS, havde lidt flere henvisninger til en læge, men studiet kan ikke dokumentere, om forskellen rent faktisk skyldes brugen af TAS eller andre bagvedliggende faktorer. Forskellene i antal opkald, afsluttet i telefonen, kan delvis skyldes, at sygeplejerskerne i den lægevagtordning, der anvender TAS, oftere konsulterer en læge undervejs i telefonsamtalen. Resultaterne viser at sygeplejerskerne i lægevagten, der anvender TAS, konsulterer en læge undervejs i 24 % af tilfældene, mens sygeplejerskerne i lægevagten, der ikke anvender TAS, konsulterer en læge i 4 % af tilfældene (10).

Et engelsk retrospektivt observationsstudie af computerregistrerede opkald evaluerer den telefoniske sygeplejevisitation i en lægevagt i Vestlondon i en 6 måneders periode (september 1996-marts 1997) (11). Studiet evaluerer *effektiviteten* af sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagten, når de anvender det elektroniske beslutningsstøtterskab TAS i deres visitation og rådgivning. Desuden undersøger studiet *variationer* i opkaldsvarighed sygeplejersker imellem, når de anvender det elektroniske beslutningsstøtterskab TAS i deres visitation og rådgivning, samt individuelle forskelle i opkaldenes udfald, dvs. henvisningsmønstre (11).

Lægevagten blev etableret i 1996, har 120 ansatte læger og har fra begyndelsen haft sygeplejersker ansat til at telefonvisitere. Studiet er baseret på i alt 10.188 opkaldsregistreringer via TAS over en periode på 6 måneder i 1996 og inkluderer 28 sygeplejersker, hvoraf de 25 hver besvarede mere end 50 opkald¹³. Data indeholder information om patientens alder, køn, opkaldsvarighed¹⁴, symptomer præsenteret og vurderet samt udfaldet af opkaldet (11).

I forhold til effektivitet viser studiet, at sygeplejersker, der bruger beslutningsstøtterskabet TAS, kan håndtere lidt mere end halvdelen af alle telefonopkald til vagtlægen ved alene at rådgive patienten. En tredjedel af patienterne blev visiteret til konsultation hos en vagtlæge, og 15 % af patienterne blev visiteret til at få hjemmebesøg. Om effektivitet konkluderer studiet, at sygeplejersker, der anvender et elektronisk beslutningsstøtterskab i telefonvisitationen, kan levere et effektivt alternativ til praktiserende læger, hvis man med det elektroniske beslutningsstøtterskab opnår at skabe en systematisk ramme, indenfor hvilken de professionelle kan træffe deres beslutning (11).

I forhold til variationer viser studiet, at der er variation i opkaldsvarigheden (range: 4,95 til 8,80 minutter) sygeplejerskerne imellem. Studiet kan ikke dokumentere, at længden af sygeplejerskens erfaring med at visitere og rådgive i lægevagtordninger har indflydelse på variationen i opkaldsvarigheden. Studiet finder ligeledes betydelig variation i henvisningsmønstre, og her kan studiet heller ikke finde direkte årsagsforklaringer på variationerne. Studiet konkluderer derfor, at sygeplejersker, på samme måde som læger, tackler patienternes problemer og deres egen usikkerhed meget forskelligt (11).

2.3.3 Variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefoniske visitation

To studier undersøger årsager til variationer i effektiviteten af sygeplejerskers visitationspraksis, dvs. årsager til, at antallet af telefonopkald, der afsluttes med rådgivning fra sygeplejersken alene, varierer fra sygeplejerske til sygeplejerske.

Et hollandsk registerstudie undersøger, hvilke faktorer der har en signifikant sammenhæng med andelen af telefonopkald, der afsluttes i telefonen af sygeplejersker (telefonrådgivning) eller med efterfølgende returkonsultationer efter at have modtaget telefonrådgivning af sygeplejersker (12). Desuden undersøger studiet, i hvilket omfang henvisninger til hospitaler er påvirket af andelen af telefonopkald, der afsluttes i telefonen af sygeplejersker (telefonrådgivning). Ud fra en kohorte af 4.900 registrerede opkald til én lægevagtordning i Holland blev 2.160 telefonopkald udvalgt, fordi de faldt inden for de 10 mest hyppige henvendelsesårsager¹⁵. Opkaldene blev besvaret af i alt 8 sygeplejersker (12).

Studiet viser, at sygeplejersker i gennemsnit afslutter 27,5 % af alle i telefonen, mens 72,5 % resulterer i kontakt med en praktiserende læge, som fordelte sig således: 16,8 % telefonrådgivning, 65,5 % konsultationer og 17,7 % hjemmebesøg. Studiet viser også, at der er store individuelle forskelle på, hvor mange opkald sygeplejerskerne afslutter i telefonen. De 27,5 % telefonopkald, som sygeplejer-

¹³ Data fra de 3 sygeplejersker, der besvarede under 50 opkald, blev ekskluderet.

¹⁴ Opkaldsvarighed indeholder al den tid, som sygeplejerskerne bruger på at håndtere et opkald, dvs. det fx også inkluderer dokumentation af opkaldet.

¹⁵ Disse er: feber, hoste, opkast, åndenød, ørepine, generelle mavesmerter, ondt i halsen, lavere abdominale smerter, hovedpine og brystsmerter.

skerne gennemsnitligt afslutter i telefonen, dækker over en spredning fra 15,5 % til 39,4 % blandt de 8 sygeplejersker, der deltager i studiet (12).

Telefonopkald afsluttet i telefonen af sygeplejersker (telefonrådgivning) forekommer mere hyppigt i de yngre aldersgrupper, om natten og når det samlede antal præsenterede klager er mindre end tre. 5,4 % af de patienter, der henvendte sig med bryst smerter, blev afsluttet i telefonen af sygeplejersken, mens det samme gjaldt for 47,9 % af patienter med ørepine. Telefonopkald foretaget om natten, ørepine og opkast er positivt korreleret med telefonrådgivning. Modsat er høj alder, mere end to præsenterede problemer, bryst smerter, lokaliserede mavesmerter og åndenød negativt korreleret med telefonrådgivning. Typen af tidligere klinisk erfaring og erfaring fra almen praksis er ikke associeret med telefonrådgivning (12).

Efter at have modtaget telefonrådgivning af en sygeplejerske returnerede 33,8 % af patienterne til en praktiserende læge inden for de første to uger efter kontakten med lægevagtordningen. Andelen af returkonsultationer for patienter, der havde haft kontakt med en vagtlæge, var 26,9 %. Sandsynligheden for en returkonsultation er primært associeret med natlige opkald og typen af det præsenterede problem. Forskellen i andelen af returkonsultationer mellem sygeplejerske- og lægeafsluttede telefonopkald kan skyldes, at sygeplejerskerne i deres telefonvisitation håndterer de mere simple sager selv og henviser de mere komplekse sager til lægerne. Måske reflekterer dette, at sygeplejersker skelner mellem de problemer, der kræver umiddelbar handling, og de problemer der kan vente til lægens almindelige åbningstid. På den anden side kan det også skyldes sygeplejerskernes usikkerhed og behov for at være på den sikre side, eller at patienterne er utilfredse med de råd, de har fået af sygeplejersken (12).

Forfatterne forklarer bl.a. variationerne i sygeplejerskernes visitationsmønstre med, at sygeplejerskerne har forskellige fortolkninger af, hvori deres arbejdsopgave består, og/eller at der er forskelle i sygeplejerskernes individuelle kompetencer til at afslutte et opkald alene (12). Forfatterne mener, at variationerne delvist kan udlignes, hvis man giver sygeplejerskerne systematiske beslutningsstøtteredskaber (fx TAS), men understreger, at variationer aldrig helt kan elimineres. De anbefaler desuden, at man giver sygeplejerskerne de nødvendige kompetencer til at telefonvisitere gennem målrettet træning og efteruddannelse (12).

En skotsk spørgeskemaundersøgelse undersøger årsager til variationer i sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagten (13). Studiet undersøger en hypotese om, at andelen af patienter, som sygeplejersken kan afslutte i telefonen/give telefonrådgivning, afhænger af sygeplejerskernes individuelle syn på risiko (risikoattitude). Studiet inkluderer 211 sygeplejersker og 231.112 telefonopkald. Spørgeskemaet er uddelt til 464 personer, og svarprocenten er på 57 % (13).

Sygeplejerskernes risikoattitude måles ved hjælp af 'Grol instrumentet', som er udviklet til at måle praktiserende lægers holdning til at løbe en risiko i medicinsk beslutningstagning. Grol instrumentet måler i dette studie sygeplejerskers risikoattitude ved hjælp af et spørgeskema, hvor de skal erklære sig mere eller mindre enige i udsagn som fx: *"Når jeg er i tvivl, foretrækker jeg at henvise patienterne videre, frem for at afvente udviklingen"*¹⁶ og *"en NHS sygeplejerske altid må foretrække det sikre frem for det usikre"*¹⁷ (13).

Studiet viser, at der er variationer i sygeplejerskers visitationsmønstre. Andelen af patienter, der blev afsluttet i telefonen, udgjorde gennemsnitligt 16 %. Der var dog meget stor forskel på, hvor mange

¹⁶ Ud af de 211 sygeplejersker, der deltager i undersøgelsen, er 9 % meget enige, 47 % enige, 20 % hverken/eller, 24 % er uenige og 1 % er meget uenig i udsagnet om at henvise frem for at afvente. Dvs. at næsten halvdelen, hvis de var i tvivl, ville vælge at henvise frem for at vente og se, mens under en tredjedel ville være afventende.

¹⁷ Ud af de 211 svarer 7 % meget enig, 32 % at de er enige, 29 % hverken/eller, mens 29 % er uenige, og 2 % er meget uenige.

patienter hver enkelt sygeplejerske afsluttede i telefonen. Der blev foretaget dels en eksplorativ faktoranalyse af sammenhængen mellem de forskellige risikostatemnts og dels en multilevel logistisk regressionsanalyse af sammenhængen mellem visitation til "selfcare" og forskellige faktorer. Disse faktorer var fx tid på dagen, da opkaldet blev modtaget, erfaringsgrundlag i år som sygeplejerske, fra hvilket arbejdssted, og år arbejdet i NHS, risikoattitodefaktoren overordnet, samt patientens køn og alder. Sås der på sygeplejerskens erfaringsgrundlag i antal år som sygeplejerske viste analysen, at en sygeplejerske med mere end 20 års erfaring oftere afslutter patienter i telefonen end én med mindre end 10 års erfaring (95 % CI OR 1.04-1.25). Til gengæld var "antal år som sygeplejerske" som overordnet forklarende variabel ikke statistisk signifikant på det overordnede niveau i analysen. Her var kun "sted hvor erfaringen var opnået" statistisk signifikant (p-værdi 0,025). I under-analysen af sted, hvor erfaringen var opnået, førte "community experience" til færre afslutninger i telefonen (OR 0,90 95 % CI 0,86-0,95). Forfatterne peger på at der er nogle uforklarede indbyrdes sammenhænge i modellen, og at en inklusion af forskelle i case-mix, hvis det havde været muligt datamæssigt, ville have været relevant, da aspekter omkring type og alvorlighed af sundhedsproblemet muligvis kunne have en indflydelse på, hvorvidt patienten afsluttes i telefonen eller ej (13).

Ses der på risikoattituden, viste den eksplorative faktoranalyse af sammenhænge mellem de forskellige risikoattitude statements desuden en dårlig intern reliabilitet i data (Cronbach Alpha 0.40-0.57 mod det anbefalede 0,7-0,9). I den logistiske multi-level regressionsmodel var en del risikostatemnts statistisk signifikante, således at der kunne antydes en sammenhæng mellem risikoattitude og afslutning af patienten i telefonen. Imidlertid tegnede der ikke sig et konsistent billede af de indbyrdes og overordnede sammenhænge mellem de forskellige risikoattitude statements, og derfor skriver forfatterne, at studiet ikke entydigt kan dokumentere, at sygeplejerskers risikoattitude påvirker antallet af patienter, de afslutter i telefonen. Studiets overordnede konklusion er derfor, at der stadig ikke er fundet udtømmende svar på, hvorfor der er så store variationer i sygeplejerskernes beslutningstagen, når det gælder telefonisk visitation i lægevagten (13).

2.3.4 Opsamling

De studier, der undersøger effektiviteten af sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagter, viser overordnet, at det er effektivt at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagter. Der er imidlertid en betydelig variation i andelen af telefonopkald, som sygeplejersker kan afslutte i telefonen (telefonrådgivning): fra 27,5 % til 50 %. Sygeplejerskers telefonvisitation kan medføre en reduktion i lægers arbejdsbyrde og kortere ventetid for patienterne, ligesom det kan medføre besparelser på sygehusniveau på grund af færre akutte indlæggelser og færre henvendelser i skadestuer.

Litteraturen om sammenhængen mellem effektivitet og brugen af elektroniske beslutningsstøttereds-kaber viser, at sygeplejersker, der anvender et elektronisk beslutningsstøttereds-kab (fx TAS), afslutter flere opkald i telefonen sammenlignet med sygeplejersker, der ikke bruger TAS. Opkaldsvarigheden er lidt længere ved brug af elektroniske beslutningsstøttereds-kaber, men forfatterne argumenterer for, at det er mere sikkert med en systematisk tilgang og mere effektivt, eftersom flere samtaler afsluttes af sygeplejersker i telefonen. De pågældende forfattere understreger, at de ikke kan dokumentere, om forskellene rent faktisk skyldes brugen af TAS eller andre bagvedliggende faktorer, som studierne ikke tager højde for, fx tilstedeværelsen af en læge, som sygeplejersken kan spørge til råds under selve telefonopkaldet.

Litteraturen om årsager til variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefoniske visitationspraksis kan kun delvist forklare de fundne variationer. Et enkelt studie forklarer variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefoniske visitation med, at sygeplejersker er mest trygge ved afslutte patienten i telefonen, når det drejer sig om småbørnsforældre og om problemer som ørepine, opkast og hoste, mens de er mere varsomme med at afslutte patienter i telefonen, som præsenterer mere end to pro-

blemer, eller patienter med bryst smerter, lokaliserede mavesmerter eller åndenød. Variationerne kan ikke forklares med type af erfaring, som sygeplejersken har, men et enkelt studie viser, at sygeplejersker med mere end 20 års erfaring afslutter flere patienter i telefonen end sygeplejersker med mindre end 10 års erfaring.

2.4 Patienttilfredshed

To studier undersøger patienternes tilfredshed med sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagter.

Et hollandsk studie har til formål at udvikle et instrument, der kan måle patienttilfredshed i lægevagtordninger, og som kan gøre det muligt at sammenligne patienttilfredsheden på tværs af forskellige lægevagtordninger (14). Måleinstrumentet består konkret i et postomdelt spørgeskema, der blev sendt til 14.400 personer, som havde haft kontakt til lægevagtordningerne inden for de seneste 48 timer. Undersøgelsen har en svarprocent på 52,2 %. I alt er 24 hollandske lægevagtordninger repræsenteret, svarende til $\frac{1}{4}$ af den hollandske befolknings lægevagtservice (14). Indholdsmæssigt berører spørgsmålene tre forskellige niveauer af lægevagtordningen, nemlig telefonsygeplejersker, læger og selve organisationen. Studiet viser, at den overordnede patienttilfredshed med sygeplejerskers telefonvisitation er relativ høj (tilfredshedsscoren fra 7,6-8 i en skala fra 1-10). Der er størst tilfredshed med sygeplejevisitationen blandt patienter, der havde modtaget hjemmebesøg, og lavest tilfredshed blandt patienter, der havde modtaget telefonrådgivning ved en sygeplejerske (14). Forfatterne peger på forbedringspotentialer i arbejdet med sygeplejetelefonvisitation og anbefaler bl.a. uddannelse og træning af sygeplejersker i kommunikation, med fokus på hvordan man beroliger og rådgiver patienten. Derudover opfordrer forfatterne til en skærpet opmærksomhed rettet mod en nem adgang til telefonrådgivning og den generelle information til borgere om lægevagter (14).

Et andet hollandsk studie anvender det nationale spørgeskema, som er udviklet i studiet beskrevet ovenfor. Spørgeskemaundersøgelsen af patienttilfredshed inkluderer 26 forskellige lægevagtordninger og ser på sammenhænge mellem negative patientevalueringer af sygeplejersker, der visiterer telefonisk i lægevagtordningen, og særlige patientkarakteristika (15). Spørgeskemaet blev sendt til 5.239 personer, som har været i kontakt med én af 26 udvalgte lægevagtordninger, og opnåede en svarprocent på 49,3 % (2.583 respondenter). Studiet viser, at der overordnet set er stor tilfredshed blandt flertallet af de adspurgte patienter. Den hyppigste kilde til utilfredshed blandt patienter (35 %) handler om den generelle information, de modtager i lægevagten, eksempelvis informationsfoldere, plakater og stickers med telefonnumre til lægevagtordningen. Studiet viser desuden, at en forudsætning for tilfredse patienter er en forventningsafstemning. Patienter, der på forhånd har en forventning om at blive henvist til lægekonsultation eller hjemmebesøg, men ender med at modtage telefonisk rådgivning fra en sygeplejerske, er mere utilfredse med sygeplejersker, der visiterer telefonisk. Studiet dokumenterer, at patienterne evaluerer sygeplejerskernes telefonvisitation mere positivt, når der er en superviserende telefonlæge til stede (15). På baggrund af disse resultater anbefaler forfatterne, at fremtidige lægevagtordninger, der indfører sygeplejersker i telefonvisitation, er mere opmærksomme på forventningsafstemning, således at der i højere grad bliver overensstemmelse mellem den service, patienterne forventer at få og faktisk får (15).

2.4.1 Opsamling

Studierne dokumenterer en relativ høj patienttilfredshed med sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagten. Der ses en generel høj patienttilfredshed, med højest tilfredshed når visitationen ender med et hjemmebesøg, og lavest tilfredshed når visitationen afsluttes af sygeplejersken i telefonen. De hollandske studier understreger, at patienttilfredshed hænger sammen med patientens forventninger til

kontakten med lægevagtordningen. Hvis patienten forventer at blive visiteret til en konsultation og i stedet bliver afsluttet i telefonen af en sygeplejerske, er der større sandsynlighed for, at patienten er mindre tilfreds.

3. Casestudie: Holland

3.1 Holland

Følgende litteratur og data danner baggrund for den deskriptive analyse af de hollandske erfaringer med en lægevagtordning, hvor det er sygeplejersker/doktorassistenter, som visiterer telefonisk:

- ◆ Giesen P. Quality in out-of-hours primary care in the Netherlands, 2007
- ◆ Kjellberg et. al. Almen praksis som koordinator – en international belysning, 2007
- ◆ Derkx H. For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands, 2008.

Data fra casestudiebesøg i december 2009:

- ◆ Interview med direktøren for Nijmegen lægevagtordning, Marion Borghuis
- ◆ Interview med den medicinske rådgiver (tidligere praktiserende læge) i Nijmegen lægevagtordning, Sibert Holla
- ◆ Interview med kvalitetskonsulent i Nijmegen lægevagtordning, Sabine Verheggen
- ◆ Interview med direktør i Bureau van Campen, Myrna van der Poel
- ◆ Fokusgruppeinterview med tre doktorassistenter, der visiterer telefonisk i Nijmegen lægevagtordning
- ◆ Observationer af en doktorassistent, der visiterer telefonisk i Nijmegen lægevagtordning.

3.1.1 Det hollandske sundhedsvæsen

Det hollandske sundhedssystem er et forsikringsbaseret system, hvor det er lovpligtigt for alle borgere at tegne en privat sundhedsforsikring (16). Sundhedssystemet er delvist finansieret af obligatoriske skattefinansierede forsikringer og delvist af privattegnede sundhedsforsikringer. Stort set alle sundhedsydelser er organiseret i private organisationer og virksomheder. Udbydere af sundhedsydelser kan opdeles i et primært sundhedssystem, der omfatter praktiserende læger, hjemmesygepleje, apoteker og professionsuddannede sundhedsprofessionelle som fx tandlæger og fysioterapeuter. Sundhedssystemet i Holland har traditionelt været udbudsstyret og reguleret fra centralt hold, hvor parlamentet har fastlagt budgetter og principper for de private aktører. Der sker dog i disse år en gennemgribende reform af systemet, som går ud på at ændre det fra at være et udbudsstyret system til et efterspørgselsstyret system med langt mere konkurrence såvel på betalersiden mellem forsikringsselskaberne som på udbydersiden mellem de sundhedsprofessionelle. Dette medfører en decentralisering af styringen til lokale og private aktører (16).

Omdrejningspunktet i primærsektoren er de praktiserende læger, der fungerer som gatekeepere for den resterende del af sundhedsvæsenet. Ligesom i Danmark findes der i Holland også mulighed for at drive praksis alene, i fællesskab med en anden praktiserende læge eller i grupper med flere praktiserende læger. Der er i gennemsnit 0,5 praktiserende læger pr. 1.000 indbyggere, hvilket svarer til en praktiserende læge pr. 1.997 indbyggere. Korrigerer man for læger, der arbejder på deltid, går der 2.350 indbyggere på en fuldtidsarbejdende praktiserende læge. De praktiserende læger honoreres

med en blanding af basishonorering og ydelseshonorering. Et statsligt organ fastsætter maksimumtakster for såvel basis- som ydelseshonorarer (16).

I Holland er der tre indgange til akutsystemet. Man kan som borger ringe 112 (politi, brandvæsen og ambulance), henvende sig på skadestuen eller ringe til vagtlægen, hvis det er uden for egen læges almindelige åbningstid.

3.1.2 Generelt om lægevagttordninger i Holland

Formålet med lægevagttordningen er at varetage henvendelser om akut hjælp, som ikke kan vente til næste dag. Ordningen er tilgængelig dagligt fra kl. 17 til kl. 8 og døgnet rundt lørdag og søndag, og patienterne ringer til lægevagttordningen på et fælles regionalt telefonnummer (17).

Omkring år 2000 omlagde de hollandske praktiserende læger deres lægevagttordning fra små rotationsgrupper til større lægevagtkooperativer, hvor 40 til 250 praktiserende læger indgår, inspireret af positive erfaringer fra især England og Danmark. I dag eksisterer der ca. 130 lægevagttordninger i Holland med et befolkningsunderlag på mellem 100.000 til 500.000 indbyggere. Lægevagttordningerne er placeret i byer og nær ved et hospital, men der ikke noget formelt reguleret patientflow mellem dem (17; 18). Omkring 95 % af Hollands 16 millioner indbyggere har adgang til disse lægevagttordninger (1).

Initiativet til omlægningen kom fra de praktiserende læger selv, fordi de gerne ville reducere deres arbejdsmængde, især i forhold til antallet af vagter i lægevagten (17; 19). Tal fra lægevagttordningen i Nijmegen viser, at de praktiserende læger før omlægningen i gennemsnit arbejdede 800 timer om året som vagtlæger, mens de med den nye ordning i gennemsnit arbejder 240 timer om året som vagtlæger (18). På ugebasis er deres gennemsnitlige vagttid faldet fra 19 timer til 4 timer, deres jobtilfredshed er forbedret, og de praktiserende læger tager flere vagter selv i stedet for at sælge dem (17).

Når patienten ringer til vagtlægen, er det sygeplejersker eller doktorassistenter, der besvarer telefonopkaldet. De visiterer patienterne telefonisk til det mest passende behandlingstilbud. Det primære formål med visitationen er at vurdere graden af akuthed i det helbredsproblem, som patienten præsenterer. Udfaldet af visitationen kan være:

- ◆ at der straks skal tilkaldes en ambulance til patienten
- ◆ at patienten skal henvende sig på skadestuen
- ◆ at patienten får en tid til konsultation hos vagtlægen
- ◆ at patienten skal have et hjemmebesøg af vagtlægen
- ◆ at patienten bliver afsluttet i telefonen og får telefonrådgivning om, hvad han/hun skal foretage sig i forbindelse med det givne problem.

Faktaboks 1. Vagtlægesystemets karakteristika i Holland (17)

- ♦ Vagtlægen åben dagligt fra kl. 17 til 8 og hele weekenden
- ♦ Befolkningsunderlag pr. lægevagtordning fra 100.000 til 500.000 indbyggere
- ♦ Afstande på op til 30 km
- ♦ Vagtlægen placeret tæt på hospital
- ♦ Adgang via et regionalt telefonnummer
- ♦ Sygeplejersker/doktorassistenter varetager den telefoniske visitation
- ♦ Medicinsk uddannede chauffører i identificerbare lægebiler, som er fuldt udstyrede
- ♦ Understøttende informations- og kommunikationsteknologi, der inkluderer elektroniske patient-journer og online forbindelse med lægebiler
- ♦ 50-250 praktiserende læger pr. lægevagtordning med et gennemsnit på 4 timers vagt om ugen
- ♦ Praktiserende lægers vagt er på 6-8 timer

I almen praksis i Holland har det i 50 år været doktorassistenter, der visiterer patienterne telefonisk i de alment praktiserende lægers almindelige åbningstid. Derfor har der aldrig været nogen diskussion, om doktorassistenter eller læger skulle visitere telefonisk i lægevagtordningerne (19).

Doktorassistenternes visitation er understøttet af nationale retningslinjer (protokol) for visitation, og de bliver superviseret af praktiserende læger (fx telefonlæger), som de også kan henvende sig til, hvis de er i tvivl, og som tjekker og autoriserer alle opkald håndteret af sygeplejerskerne (17).

Det tager 3-4 år at blive doktorassistent, afhængig af hvilken uddannelsesmæssig baggrund man har i forvejen. Uddannelsen til doktorassistent er en selvstændig videregående uddannelse, som ikke kræver nogen form for sundhedsfaglig baggrund¹⁸. Doktorassistenter er uddannet specifikt til at arbejde som lægens assistent i almen praksis. Udover at stå for det administrative arbejde i praksis udfører assistenterne i stadig stigende grad forskellige former for undersøgelse af patienterne, fx blodtryksmåling og vaccination. De fungerer også som en slags første kontakt (visitation) til patienter, der henvender sig til den praktiserende læge. Ofte giver doktorassistenten patienterne nogle praktiske råd, som enten helt tilfredsstiller patientens behov, eller som patienten kan efterprøve, før en egentlig konsultation aftales. Gennemsnitligt er der ansat 1,2 doktorassistenter pr. praktiserende læge i den hollandske praksissektor (16).

3.1.3 Lægevagtordningen i Nijmegen (case)

Fakta og organisation

Lægevagtordningen i Nijmegen består i alt af tre fysiske enheder: et hovedlægevagtcenter i selve byen Nijmegen; et mindre konsultationssted i Boxmeer, som er bemandet af en læge, der både varetager konsultationer og hjemmebesøg, samt en enhed i Wijchen, der er bemandet af en læge, som kører på hjemmebesøg. Vi har besøgt hovedlægevagtcentret i Nijmegen, der ligger i en bygning meget tæt på universitetshospitalet i Nijmegen. Lokalerne rummer selve telefonopkaldscentret, reception, konsultationsrum og kontorer til det administrative personale og ledelsen.

¹⁸ En del sygeplejersker vælger at uddanne sig til doktorassistenter, så nogle har i forvejen en sundhedsfaglig baggrund, men det er ikke et krav.

Det er doktorassistenter, som visiterer patienterne telefonisk. Alle telefonsamtaler bliver optaget. Lægevagttordningen har ca. 70 doktorassistenter ansat, hvor de fleste deler deres arbejdstid mellem en almen praksis og lægevagttordningen. Enkelte assistenter arbejder fuldtid i lægevagten. 30 % af doktorassistenterne er tidligere sygeplejersker, der har taget en tillægsuddannelse som doktorassistent. En doktorassistent skal have minimum 2 års erfaring fra en almen praksis eller et hospital for at blive ansat i lægevagttordningen i Nijmegen (18).

Lægevagttordningen har et patientunderlag på 422.000 indbyggere, modtager ca. 122.000 telefonopkald om året og har mere end 230 praktiserende læger tilknyttet. I hovedlægevagttcentret i Nijmegen er der altid tre læger på vagt ad gangen: en telefonlæge, en konsultationslæge og en læge til at køre hjemmebesøg. De praktiserende læger i lægevagttordningen er betalt på timebasis. I 2010 får de 65 € i timen. Det er muligt for de praktiserende læger at hyre en vikar, hvis han/hun ikke vil arbejde i lægevagttordningen. Lægerne roterer i forhold til at være telefonlæge, konsultationslæge og læge, der kører på hjemmebesøg. Det er mest populært blandt lægerne at være den, der skal køre på hjemmebesøg. Hovedparten af lægerne bryder sig ikke om at være telefonlæge. De synes, det er svært, for travlt, usikkert og krævende, men siger samtidig, at de lærer meget af det (19). Se faktaboks 2 om telefonlægens opgaver.

Faktaboks 2. Telefonlægens arbejdsopgaver

- ◆ Tjekker de opkald, som doktorassistenterne har afsluttet i telefonen
- ◆ Giver øjeblikkelig feedback/supervision til doktorassistenter
- ◆ Kan gå ind og udføre konsultationer eller hjemmebesøg ved meget stort arbejdspress
- ◆ Evaluerer hjemmebesøg og ambulancekald
- ◆ Svarer på patienters spørgsmål i telefonen, hvis doktorassistenten finder dette nødvendigt

Det er i weekenderne, der er mest travlt, og derfor er der altid to telefonlæger på vagt i weekenden. (19). Doktorassistenterne er enige om, at der er et vist mønster i henvendelserne. Fra kl. 17-19 er det mest forældre, der ringer om syge børn. Efter kl. 22 er det mest henvendelser fra plejehjem, når sygeplejersken har gået sin runde. Om natten er det oftest ældre mennesker, der ringer – og også en andel patienter med psykiske lidelser. Tidligt om morgenen er det ofte ældre mennesker, der ringer. De har typisk ventet med at ringe, fordi de ikke kan lide at forstyrre vagtlægen om natten. Patienter med hjerteanfald ringer også oftest tidligt om morgenen. Generelt modtager lægevagttordningen flest opkald fra forældre med syge børn og ældre mennesker (20).

Doktorassistenterne har adgang til og bruger en elektronisk patientjournal, hvor de kan se patientens journal fra almen praksis. I december 2009 var det foreløbig kun 30 % af de praktiserende læger, der var tilmeldt den elektroniske journalordning (18).

44,3 % af alle telefonopkald bliver afsluttet i telefonen. Den medicinske rådgiver (læge) estimerer, at en telefonlæge er involveret i mellem 25-33 % af de opkald, der bliver afsluttet i telefonen, enten i form af at rådgive doktorassistenten eller overtage samtalen med patienten (19). 44,3 % af alle telefonopkald bliver visiteret til en konsultation hos lægen, mens 11,4 % visiteres til et hjemmebesøg af lægen. Når doktorassistenterne vurderer, at patienten skal have en konsultation med en vagtlæge, kan hun elektronisk booke en tid til patienten med det samme. Patienten bliver spurgt, om han/hun kan nå at være ved vagtlægen på et bestemt klokkeslæt, og det giver mindre ventetid. Der må maksimalt være en ventetid på 30 minutter for konsultationer hos vagtlægen.

I weekenderne har doktorassistenterne mere ansigt til ansigt kontakt med patienterne, fordi doktorassistenterne fx hjælper lægen med sårpleje i forbindelse med konsultationerne. De står også for en evt. visitation eller supervision af patienterne i venteværelset (20).

Visitationspraksis

Doktorassistenterne vurderer, at de i gennemsnit bruger ca. 5 minutter pr. opkald (20). De visiterer på baggrund af en protokol, som de praktiserende lægers medicinske selskab har udarbejdet (18). Foran sig ved telefonen har doktorassistenterne protokollen liggende. Den beskriver en model for visitation, som beskriver hvert skridt, der er nødvendigt at udføre. Det første skridt handler om at skabe kontakt med patienten, præsentere sig selv, spørge hvad hun kan gøre for patienten og tage styringen i samtalen. Det andet skridt går ud på at finde ud af, hvad det er for nogle problemer, patienten har, og hvad han/hun vil opnå med telefonopkaldet. Protokollen foreslår en række udforskende spørgsmål, som doktorassistenten kan bruge til at få klarhed over, hvad det er patienten vil, og hvilke problemer denne ringer ind med. Derefter er det meningen, at doktorassistenten skal sammenfatte det, patienten har fortalt, indtil patienten er enig i dette resumé. Doktorassistenten fortæller patienten, hvilken konklusion hun er nået frem til, herunder hvilken grad af akuthed (fra 1-5, hvor 1 er det mest akutte og 5 er det mindst akutte) hun er nået frem til, at der er tale om (21). Se tabel 2 om grader af akuthed. Hvis patienten accepterer denne konklusion, er det vigtigt at give ansvaret tilbage til patienterne i de tilfælde, hvor patienten ikke skal have meget akut hjælp. Et eksempel på at give ansvaret tilbage til patienten er, at doktorassistenten siger, at patienten skal ringe tilbage, hvis symptomerne/smerterne bliver værre (21). Tredje skridt er at dokumentere samtalen ved at skrive stikord om indholdet i samtalen ind i den elektroniske journal, hvor også graden af akuthed markeres og dermed udfaldet af visitationen.

Tabel 2. Grader af akuthed ("urgency levels")

Kategori	Navn	Klinisk prioritet
1	Livstruende	Straks
2	Nødsituation	Så hurtigt som muligt
3	Presserende	Inden for et par timer
4	Ikke hastende	Intet tidspres/samme dag
5	Rådgivning	Næste hverdag

Doktorassistenterne synes godt om protokollen, men bruger den ikke ved hvert eneste opkald. Det er ikke alle sygdomme, der står i protokollen. De mest almindelige gør. Protokollen foreslår bestemte spørgsmål, doktorassistenten kan stille til patienten, og der er også en side med forklaringer af en sygdom/tilstand, som de kan formidle videre til patienten. Protokollen medvirker til, at doktorassistenternes visitation bliver rimelig ensartet, men de er selvfølgelig stadig forskellige mennesker, og nogle stiller flere spørgsmål end andre. Protokollen fungerer som en guideline. En test har vist, at doktorassistenterne visiterer forskelligt, men at de alle har samme struktur i samtalen. Ikke alle patienter passer ind i protokollen, og derfor skal de være i stand til at tænke selvstændigt. Det er også vigtigt, at doktorassistenten kan lytte meget opmærksomt til, hvad patienten fortæller. Doktorassistenten skal tage den førende rolle i samtalen, hun skal lede samtalen og være professionel (20).

Det første hun skal spørge til, når en patient ringer, er om der er nogle problemer i relation til ABCD ("airway, breathing, circulation, disability"), dvs. at det allerførste, hun gør, er at tjekke, om der er tale om en livstruende tilstand. Når det er gjort, og det viser sig, at patienten ikke er i en livstruende til-

stand, beder hun om de personlige oplysninger på patienten og går videre med åbne spørgsmål til patientens problem (20).

Telefonlægen skal godkende alle opkald, der ender med at blive afsluttet i telefonen/i telefonrådgivning ("telephone advice"). Hver gang en doktorassistent har afsluttet et telefonopkald og dokumenteret udfaldet, får telefonlægen dokumentationen fra telefonopkaldet vist på sin skærm. Hvis lægen ikke er enig med doktorassistentens visitation, finder han/hun doktorassistenten og taler med hende om det. Lægen er ansvarlig for alt, hvad doktorassistenten gør (20). Desuden skal doktorassistenterne ringe til telefonlægen, når de vil visitere til hjemmebesøg eller til ambulance, for at høre om telefonlægen er enig i den beslutning. Alle telefonsamtaler bliver automatisk vist på telefonlægens computer, så han/hun kan gå dem igennem for at kvalitetssikre. Telefonlægen er fysisk placeret i samme opkaldscenter som doktorassistenterne, men kommunikationen mellem dem foregår primært telefonisk, fordi doktorassistenterne ofte har en patient ventende i røret, når de ringer til telefonlægen. Grunden til at telefonlægen skal godkende visitationer til hjemmebesøg er, at hvis lægen kommer hjem til patienten og finder ud af, at dette hjemmebesøg ikke var nødvendigt, så er det i sidste ende telefonlægen, der er ansvarlig for denne visitation. På den måde undgår man, at lægerne bliver irriterede over doktorassistenternes visitationer/beslutninger (18). Hvis en patient ringer for anden gang inden for 24 timer, skal de også ringe til telefonlægen – og i sådanne tilfælde skal de være ekstra opmærksomme på, om de har overset noget, fordi der tydeligvis er noget, som patienten ikke er tryk ved (22).

Den medicinske rådgiver i lægevagtordningen estimerer, at doktorassistenterne ringer til telefonlægen i forbindelse med 12-13 % af samtlige telefonopkald. Hertil kommer opkald til telefonlæger, når de vil visitere patienten til et hjemmebesøg (19).

Direkte adspurgt om, hvad de godt kan lide ved at arbejde med telefonvisitation, svarer doktorassistenterne, at de godt lide arbejdet, fordi (20):

- ◆ de kan hjælpe folk hurtigt
- ◆ der er variation i de problemer, patienterne ringer ind med
- ◆ de skal være opmærksomme
- ◆ de skal rådgive patienter
- ◆ de lærer noget nyt hver dag, om hvordan de skal vurdere patienten
- ◆ arbejdet er selvstændigt
- ◆ der er en kort patientkontakt
- ◆ der er et godt samarbejde mellem læger og doktorassistenter.

Doktorassistenterne oplever, at de fleste patienter er tilfredse. Patienterne er tilfredse, når doktorassistenten fx tager sig god tid til dem og/eller giver dem et godt råd, der virker. Patienterne er derimod mindre tilfredse, når de ikke kan komme til en konsultation med det samme, fx ved en sportsskade, som doktorassistenten vurderer godt kan vente til næste dag (egen læge), eller når doktorassistenten giver et råd til patienten om at se tiden an og vente et par dage, fx ved ørepine (20).

Vanskeligheder og ulemper ved telefonvisitation

Det kan være vanskeligt at håndtere telefonkontakter med vrede patienter. Som oftest er vrede patienter dem, der ikke får det, de vil have (fx en konsultation), og som ikke vil acceptere doktorassistenternes rådgivning (20).

Doktorassistenterne giver udtryk for, at det er vanskeligt at visitere telefonisk, når de ikke kan forstå, hvad der bliver sagt. Det kan fx være, når patienten taler et andet sprog, når patienten ikke kan forklare hvad problemet er, eller når det bare ikke er klart, hvad problemet er. For det meste håndterer de vanskelighederne ved at give patienten en konsultation hos lægen for at være på den sikre side. I de tilfælde, hvor patienten ikke udtrykker, hvad problemet er, kan en løsning være at stille patienten videre til telefonlægen, fordi patienterne nogle gange siger nogle andre ting til en læge end til en doktorassistent. Det kan også være vanskeligt at visitere, når patienter ringer ind med brystmerter, fordi det er et 'tricky' alarmsymptom. Generelt giver doktorassistenterne udtryk for, at de ikke løber nogen risici, at de kender deres grænser og sender patienten videre til telefonlægen, når de når deres grænse (20).

Ifølge den doktorassistent, som vi observerede, er doktorassistenterne mere forsigtige med syge børn, så de får hurtigere en konsultation hos lægen, men samtidig har de i baghovedet, at alle børn med feber ikke kan få en konsultation. De tager også hensyn til, hvis patienten/forælderen er meget bekymret og gerne vil ses af en læge, så er de mere tilbøjelige til at visitere til konsultation.

Direktøren for den virksomhed, der bl.a. gennemfører audits af doktorassistenternes telefonvisitation, vurderer, at doktorassistenterne bliver usikre på deres visitationsbeslutninger, når situationerne er for komplekse, når der er sprogbarrierer, og når patienterne er så emotionelle, at det tilslører deres fortælling/historie. De anbefaler doktorassistenterne at estimere en højere grad af akuthed for at være sikker, når der fx er sprogbarrierer. Desuden siger samme direktør, at visitationsprotokollen ikke skal overtage doktorassistenternes evne til at tænke selv. Den er et instrument, som kan hjælpe, men skal ikke overtage al selvstændig tankevirkomhed (21).

De fleste doktorassistenter er meget bevidste om de risici, de tager. De er tilbøjelige til at give mere behandling snarere end at give mindre end nødvendigt. Der er altid en risiko for, at man fejlbedømmer, men hvis man følger protokollen, udfører man sit job korrekt. Det er bedre at overestimere akuthed end at underestimere den. Det er også vigtigt for doktorassistenterne, at der er en tilgængelig læge. Hvis der ikke er en læge til stede, er det sværere for doktorassistenterne at estimere akutheden, og så er de mere tilbøjelige til at overbehandle. For doktorassistenternes følelse af sikkerhed er en model som den i Nijmegen den bedste, fordi der altid er en telefonlæge til stede (21).

Det kan også være en ulempe for doktorassistenterne, at de praktiserende læger i lægevagtordningen er så forskellige. Nogle læger kan godt lide telefonvisitation og andre kan ikke. Lægerne har den seneste tid modtaget mere telefontræning, og det gør samarbejdet mellem læger og doktorassistenter nemmere og bedre. Nu kender lægerne til doktorassistenternes spørgsmål, og de ved, hvordan de kommunikerer. Nogle gange, når doktorassistenterne er sikre på, at patienten skal visiteres til et hjemmebesøg, bliver lægen ved med at stille en masse spørgsmål, fx om patienten ryger eller har for højt blodtryk. Ifølge doktorassistenterne er det ikke oplysninger, som er relevante for vurdering af akuthed. De mener, at lægerne skal forstå, at doktorassistenterne ikke tænker i diagnoser, men udelukkende er trænet til at vurdere akuthed (20).

Elektronisk beslutningsstøtteredskab

I lægevagtordningen i Nijmegen anvender doktorassistenterne (endnu) ikke et elektronisk beslutningsstøtteredskab, fordi de ikke er overbeviste om, at det giver en bedre kvalitet i visitationen. Måske indfører de et sådan redskab om 3-5 år, men lige nu mener de, at det er godt nok at visitere på baggrund af en protokol og en telefonlæge (18). Kvalitetskonsulenten kritiserer de elektroniske beslutningsstøttesystemer for at have en meget lang liste af spørgsmål, som doktorassistenten skal stille for at komme frem til en visitationsbeslutning. Hun er ikke imponeret over systemet og er usikker på, om det virker. Hun er også i tvivl om, hvor godt et elektronisk beslutningsstøtteredskab er sammenlignet

med det system, de har nu. Men i Holland er der aktuelt en diskussion i gang om indførelsen af et sådan system som en national guideline (22).

Direktøren for Bureau van Campen kan både se fordele og ulemper ved et elektronisk beslutningsstøtteredskab. På den ene side er der en risiko for, at assistenterne stopper med at tænke selv, på den anden side kan sådan et redskab være en god ting, hvis det er godt integreret, fordi det kan være en hjælp. Men mange assistenter er tilbøjelige til at overbehandle, når de bruger et elektronisk beslutningsstøtteredskab (21).

Uddannelse i telefonvisitation

Der er sket en professionalisering af visitationsfunktionen gennem de sidste 10 år, siden lægevagttordningen blev omorganiseret (18).

Det er en privat virksomhed, Bureau van Campen¹⁹, som uddanner doktorassistenterne i telefonvisitation. Det tager ca. 1-1,5 år at blive certificeret visitationsassistent ("triage assistant"). Uddannelsen indeholder en medicinsk del; de skal kende telefonguiden og niveauer af akuthed udenad, og så skal de bestå en praktisk kommunikationstest. Under uddannelsen af doktorassistenter bruger de skuespillere som "mystery patients", dvs. skuespillerne ringer ind og spiller patienter med forskellige problemstillinger/symptomer. Det er muligt at stoppe samtalen undervejs og give doktorassistenterne gode råd til, hvordan hun skal gribe samtalen an (21).

Den vigtigste del af uddannelsen i telefonvisitation er den strukturerede måde at arbejde på. Det er svært at lære ikke at stille for mange spørgsmål – og alle spørgsmål skal stilles, fordi man har en grund til det. En tommelfingerregel for doktorassistenterne er, at hvis de har stillet 7 spørgsmål og stadig ikke er klar over, hvad de skal gøre, så skal de henvende sig til telefonlægen²⁰.

Måden man stiller spørgsmål på er også vigtig. Man skal starte med åbne spørgsmål, så patienten kan fortælle deres historie først. En anden svær ting er at opsummere patientens fortælling om problemet. De fleste doktorassistenter opsummerer rigtig godt set ud fra et medicinsk synspunkt, men ud fra et kommunikativt synspunkt har de sværere ved det. Doktorassistenterne bliver trænet i hvilke sætninger, der er gode til at påbegynde en opsummering, og i hvad de kan sige for at præsentere deres konklusion og rådgivning, så patienten kan forstå det (21).

Det er også vigtigt at uddanne doktorassistenterne i, hvordan de bedst muligt håndterer vrede patienter. Hvis en patient ringer ind og siger, at han vil have en konsultation med lægen nu, så kan doktorassistenten fx sige: *"Jeg kan høre, at du er bekymret, men lægen kan ikke gøre noget ved lige nu, men du kan gøre flere ting ved det selv. Vil du have mig til at give dig nogle råd til, hvad du selv kan gøre?"* Hvis patienten bliver meget vred, så skal doktorassistenten give patienten en konsultation og skrive en note til lægen, så han/hun kan fortælle patienten, at næste gang skal han/hun lytte til doktorassistenten, for hun er en veluddannet professionel. Patienterne bliver typisk vrede, når de forventer at få en specifik ydelse, fx en konsultation, og de så bliver afsluttet i telefonen med rådgivning (21).

Når en doktorassistent skal starte som visitationsassistent i lægevagttordningen i Nijmegen, skal hun igennem et omfattende introduktions- og træningsprogram. Inden hun får lov at visitere selvstændigt, bliver hun testet af en praktiserende læge (22).

¹⁹ Der findes adskillige virksomheder som denne, der bl.a. uddanner doktorassistenter specifikt i at visitere telefonisk i en lægevagtt. Direktøren i Bureau van Campen er kandidat i hollandsk sprog og litteratur, mens de øvrige medarbejdere er uddannet inden for kommunikation og adfærd (fx psykologer).

²⁰ To skoler: mange spørgsmål vs. få spørgsmål.

Telefonvisitation som en særlig disciplin

Direktøren for Bureau van Campen understreger, at telefonvisitation er en særlig disciplin: *"Triage is a specialisation."* (21). Det er ikke alle doktorassistenter eller sygeplejersker, der kan lide at visitere telefonisk. Telefonvisitation kræver, at man har et helikopterperspektiv. Ikke alle personer har den kompetence, og de vil formentlig heller ikke kunne lide at visitere telefonisk. Det er også vigtigt, at man kan lave et billede af patientens situation (visualisering) (21).

Alle visitationssamtaler starter med et spørgsmål, der skal afgøre, om patientens tilstand er livstruende og derfor behøver øjeblikkelig hjælp (jf. ABCD). Disse spørgsmål er baseret på alarmsymptomer. Hvis der ikke er tale om en livstruende tilstand, skal der stilles flere spørgsmål om graden af akuthed. Når der tale om en lavere grad af akuthed, skal der stilles mange spørgsmål for at afklare, om det fx er sikkert blot at give patienten telefonrådgivning. Fx når det gælder et barn med feber, så skal der mange spørgsmål til for at opnå en sikkerhed om, at barnet ikke skal ses af en læge, men at forældrene blot kan give det noget smertestillende og se tiden an (19).

En vigtig pointe er, at det ikke er nødvendigt at kende patientens diagnose, men udelukkende hvilke alarmsymptomer patienten har. Læger er uddannet til at stille spørgsmål rettet mod diagnoser – er det fx mæslinger eller skoldkopper, barnet har. For sygeplejersker/doktorassistenter, der er visitationsassistenter, er det ikke vigtigt at diagnosticere, for de er trænet i at vurdere akuthed. Der er stor forskel på at vurdere akuthed og at diagnosticere. Fx hvis en patient ringer ind med brystsmerten, så vil læger typisk også spørge ind til, om patienten ryger og har for højt blodtryk for at estimere en risiko for en diagnose, mens doktorassistenterne vurderer akutheden, om patienten skal ses af en læge, og i så fald hvor hurtigt det skal ske (19).

Den mest centrale forskel på læger og doktorassistenter, der visiterer telefonisk, er, at lægerne er vant til at diagnosticere eller tænke i diagnoser, og det er svært for dem at ændre, så de vurderer akuthed. *"The doctor always makes his questions on behalf of his diagnosis, it is in his training to ask these questions, and it is difficult for him to think only in urgency."* (19).

Direktøren for lægevagtordningen i Nijmegen mener ligeledes, at doktorassistenter er bedre til at visitere telefonisk end læger, måske fordi de bruger lidt længere tid på telefonsamtalen: ca. 5 minutter, og fordi de er bedre til at stille de rette spørgsmål. Doktorassistenterne er også gode til at visitere i telefonen, fordi mange af dem gør det samme i dagtiden hos en praktiserende læge (18).

Monitorering af kvalitet

Lægevagtordningen i Nijmegen har en kvalitetsafdeling, hvor de bl.a. beskæftiger sig med uddannelse af doktorassistenter til telefonvisitation, kvalitet generelt og privathed fx i forhold til elektroniske medicinske journaler og klager.

Bureau van Campen har udviklet en model til at foretage en audit af visitationssystemet. En gang om året udvælger bureauet fem telefonsamtaler pr. doktorassistent og laver en audit på dem (21). Denne audit indebærer, at doktorassistenterne bliver testet i en medicinsk test og i deres kommunikative færdigheder i telefonen, fx om de hilser ordentligt på patienten, laver de en opsummering af patientens problemer, giver de patienten rådgivning, og sørger de for at tjekke, at patienten forstår dette råd? Tjekker de også om patienten er enig i dette råd? Koordinationsassistenten, som er en doktorassistent med specialfunktioner, udvælger tilfældigt fem telefonopkald, som hun går igennem ved hjælp af en test på 38 spørgsmål. Hver telefonsamtale bliver scoret i forhold til disse 38 spørgsmål. Efter denne test holder koordinationsassistenten et feedback-møde med den pågældende doktorassistent, hvor scorerne bliver formidlet, og hvor doktorassistenten får at vide, hvad hun kan gøre bedre. Til sidst får hun tildelt en kompetenceprofil (22).

Lægevagtordningen modtager ca. 40 klager om året ud af de 122.000 kontakter, de har. Telefonvisitation anses for at være den mest farlige del af opgaverne i lægevagtordningen, men de fleste klager handler om lægerne, behandling og fejlvurdering. Ca. 25 % af klagerne er rettet mod visitation (19). Når der kommer en klage, starter kvalitetskonsulenten med at skrive et brev til klageren. Hvis det ikke er klart, hvad klagen går ud på, eller der er tvivl, om klagen er seriøs, ringer hun til patienten. Derefter starter undersøgelsen af klagesagen. Hvis det er en klage om visitationen, aflytter hun båndet med telefonsamtalen sammen med den pågældende doktorassistent. Klagerne relateret til den telefoniske visitation handler typisk om, at patienten ikke føler sig taget seriøst, eller at patienten ikke fik det hjemmebesøg, som han/hun gerne ville have haft. Når kvalitetskonsulenten hører den bandede telefonsamtale, kan hun ofte høre, at patienten rent faktisk blev taget seriøst, men at patienten og doktorassistenten havde en forskellig vurdering af akuthed. Kvalitetskonsulenten hører, hvad patienten siger, og hvad lægen eller doktorassistenten siger om den pågældende sag. Derefter skriver hun et brev til patienten og lægger et brev ved fra lægen eller telefonlægen/doktorassistenten. Når brevet er sendt, ringer hun til patienten for at høre, om de er tilfredse med brevet. Nogle gange er de meget tilfredse med at blive hørt. Hvis et brev ikke er nok, tilbyder kvalitetskonsulenten arrangere et møde mellem patienten, lægen, kvalitetskonsulenten og den medicinske rådgiver (22).

En af arbejdsopgaverne for den medicinske rådgiver er at analysere ting, der går galt, så medarbejderne i lægevagtordningen fremover kan lære af det. Eksempler på ting, der går galt, er, når akutheden bliver fejlvurderet (19). 4-5 gange om året afholder kvalitetsafdelingen interne uddannelsesaktiviteter. Det kan fx være undervisning i cases, som gik galt, eller emner som børn med feber, psykiatriske lidelser, åndedrætsbesvær m.fl. (22).

Fremtidige perspektiver

I 2011 skal lægevagtordningen integreres med skadestuen på det regionale hospital²¹. Lægevagtordningens telefonvisitation skal fungere som gatekeeper for både lægevagtordningen og skadestuen. Til den tid kan borgerne ikke længere henvende sig direkte på en skadestue, de skal visiteres først. Aktuelt er det sådan, at 80 % af de borgere, der henvender sig på en skadestue, kunne have henvendt sig til vagtlægen og få deres problem håndteret der (18).

Det hollandske sundhedsministerium vil formentlig i den nærmeste fremtid indføre et nationalt elektronisk visitationssystem ("Dutch triage system"), som er et elektronisk beslutningsstøtterskab, der skal anvendes i både lægevagtordninger, vagtcentraler (ambulancetjeneste) og skadestuer. Sundhedsministeriet vil gerne have et fælles visitationssystem for alle tre indgange til akutsystemet (19).

Der er mangel på doktorassistenter i Holland, og derfor overvejer Bureau van Campen, om det er muligt at uddanne personer uden en medicinsk baggrund til at visitere telefonisk i lægevagter (21).

²¹ Et hollandsk studie undersøger forskelle i effektivitet og i patient- samt medarbejdertilfredshed i integrerede akuttilbud vs. separate akuttilbud (to lægevagter og to skadestuer) (23).

4. Casestudie: England

4.1 England

Følgende litteratur og data danner baggrund for en casebeskrivelse af konkrete engelske erfaringer med at lade sygeplejersker visitere telefonisk i lægevagten:

- ◆ Kjellberg et al.: Almen praksis som koordinator – en international belysning, 2007
- ◆ Foster et al.: Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations, 1999
- ◆ O’Cathain et al.: The effect of attitude to risk on decisions made by nurses using computerised decision support software in telephone clinical assessment: an observational study, 2007
- ◆ www.nhsdirect.nhs.uk

Data fra casestudiebesøg i Nordengland i december 2009:

- ◆ Interview med ledende sygeplejerske og senior sygeplejerske, ansat i en lægevagt i Nordengland
- ◆ Interview med ledende praktiserende læge ("Head of GP services"), ansat i en lægevagt i Nordengland
- ◆ Interview med sygeplejerske ("Head of governance"), ansat i en lægevagt i Nordengland
- ◆ Interview med 2 sygeplejersker, ansat i telefonvisitationen i en lægevagt i Nordengland
- ◆ Observationer af 2 sygeplejersker, der visiterede telefonisk fra kl. 17-19.30 i en lægevagt i Nordengland.

4.1.1 *Det engelske sundhedsvæsen*

Det engelske sundhedsvæsen har siden 1948 været organiseret i National Health Service (NHS) (16). NHS er centralt styret af Sundhedsministeriet, som sætter de overordnede strategiske rammer for NHS' virke. Sundhedsministeriet er med andre ord øverste beslutningsmyndighed, som afgør, hvordan sundhedsvæsenet er organiseret, finansieret og styret. Ud fra et argument om, at kendskab til lokale behov er altafgørende for at vurdere hvilke sundhedsydelser, der skal udbydes lokalt, er ansvaret her for netop lagt ud til de lokale "Primary Care Trusts" (PCT). Ansvaret omfatter bl.a. hospitalsbehandling, psykiatri, praktiserende læger og praktiserende speciallæger, patienttransport m.m. En PCT dækker i dag et befolkningsgrundlag på mellem 200.000 og 500.000 mennesker (16).

Det engelske sundhedsvæsen er funktionelt opdelt i en primær og sekundær sektor. Ideen med den primære sektor er overordnet, at borgeren skal have direkte adgang. I denne rapport redegør vi kun for organiseringen af primærsektor, fordi lægevagten hører ind herunder.

4.1.2 *Den primære sektor og vagtlæger i England*

Den primære sektor udgøres af følgende aktører:

- ◆ Walk-in centres: 66 walk-in centres som drives af sygeplejersker. Behandler mindre sygdomme og skader. Der er adgang direkte fra gaden.

- ◆ Treatment Centres, bemandet af både læger og sygeplejersker, åbent uden for lægens almindelige åbningstid.
- ◆ NHS Direct: en døgnåben og sygeplejerskebemandet telefonservice, der giver information og hjælp til selvhjælp samt vejleder om hvilke instanser, man skal tage kontakt til for evt. videre behandling.
- ◆ Praktiserende læger: foretager generel behandling og virker som gatekeepere i forhold til speciallæger og ydelser i den sekundære sektor.
- ◆ Akut behandling: finder sted både i den primære og sekundære sektor. Der er mulighed for at tage kontakt til en lægevagt, mulighed for at anvende walk-in centre eller 'treatment centre' samt adgang til ambulance og hospitalsbehandling.
- ◆ Tandlæger, øjenlæger og apoteker.

De lokale PCTs råder over 80 % af NHS' samlede budget og virker som lokalt forankrede bestillermyndigheder (16).

De lokale PCTs har ansvaret for, at der findes en lægevagtordning i det område, de dækker. Tidligere var det de praktiserende læger, der havde ansvaret for, at deres patienter havde adgang til en læge også uden for almindelig konsultationstid. Mange læger løste opgaven ved at lægge den ud til firmaer og kooperativer – fx gik de sammen med andre læger i større sammenslutninger.

I 2004 blev de praktiserende læger fritaget for ansvaret for lægevagtservice, da NHS og lægeforeningen blev enige om en ny struktur. Efter ønske kunne lægerne slippe for lægevagtarbejdet og ansvaret, hvilke 90 % af dem sagde ja tak til. Herefter blev det den lokale PCT, der overtog ansvaret for lægevagtordningen.

Omlægningen har betydet en lille nedgang i de praktiserende lægers indtægt, ca. 56.000 kr. i årlig indtægt. Alligevel synes lægerne glade for at fralægge sig ansvaret for lægevagtordningen. I England ønsker et stigende antal praktiserende læger i dag at arbejde på deltid (26,7 % i 2005) (16).

4.1.3 En lægevagtordning i Nordengland (case)

Organisation og procedure

Vi har besøgt en uafhængig organisation, som leverer lægevagtsydelser for NHS i flere lokalområder i Nordengland. Lægevagtordningen leverer vagtlægeservice i flere distrikter.

Organisationen begyndte som en almindelig lægevagtordning, dvs. en sammenslutning af forskellige almen praktiserende læger, der dækkede hinandens aften- og nattevagter ind på skift. Men i dag er den en non-profit organisation finansieret af NHS Primary Care Trust med sygeplejersker ansat til at visitere i telefonen. Før oprettelsen af denne ordning var der 80-90 læger på vagt i weekenden til at dække det lokale område, som i dag af denne organisation dækkes af 5 læger i vagt suppleret af sygeplejersker i telefonvisitation (24).

Hvert 3. år skal kontrakten med den lokale PCT genforhandles, og organisationen er her i konkurrence med både for-profit og non-for-profit organisationer om at levere den bedste og billigste ydelse for PCT (24).

Visitationspraksis

Når en patient prøver at ringe til sin egen læge efter kl. 18.00, bliver vedkommende automatisk stillet om til lægevagtordningen. Dernæst er proceduren følgende:

Trin 1: Call Handlers

En såkaldt 'call handler' (non-clinical person) sidder ved telefonen og foretager første niveau af visitation.

Call handlers noterer patientens navn, personnummer, adresse, læge osv. og får oplysninger om patientens problem/henvendelsesårsag. Call handlers benytter et computersystem, der stiller 5 spørgsmål, der skal udelukke, at der er tale om noget alarmerende, om de har åndenød, brystmerter eller andet, som kræver ambulance. Herudfra foretager computersystemet en førstehåndsvurdering af, hvor akut patientens problem er, og sættes i kø til sygeplejerskevisitation. På dette niveau af visitationen opereres der kun med to overordnede kategorier: 1) 'Urgent', dvs. patienten skal ringes op af en sygeplejerske inden for 20 minutter, og 2) 'Routine', dvs. patienten skal ringes op inden for 60 minutter (24).

Call handlers har ikke noget klinisk ansvar. De visiterer udelukkende på baggrund af omtalte computersoftware. De stiller spørgsmål via pc og lader computerprogrammet afgøre, hvilken grad af akuthed der er tale om. En 'operation manager' har ansvaret for de kliniske beslutninger (24).

Trin 2: Sygeplejevisitation

Herefter ringer sygeplejerskerne patienterne op for at foretage en mere nuanceret vurdering og visitation af deres problem/henvendelsesårsag. På sygeplejerskeniveau opereres der med flere kategorier af visitationsmuligheder: 'Routine': rådgivning (ved sygeplejerske) over telefonen, konsultation hos egen læge inden for almindelig åbningstid; 'Urgent': ambulance, hjemmebesøg eller lægekonsultation inden for 2 timer. Derudover deler sygeplejerskerne patienternes akutte problemer ind i to grader af akuthed, nemlig 'nu' eller 'inden for to timer'. I disse tilfælde kan sygeplejersken henvise til tre niveauer af lægehjælp: ambulance service, lægebesøg eller konsultation hos læge i nærmeste 'treatment centre', som har åbent aften, nat og i weekender (24)²².

Når sygeplejersken henviser til en lægekonsultation inden for 2 timer, kan hun gå direkte ind i et computersystem og booke en tid til lægekonsultation i et lokalt 'treatment centre' (computersystemet angiver ud fra patientens adresse, hvilket "treatment centre" der ligger nærmest patientens hjemmeadresse).

Sygeplejerskerne fortæller alle patienter, at deres tid er en cirka tid, og kommer der nogen ind, hvis situation er mere akut, så kan der bliver tale om lidt ventetid. Men patienterne sidder aldrig ret længe (24).

Andre, mindre akutte problemer kan enten henvises til egen læge den efterfølgende hverdag eller til egenomsorg ud fra sygeplejeråd. Når patienter modtager sygeplejeråd, får de altid at vide sidst i samtalen, at hvis deres tilstand forværres, skal de endelig ringe tilbage. Som et sikkerhedsnet.

I kontrakten med PCT bliver de målt på ventetiden. De skal rapportere til PCT hver uge, om de har opfyldt målsætningen om, at alle skal have svar inden for 20 minutter eller 60 minutter, et krav der er udspecificeret i de nationale kvalitetsstandarder (national quality requirement time schedules) (24).

I England har man endnu ikke adgang til patientens journaler, men sygeplejerskerne kan kun se de problemstillinger, som patienten evt. tidligere har henvendt sig til organisationen med. Derimod får patientens praktiserende læge den rapport, som skrives af sygeplejerskerne, automatisk og elektronisk via TAS, det elektroniske beslutningsstøtterskab.

²² Som noget relativt nyt har organisationen desuden overtaget telefonvisitation for tandlæger uden for åbningstid. Skærmen angiver også, om der er tale om en patient med tandproblemer. Til tandlægedelen har sygeplejersken en manuel protokol og et simpelt tidsskema på papir, hvor tider til tandlægen kan plottes ind (25).

Via TAS har sygeplejerskerne mulighed for at se, hvordan det er gået med de patienter, de visiterede på deres sidste vagt. De kan se, om de er blevet visiteret videre – vel at mærke kun, hvis de er visiteret til et 'treatment centre'. På den måde har sygeplejersken mulighed for at tage ved lære af sine erfaringer. Organisationen har dog ikke adgang til data om patienter, der har opsøgt skadestue på eget initiativ (26).

Vanskeligheder ved telefonvisitation

De engelske sygeplejersker fremhæver det, at man ikke kan se patienten som den åbenlyse udfordring i telefonvisitationen. Man har kun de oplysninger, man får fra fx forældrene eller patienten selv at gå ud fra, og derfor bliver sygeplejerskerne nogle gange usikre og i tvivl (26). Sygeplejerskerne synes enstemmigt enige om, at når man er i tvivl om alvoren af patientens henvendelse, så overtrækker man for en sikkerheds skyld frem for at risikere at undertriagere.

Et konkret eksempel: Om at gå med livrem og seler, når det handler om børn

Her kommer et nærbillede af visitationspraksis fra observationsstudiet, som ud over at give læseren et billede af arbejdet med telefonvisitation også fortæller en helt klassisk historie i telefonvisitationens disciplin, nemlig historien om, at de fleste telefonvisitatorer er mindst trygge og mest i tvivl, når samtalen handler om små, syge børn (27):

Opkald: En 4-årig dreng har ørepine på begge ører, der kommer væske ud af det ene øre. Det er drengens far, der ringer. Han er inder. Taler med accent og sygeplejersken anstrenger sig for at forstå, hvad han siger. På skærmen foran sygeplejersken er en lang liste af spørgsmål med på forhånd definerede svarmuligheder, som computersystemet foreslår sygeplejersken at stille patienten (25).

Samtalen varer omkring 5-7 minutter. Sygeplejersken stiller faren et hav af spørgsmål. Hun spørger til barnets almene trivsel, om han spiser og leger, som han plejer. Hun spørger til andre symptomer som feber og hoste. Dernæst spørger hun ind til barnets mors tilstand. Hun spørger bl.a. faren om barnets mor er meget træt? Om hun har fået sovet? Og til sidst om han mener, hun kan være til fare for barnet – om hun kunne finde på at gøre sønnen fortræd? Det er alt sammen spørgsmål, som systemet beder hende stille. Faren svarer nej til det hele. Sygeplejersken følger de fleste af de spørgsmål, der dukker op på skærmen undervejs, men ikke alle, og når hun får svar fra faren, skriver hun symptomer og svar ind i systemet.

Hun krydser af ud for de svarmuligheder, der er angivet i systemet. Det er ikke altid, at svarkategorierne er særligt dækkende i forhold til de svar, faren giver, men man kan se, at hun vurderer, hvilke af svarmulighederne der kommer nærmest. Det er fx farven på væsken fra øret. Hvor den farve, faren angiver, ikke findes i svarmulighederne (25).

Sygeplejersken afslutter med at give faren og sønnen en henvisning til en tid i det nærmeste 'treatment centre'. På det tidspunkt synes faren på vej ud af røret med tanke på at komme til lægen. Alligevel giver sygeplejersken råd med på vejen om, hvordan de skal klæde barnet på på vej til hospitalet. Samtalen slutter med disse råd og med at faren siger mange tak for sygeplejerskens hjælp (25).

Efter samtalen fortæller sygeplejersken, at det er bedst at være på den sikre side med de små børn. Det er ikke værd at tage nogle chancer med et lille barn, som har haft symptomer relativt længe og med høj feber.

Samtalen illustrerer flere af de vanskeligheder, som de interviewede sygeplejersker oplever som karakteristiske ved telefonvisitationen som særlig disciplin. Det drejer sig om patienter af anden etnisk herkomst, som taler med accent. Det drejer sig om patienter, der ikke selv er i stand til at tale i telefon, fx børn, hvor sygeplejersken skal vurdere akutheden på baggrund af en 2. hånds sygehistorie fra en pårørende. Og det drejer sig som sagt om små børn fx med høj feber.

Samtalen giver samtidig et billede af tre andre typiske temaer, som ofte er på spil i telefonvisitationen i den engelske lægevagtordning, vi besøgte: brugen af TAS og patienttilfredshed. Samtalen foregår i samspil mellem TAS-systemets spørgeliste og sygeplejerskens kliniske erfaring og vurdering, og samtalen ender med, at patienten er glad og taknemmelig for, at der bliver gjort noget aktivt for at finde ud af, hvad der er galt med barnet.

Elektroniske beslutningsstøtteredskaber

I de to engelske organisationer, vi har besøgt, var der ret stor enighed om, at TAS er en afgørende betingelse for en ensartet og sikker service.

Argumenterne er, at alle sygeplejersker uanset klinisk baggrund og erfaring skal finde støtte til at stille de relevante spørgsmål til patienten i TAS. TAS er et støtteredskab til sygeplejersken, men ikke et beslutningstagningsprogram. Alle informanter understreger, at systemet blot er et værktøj, og at sygeplejersken stadig skal tænke og handle selvstændigt.

Hvad mener sygeplejerskerne selv om at arbejde med TAS?

"Når systemet stiller dig et spørgsmål, så fortæller det dig hvorfor, det stiller de spørgsmål. Fx hvis du har at gøre med et barn, og du giver råd om paracetamol, så angiver systemet automatisk doser for børn, og hvis det er en voksen, angiver systemet doser for voksne." (28)

Computersystemet leverer en stram liste af spørgsmål, der skal besvares, og giver på den baggrund et bud på, hvilken grad af behandling der skal henvises til. Systemet er forsknings- og evidensbaseret, og derfor giver alle sygeplejersker de samme råd. TAS er et støtteværktøj, som ikke træffer beslutninger. De administrerende sygeplejersker understreger i den forbindelse, at ikke-klinikere *ikke* ville kunne bruge systemet. Systemet fordrer stadig, at man bruger sin kliniske dømmekraft (24). Men sygeplejersken kan altid "overrule" systemet.

Eksemplet nedenfor gør rede for det optimale forhold mellem systemets lidt firkantede vurdering af akuthed og sygeplejerskens kliniske erfaring, som har til hensigt at øge sikkerheden i fællesskab:

"Fx hvis du taler med en person, der ringer med åndenød og vejrtrækningsbesvær, så vil systemet måske foreslå et højt niveau af akuthed, men hvis sygeplejersken oplever, at patienten taler og taler uden problemer og uden mislyde på vejrtrækningen, så vil hendes konklusion være en anden end systemets, nemlig at patienten ikke har reelle problemer med at få vejret og ændre systemets vurdering til en lavere grad af akuthed. Du skal være god til at lytte og god til at fange detaljer. Det er sygeplejerskens arbejde." (28)

De administrerende sygeplejersker forklarer, at TAS gør visitationen mere standardiseret. Alligevel er der stor enighed om, at man aldrig kan eller skal opnå en 100 % ensartet eller standardiseret service. Men de understreger, at når der er mennesker, er der altid et element af subjektivitet. Derfor er det afgørende, at sygeplejerskerne er fortrolige med at træffe beslutninger, og sygeplejerskernes bud er, at det er nemmere at være fortrolig med beslutninger, jo mere erfaren man er som sygeplejerske. Det er som regel netop det at skulle træffe beslutninger, som sygeplejersker kæmper med i begyndelsen, når de starter som telefonvisitatorer. Det handler primært om, at det er et meget ansvarsfuldt arbejde at fortælle en patient, at de ikke behøver at blive set af en læge (24).

En sygeplejerske udtrykker, at det er en langt mere sikker praksis, når man telefonvisiterer med støtte fra computersoftware (29). Sygeplejerskernes konklusion er, at hvis du sammenligner en sygeplejerske, der telefonvisiterer uden brug af TAS, med en der bruger TAS, så er det sidste uden tvivl det

mest sikre (28). Sygeplejersker med erfaringer fra telefonvisitation uden brug af TAS, oplever, når de bliver ansat i lægevagten, først frustration over at skulle sætte deres visitation i system, men konstaterer hurtigt: *"We were so vulnerable before we had TAS"* (28).

De administrerende sygeplejersker fremhæver, at en afgørende fordel ved TAS er – på linje med at det gør service systematisk og standardiseret i en grad, at det gør det muligt at lave regelmæssige audits, dvs. måle kvaliteten af ydelsen (24; 28). Det vender vi tilbage til.

Uddannelse og erfaring: Sygeplejerskernes forskellige baggrunde

Sygeplejerskerne har meget forskellige erfaringsgrundlag fra forskelle specialområder.

I nogle organisationer er det obligatorisk for de ansatte sygeplejersker at gennemgå et visitationsprogram, en særlig træning eller uddannelse. Men det er ikke en generel regel i hele England (29).

Hvis man fx er pædiatrisk sygeplejerske, vil man typisk kunne give en masse relevant og detaljeret information til småbørnsforældre. I nogle organisationer forsøger man derfor bevidst at samle en gruppe af sygeplejersker med meget forskellige specialkundskaber og helst også brede erfaringer. Formålet er, at de kan trække på hinandens forskellige specialkompetencer (29). Men det stiller høje krav til vagtplanlægningen (24). Det er dog væsentligt, at sygeplejerskerne ikke er alt for snævert specialiserede i ét område, de skal helst have lidt generalist baggrund (24).

Mange af visitationssygeplejerskerne har to jobs ved siden af hinanden. De arbejder typisk i almen praksis eller fx på skadestuer som sundhedsplejerske eller lignende i dagtimerne og har et antal vagter i lægevagten om aftenen/natten/weekenden om måneden. Det kræver et stort antal sygeplejersker i ansættelsesstaben for at få dette puslespil til at gå op. Organisationer har ca. 80 ansatte, som gennemsnitligt tager 4 vagter om måneden. Til gengæld oplever de ingen rekrutteringsproblemer (24).

Lægevagtordningen i Nordengland har udspecificeret, hvilke kvalifikationer og erfaringer de søger hos en sygeplejerske, når de ansætter sygeplejersker til telefonvisitation, her iblandt at man skal have minimum 3 års erfaring fra almen praksis, fremragende kommunikationsevner – inkl. 'non face-to face' og mange flere. Evnen til at kommunikere 'non face to face' er et tilbagevendende tema for alle, der arbejder med og forsker i telefonvisitation. De interviewede sygeplejersker fremhæver særligt evnen til at lytte til patientens historie og problem uden at afbryde med spørgsmål som en afgørende kommunikativ kompetence, man skal besidde eller udvikle for at blive en god telefonvisitator (26). Evnen til at lytte skal bl.a. kompensere for fraværet af patienten i telefonvisitationen.

Intern uddannelse

Sygeplejersker, der arbejder hos lægevagten, skal genregistreres som sygeplejersker hvert år. Derudover skal de gennemgå efteruddannelse og vedligeholde deres kliniske arbejde. Organisationen anvender 'Odyssey Training Program', der træner sygeplejerskerne i brug af det elektroniske, kliniske beslutningsstøtteredskab, her kaldet Odyssey TeleAssess.

Monitorering af kvalitet

Som nævnt har lægevagten en kontrakt med den lokale PCT. Det betyder bl.a., at de skal leve op til nogle kvalitetsstandards, fx nationale retningslinjer for hvor længe patienter må vente på at blive ringet op af en sygeplejerske.

I oktober 2009 introducerede organisationen en egentlig monitoreringsmodel for kvalitet – en såkaldt audit. Til formålet har de oprettet et decideret 'audit team', som bl.a. står for at opgøre statistik over henvisningsmønstret. I en henvisningsstatistik opgør organisationen antal opkald, der afsluttes af

sygeplejersker i telefonen, antal henvisninger til lægekonsultation eller hjemmebesøg osv. Ifølge den administrerende sygeplejerske i lægevagten ser fordelingen af visitationer p.t. således ud: 1) afsluttes i telefonen med rådgivning: 25-30²³ %, 2) henvisning til lægekonsultation i 'treatment centre': 40 %, 3) henvisning til 'home visit': 10 %, og 4) henvisning til skadestue (A&E): 3 % (<5 %) (24)²⁴.

Derudover er audit teamets primære opgave at monitorere kvaliteten i sygeplejerskernes visitation og give dem feedback på deres arbejde. Siden organisationen indførte kvalitetsaudit i oktober 2009, er 11 sygeplejersker blevet evalueret.

Kort fortalt går denne audit ud på, at alle opkald optages, og hver 6. måned udtages 4 tilfældigt udvalgte samtaler pr. sygeplejerske, som gennemgås og bliver afsæt til evaluering og en idé om, hvad den enkelte kan blive bedre til. Man ser på forskellige elementer, deriblandt den indledende fase af samtalen; præsenterer sygeplejersken sig selv, bekræfter hun at persondata er korrekte, og er hun venlig og lyttende? I anden fase af samtalen fokuserer man på selve vurderingsprocessen, på om der træffes de rigtige beslutninger, og på hvordan samtalen afsluttes. Alle disse elementer får en score, og dernæst laver organisationen statistik over, hvordan sygeplejerskerne klarer de forskellige elementer af samtalen (30). Hvis man når op på 80 %, har man fuld score. Hvis ikke ens resultat er godt nok, sætter man sig sammen med sygeplejersken og identificerer, hvad der går galt, og hvad man kan gøre ved det. Som regel tager man i de tilfælde også flere samtaler ud for at være sikker på, at der ikke er tale om tilfældigheder. Hvis man vurderer, at det er usikkert at lade sygeplejersken visitere, så kan man suspendere sygeplejersken (30).

Patienttilfredshed

Som led i den nye organisering af kvalitetsmonitorering laver organisationen hver måned stikprøver af patienttilfredsheden. De udsender spørgeskemaer til 5 % af alle opkaldspersoner. Responsraten er på 12-20 %; derfor udføres de hyppigt. I spørgeskemaet spørges til patienttilfredshed ved telefonvisitation og lægekonsultationer. Gennemsnitligt har de en klagerate på ca. 0,95 %. Nogle handler om ventetid, nogle om attitude, og nogle om uklare eller uforståelige råd.

En sygeplejerske forklarer, at det er meget sjældent, hun møder utilfredse patienter. Hvis man imødekommer deres forventninger, så er de tilfredse. Det er vigtigt altid at afslutte samtalen med at sige: Hvis du får yderligere komplikationer eller forværringer, er du altid velkommen til at ringe til os igen (26).

Når sygeplejerskerne taler om patienttilfredshed, taler de samtidig om patienternes forventninger. De patienter, der er utilfredse med det råd eller den henvisning, de får, skyldes ofte, at de har sat næsen op efter at tale med en læge, allerede inden de ringede op (26). Nogle sygeplejersker har den holdning, at de hellere vil give dem det, de efterspørger, end at argumentere med dem, mens andre gør meget ud af at argumentere med patienten og få vedkommende til at forstå baggrunden for, hvorfor de har truffet den beslutning de har (26).

Lægelig supervision

En væsentlig forskel på den engelske og hollandske model er bl.a., at man i England ikke bruger telefonlæger, dvs. der ikke er nogen systematiseret eller formaliseret supervision ved læger under sygeplejevisitationen i lægevagten.

²³ I et andet interview med samme organisation estimerede de, at antallet af henvendelser, der afsluttes i telefonen, var omkring 40 %.

²⁴ Der mangler viden om, hvorvidt eller hvordan tilstedeværelsen af NHS Direct har indflydelse på typen af problemer, som patienterne ringer til henholdsvis NHS Direct eller lægevagten med. Fx om patienterne henvender sig til NHS Direct med de fleste små problemer med lave grader af akuthed og til lægevagten med lidt mere komplekse problemer. Henvendelsesmønstret i NHS Direct kan have indflydelse på, hvor mange henvendelser det er muligt for sygeplejerskerne at afslutte i telefonen.

Der sidder ikke læger og superviserer sygeplejerskerne, men når der alligevel er læger i huset (de har bl.a. base i huset, når de kører hjemmebesøg), så sker det, at de selv telefonvisiterer, hvis der er meget travlt. Ind imellem, hvis der er en læge i huset, spørger sygeplejerskerne lægen til råds.

En ledende læge ("Head of GP services") fortæller, at der faktisk reelt synes at være et behov for en mere formaliseret lægelig supervision (31). Når han har vagt, dvs. kører hjemmebesøg, oplever han og hans kollegaer, at sygeplejerskerne henvender sig rigtig meget med spørgsmål (31). Som det er nu, bærer supervisionen præg af tilfældighed og sporadisk støtte, fordi der langt fra altid er en læge i huset. Og når der er en læge, er denne ikke altid til at få fat i, da han eller hun regelmæssigt kører ud på hjemmebesøg (31).

Som det fungerer i dag, kan sygeplejerskerne ringe til de læger, der sidder i konsultationer i 'treatment centres', hvis der er noget, de er usikre på. Men det er de administrerende sygeplejerskers klare indtryk, at sygeplejerskerne sjældent ringer til disse læger. De bruger oftest den ledende/ansvarlige sygeplejerske i stedet for (24).

Læger eller sygeplejersker: fordele og ulemper

Det er ca. 5 år siden man erstattede læger med sygeplejersker i telefonvisitationen i lægevagten i England (31). Sygeplejerskerne er generelt meget glade for at arbejde med TAS (24; 28).

Set fra de engelske sygeplejerskers perspektiv er forskellen på at lade sygeplejersker eller læger visitere telefonisk i lægevagten bl.a., at det er mere *sikkert* at lade sygeplejersker visitere. Det skyldes primært, at sygeplejerskerne bruger elektroniske beslutningsstøtteredskeer og lægerne ikke gør. Sygeplejerskerne skal følge en såkaldt protokol, som sætter visitationen i system og gør det muligt at måle på kvaliteten (24; 28). Når læger visiterer, er det ifølge både de interviewede sygeplejersker og lægen mindre standardiseret, fordi de har en tendens til at tænke i udredning over telefonen – på samme måde som de tænker udredning klinisk (med undtagelse af at de ikke har patienten foran sig i fysisk forstand) (26; 31).

De ledende sygeplejersker i lægevagten mener, at det er nemmere at udtale sig om *kvaliteten* af sygeplejerskers telefonvisitation sammenlignet med lægers, primært fordi man laver audit på sygeplejerskernes arbejde og ikke plejer at gøre det på lægernes arbejde (24; 28).

Set fra en læges perspektiv (ansat i lægevagten) er forskellen først og fremmest, at sygeplejersker er billigere end læger. Det var det oprindelige, primære argument i England for at udskifte læger med sygeplejersker i telefonvisitationen i lægevagten, at sygeplejersker er billigere i løn (31).

"Det er et arbejde, som læger kan varetage, men det kan sygeplejersker også. Og det er billigere, når sygeplejersker gør det. Sygeplejersker gør det rigtig godt. De er lige så hurtige som lægerne, og sygeplejerskerne er bedre til at håndtere patienter over telefonen og til ikke at henvise til alt for mange lægekonsultationer. Faktisk er sygeplejersker nok bedre til at gøre det end læger – i dag". (31)

Ulemperne ved at lade sygeplejersker visitere telefonisk kan ifølge lægen være, at sygeplejerskerne kan afslutte færre opkald alene sammenlignet med lægerne. Fx har man i de fleste lægevagtorganisationer i England vedtaget, at alle henvendelser vedrørende palliativ behandling²⁵ eller polyfarmakologi²⁶ omgående skal viderestilles til lægerådgivning (31).

²⁵ Palliativ behandling er patienter sat i symptomlindrende behandling, ofte patienter i terminal stadie af forløb, typisk meget stærk smertestillende medicin, som skal doseres meget præcist.

²⁶ Patienter der tager mange forskellige medicinske præparater på én gang. Præparaterne interagerer og bivirkningerne påvirker hinanden indbyrdes. Kræver specialvejledning af læge.

Lægen forklarer, at man med sygeplejevisitationen har sat et ekstra led ind i visitationsprocessen, fordi sygeplejersker er uddannet til at yde ét lavere niveau af medicinsk ekspertise (31).

På den anden side mener lægen, at når sygeplejerskerne bruger TAS korrekt, opnår man en høj grad af sikkerhed for patienterne – muligvis højere sikkerhed, end når læger visiterer, fordi det er mere struktureret og standardiseret (31). Lægen er af den klare overbevisning, at man for at sikre høj kvalitet i telefonvisitation og rådgivning skal benytte sig af et elektronisk beslutningsstøtterskab (31).

Opkaldsvarighed: Patientuddannelse tager tid og indhenter tid

Den administrerende sygeplejerske i lægevagten fortæller, at patientuddannelse er et vigtigt element af sygeplejerskevisitation i lægevagten (28). Det påvirker længden af samtalerne. Hos lægevagten er en samtale gennemsnitligt på 6 minutter (nogle gange 8-10 minutter). Det skyldes, forklarer hun, at når sygeplejersker visiterer, giver de sig tid til at rådgive fx forældre til småbørn med feber om, hvad de kan gøre for barnet (28). De oplever, at disse patienter tager ved lære, og at næste gang de samme forældre ringer ind, har de allerede gjort det, de fik besked på sidste gang, de ringede. Sådan forkorter man telefontiden anden gang de ringer, fortæller hun (28).

Perspektiver på fremtiden: Færre indgange til sundhedsvæsenet

NHS Direct er en døgnåben og sygeplejerskebemandet telefonservice, der giver information og hjælp til selvhjælp samt vejledning i, hvilke instanser man skal tage kontakt til for evt. videre behandling.

NHS Direct i England²⁷ står for ca. 70 % opkald vedrørende sundhedsrelaterede problemer uden for almen praksis' almindelige åbningstid. Sygeplejerskerne i NHS Direct afslutter ca. 40 % af disse opkald i telefonen (13).

NHS leverer lægevagtservice for nogle lokale PCTs (Primary Care Trusts), som har udliciteret denne ydelse (www.nhsdirect.nhs.uk). Organisationerne arbejder helt uafhængigt af NHS Direct, men deler et computersystem, hvor sygeplejersker i NHS Direct kan viderestille patienter til en specifik lægevagtservice i lokalområdet, fx den her omtalte lægevagt i Nordengland.

De to organisationer prøver i fællesskab at forbedre kvaliteten af deres service. De oplever ind imellem, at patienter ikke bliver visiteret korrekt. Det sker, at NHS overser en akut patient, som ved et uheld bliver viderestillet til lægevagten. En sådan fejl kan forsinke behandlingen og få alvorlige konsekvenser for patienten (24; 28).

Sundhedspolitik er der aktuelt en bekymring for, at *for* mange indgange til sundhedsvæsenet gør borgeren mere forvirret, fx rent praktisk i forhold til hvilket nummer man skal ringe til, når man bliver syg. Samtidig er mange indgange til sundhedsvæsenet dyrt for staten (31). Et bud på en løsning er at lave ét alternativ til NHS Direct. I England taler man derfor om at introducere et såkaldt '*NHS Pathway*', *assessment tool (like tool)*, som skal nås på nummer 111, dvs. at borgerne kun skal have to indgange til akutsystemet: enten 999 eller 111. 111 skal stå for ren visitation af ikke livstruende sygdomme (31).

"I dag har folk så mange forskellige adgange til hjælp i NHS, at de bliver forvirrede. Det ville være fantastisk, hvis man bare kunne ringe 111 – de kalder det 'Single Point of Access'²⁸. I dag er der mange, der ringer 999, også selvom de ikke har brug for en ambulance, men bare fordi det er det eneste nummer, de kender". (31)

²⁷ I Skotland findes en tilsvarende service kaldet NHS 24.

²⁸ Se fx rapporten: "High Quality Care For All" by Lord Darzi, 2008, NHS. Kan downloades her: http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_085825

Sundhedspolitik overvejer man også, at fremtidens akutsystem i England i højere grad skal være integreret mellem almen praksis, ambulance og skadestue. Tanken er, at "primary care centres" skal placeres samme sted som skadestuer og faktisk være patientens første møde på hospitalet. Tanken er at gøre det umuligt for patienter at slippe uden om den primære visitation og umuligt at komme direkte på skadestuen. Enkelte steder i England har man allerede implementeret denne organisatoriske sammenlægning, fx Whipps Cross University Hospital, Nordøst London (31).

"Det virker, fordi det giver dig kun én indgang til sundhedsvæsenet. Patienterne bliver visiteret af sygeplejersker eller læger i 'primary care urgent centres'". (31)

5. Casestudie: Sverige

Følgende litteratur og data danner baggrund for en casebeskrivelse af konkrete svenske erfaringer med at lade sygeplejersker telefonvisitere i 'Sjukvårdsrådgivningen' som bl.a. udgør den eneste telefoniske indgang til 'jourcentralen', svarende til den danske lægevagtordning:

Litteratur/tal:

- ◆ Kjellberg et al.: Almen praksis som koordinator – en international belysning, 2007
- ◆ Rahmqvist og Husberg: Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon: En analys av rådgivningsverksamheten 1177 i Östergötland och Jämtland, 2009
- ◆ Jansson og Stenström: Hur ser telefonsjuksköterskor på RGS? 2009
- ◆ www.1177.se/artikel.asp
- ◆ Statistik i rådgivningsstödet, 2009, internt dokument i 1177 Sjukvårdsrådgivningen.

Data fra casestudiebesøg i Sjukvårdsrådgivningen Malmø, Sverige:

- ◆ Personlig kommunikation med Mona Zadig, virksomhedschef i '1177 Sjukvårdsrådgivningen' i Region Skåne, Malmø
- ◆ Interview med Björn Gustafson, national tjenesteansvarlig for '1177 Sjukvårdsrådgivningen' i Sjukvårdsrådgivningen SVR AB.
- ◆ Fokusgruppeinterview med 4 sygeplejersker fra Malmø Sjukvårdsrådgivning
- ◆ Observation af 1 sygeplejerske under telefonvisitation mellem kl. 18.00-20.00, Malmø Sjukvårdsrådgivning.

5.1 Det svenske sundhedssystem – Region Skåne

Det svenske sundhedssystem er decentraliseret, dvs. at drift og finansiering af sundhedstjenester er lagt ud til län (amter) eller regionale styrelser (flere sammenlagte län eller kommuner).

I Sverige er 85 % af sundhedsudgifterne finansieret gennem skatter (16).

Regionen beslutter selv, hvor stor amtsskatten skal være, og hvordan ressourcerne skal fordeles. Regionen finansierer sygehuse, vårdcentraler, private specialister og tandlægeydelser for personer under 20 år (16).

I Sverige har man delvis brugerbetaling²⁹. Fx koster en konsultation hos en praktiserende læge 150 SEK, mens det koster 300 SEK at opsøge sygehusets akutmodtagelse. Det er derimod gratis at opsøge en sygeplejerske i primærsektoren. Men staten har fastsat et maksimum på 900 SEK om året for brugerbetaling til sundhedssektoren (16). Herefter bliver patientens udgifter godtgjort af den nationale sociale forsikring (16).

Sundhedstjenester er organiseret meget forskelligt fra län til län i Sverige. Vi fokuserer i dette case-studie på Region Skåne.

Region Skåne dækker 33 kommuner og en samlet befolkning på ca. 1,2 millioner indbyggere (16).

²⁹ Der er ikke brugerbetaling for personer under 20 år.

5.1.1 Primærsektoren – almen praksis

Sverige har generelt mangel på alment praktiserende læger. I 2003 var der gennemsnitligt 0,6 praktiserende læge pr. 1.000 indbygger i Sverige³⁰. De svenske borgere besøger relativt sjældent en praktiserende læge. I 2005 havde en borger i gennemsnit kun 1,37 lægebesøg i primärvården i Region Skåne. Sverige har satset på andet personale end læger i primärvården. I Region Skåne har hver indbygger gennemsnitligt 2,2 besøg hos andet personale end læger i primärvården, eksempelvis en sygeplejerske. Antallet af sygeplejersker pr. indbygger ansat udenfor sygehusene er steget med næsten 30 % fra 1999 til 2005 (16).

En alment praktiserende læge kan have sin praksis både i en offentlig 'vårdcentral' eller i privat regi i form af enten privat vårdcentral eller privat praksis. De fleste sundhedspersonaler i Sverige er offentligt ansatte³¹ (16).

Det er ikke et krav, at man skal vælge en familielæge, når man bor i Skåne. I 2006 havde 73 % af Region Skånes indbyggere valgt en familielæge.

De primære sundhedstjenester i Skåne findes først og fremmest på de lokale vårdcentraler.

Vårdcentraler

Der findes 100-120 vårdcentraler i Region Skåne. En vårdcentral har mindst 2 læger ansat, og 50 % af de eksisterende har mellem 5 og 10 praktiserende læger ansat. På vårdcentralerne er der udover læger også ansat sygeplejersker, underskoterska³² og lægesekretærer (16). Distriktssygeplejersker tager oftest imod patienten og vurderer, hvorvidt det er nødvendigt med en undersøgelse hos en læge, en sygeplejerske eller alternativt en henvisning til sygehuset (16).

Jourcentralen

Jourcentralen svarer tilnærmelsesvist til det danske lægevagtsystem.

Der findes otte jourcentraler i Region Skåne, som befolkningen kan opsøge, når vårdcentralerne er lukkede. Alle jourcentraler har weekendåbent, og nogle har aften- og natåbent.

Jourcentralerne er generelt enten placeret på en vårdcentral eller ved sygehusets akutmodtagelse og er typisk bemannet af alment praktiserende læge, sygeplejerske, lægesekretær og evt. underskoterska (16).

For at komme til jourmottagningen skal man først henvende sig telefonisk til sjukvårdsrådgivningen på det nationale telefonnummer 1177.

Sjukvårdsrådgivningen – 1177

I 2003 udgav det svenske sundhedsministerium en rapport om mulighederne for at oprette en nationalt koordineret sundhedshotline under titlen: Vårdråd direkt – Sjukvårdsrådgivningar i samverkan". I 2008 havde 6 landsting oprettet en 1177 sjukvårdsrådgivning. '1177' er en national telefonrådgivning betjent af sygeplejersker, som har åben døgnet rundt alle ugens dage. Hvis man er syg uden for vårdcentralens åbningstid, skal man ringe til sjukvårdsrådgivningen på nummeret 1177³³. 1177 tilbyder borgere at få en vurdering af en sygeplejerske, inden de opsøger vården (sundhedsvæsenet/lægen).

³⁰ I Danmark var tallet 0,63 læge pr. 1000 indbyggere i 2008, men tallene er svært sammenlignelige. Betydningen af disse tal vil afhænge af faktorer som udbud og efterspørgsel, forskelle i arbejdstid og aflønning osv.

³¹ I 1997 arbejdede 86 % af de alment praktiserende læger i offentlige vårdcentraler, 12 % arbejdede i private vårdcentraler, og 7 % var privatpraktiserende læger.

³² En toårig uddannelse på gymnasieniveau.

³³ Ved akut, livstruende tilstande skal man ringe 112 eller opsøge nærmeste sygehus.

Formålet er at henvise patienterne til et passende behandlingsniveau og give patienterne råd om egenomsorg (32). Sygeplejerskerne benytter sig af elektroniske beslutningsstøtteredskaber, når de rådgiver og henviser (www.1177.se/artikel.asp).

5.1.2 1177 Sjukvårdsrådgivningen i Malmö (case)

Sjukvårdsrådgivningen i Malmö har 60 fastansatte sygeplejersker, hvoraf 3 er mænd. Derudover har de 25 timelønnede sygeplejersker. Gennemsnitsalderen er 50 år, og de skal have minimum 10 års erfaring bag sig og ideelt en bred klinisk erfaring (33).

Visitationspraksis

Sygeplejerskerne bruger et elektronisk beslutningsstøtteredskab, når de visiterer. Systemet kategoriserer alle opkald i grader af akuthed ud fra 4 grader:

- ◆ Omgående
- ◆ Inden for 12 timer
- ◆ Næste hverdag
- ◆ Afvent

Derudover arbejder sygeplejerskerne efter en fast procedure for, hvordan en samtale skal forløbe. Samtalen falder i fem faste faser:

1. Åbningsfase
2. Lyttefase
3. Spørgefase
4. Analysefase
5. Motivationsfase

Statistik

Sjukvårdsrådgivningen har lavet en statistisk oversigt over alle opkald fra juli til september 2009, som dækker hele 1177 netværket³⁴. Statistikken er til intern brug, men giver en idé om fordelingen af henvendelsesårsager og henvisningsudfald.

De fem hyppigste henvendelsesårsager fra juli til september 2009 var mavesmerter hos voksne, børn med feber, ondt i halsen, H1N1 og lægemiddelspørgsmål (Statistik i rådgivningsstødet 2009). Vurdering af akuthed fordeler sig sådan: ca. 14 % omgående, ca. 27 % inden for 12 timer, ca. 15 % næste hverdag og ca. 42 % afvent.

Henvisningsmønstre ser således ud: under 2 % henvises til ambulance, ca. 37 % henvises til primær-vården og ca. 16 % henvises til specialvård, mens 42 % nøjes med sygeplejeråd alene.

³⁴ Dvs. Gotland kommune, Jämtland läns landsting, landstinget Blekinge, landstinget Dalarna, landstinget Gävleborg, landstinget Halland, landstinget i Kalmar län, landstinget i Uppsala län, landstinget i Östergötland, landstinget Kronoberg, landstinget Västmanland, Region Skåne, Västra Götandsregionen og Örebro läns landsting.

Vanskeligheder ved telefonvisitation

De interviewede sygeplejersker fremhæver tre fordele ved arbejdet med telefonvisitation. Det er udfordrende, fordi det altid varierer og er uforudsigeligt. Det er udviklende, fordi man hele tiden tager ved lære af arbejdet og bliver bedre. Og det er tilfredsstillende, fordi man kan hjælpe og støtte andre mennesker, der har problemer (34).

"Det handler om at lytte med kroppen"

På den anden side oplever sygeplejerskerne primært én ulempe, nemlig at man ikke kan se eller røre patienten. Når sygeplejerskerne sammenligner telefonvisitation med deres tidligere arbejde som sygeplejersker, er det slående svar: "man har jo ingen patienter". Da sygeplejerskerne arbejdede på en afdeling på et hospital, kunne de se patientens symptomer med øjet, det kliniske blik. I telefonen må de "lytte sig frem", som de siger med en analogi til "at føle sig frem" (34). De ser det som en selvfølgelig og uundgåelig præmis for arbejdet med telefonrådgivning og en udfordring, som de lærer nyt af. De fortæller, at de udvikler og forfiner deres evne til at lytte i det her erhverv, netop som en konsekvens af, at patienten er fraværende – rent fysisk.

En sygeplejerske prøver at forklare, hvad de mener hermed, ved at give et eksempel på en typisk telefonsamtale. Samtalen viser betydningen af sygeplejerskens kliniske erfaring, evne til at tænke selvstændigt og forholde sig kritisk til beslutningsstøttereds-kabet, og sidst men ikke mindst viser eksemplet, at sygeplejersken skal bruge et meget bredt kendskab til forskellige patientgrupper og deres sygdomsopfattelse for at være god til at vurdere graden af akuthed korrekt:

Forestil dig, at en kvinde på 70 år ringer ind med bryst smerter. Jeg skriver det ind i beslutningsstøttereds-kabet, som opfordrer mig til at spørge til hendes almentilstand. Kvinden fortæller, at hun faktisk har det helt fint, og det får systemet til at vurdere, at patienten skal 'afvente'. Altså den laveste grad af akuthed på skalaen. Det er dér, sygeplejerskens erfaringer og rygrad kommer ind i billedet. Den erfarne sygeplejerske vil være i tvivl, om systemet har ret. Og stille flere uddybende spørgsmål, om fx hvad kvinden har arbejdet med før i tiden. Hun svarer, at hun har arbejdet på en gård hele sit liv! Så ved jeg godt, hvad klokken er slået: Hun skal ind med det samme. Fordi folk fra landet plejer aldrig at beklage sig over smerter, hvis ikke det virkelig er slemt. Det viser sig, at det er et hjerteinfarkt.

Sådan noget skal man lytte til og mærke på kroppen. (34).

Sygeplejerskernes forskellige erfaringer

Flere oplever, at arbejdet er særligt svært med de patientgrupper, som de ikke selv har stor klinisk erfaring med fra tidligere arbejde. Fx er nogle mere utrygge ved at henvise og rådgive om småbørn og især nyfødte, fordi de aldrig selv har arbejdet med børn. Når sygeplejerskerne er i tvivl eller usikre på denne måde, så henvender de sig til kollegaer, som har mere erfaring på det specifikke område. Her mener de, at det er afgørende, at man tænker over sammensætningen af sygeplejersker i Sjukvårdsrådgivningen, når man ansætter. De skal have brede, men også forskellige specialeområder at byde ind med.

Patienttilfredshed: "Patienterne får, hvad de forventer: en sygeplejerske i telefonen"

Sygeplejerskerne fortæller om vigtigheden af forventningsafstemning. De oplever en generel stor patienttilfredshed, som bl.a. kommer meget direkte til udtryk, når patienterne afslutter samtalen med "tusind tak for hjælpen" osv. De fortæller, at de har undersøgelser, der viser, at patienterne lytter til de råd, de får af sygeplejerskerne, og at patienterne oplever, at sygeplejerskerne har tid og lytter til dem.

De tilskriver selv den store patienttilfredshed med, at borgerne ved, hvad de får, når de ringer til Sjukvårdsrådgivningen. De forventer at få en sygeplejerske i røret, og det er det de får. Eftersom der slet ikke er nogle læger til stede rent fysisk i Sjukvårdsrådgivningen, er der heller ingen patienter, der forventer at få kontakt med en læge på 1177.

Ind imellem forventer borgerne alligevel noget andet. Så vil de måske gerne køres på fx skadestuen, men måske konkluderer sygeplejersken, når hun har lyttet færdig til patientens historie, at det ikke er nødvendigt med en tur på skadestuen. I sådanne tilfælde, forklarer sygeplejerskerne, kan patienter godt blive insisterende og nogle endda lidt aggressive.

For at forebygge dette har Sjukvårdsrådgivningen udviklet en procedure for afslutning af enhver samtale med det, de kalder "motivationsfasen". Den har til formål at forklare borgeren, hvorfor man er kommet frem til den henvisningsgrad/vurdering, man er, at spørge borgeren om de er tilfredse med beslutningen og give dem mulighed for/opfordre dem til at ringe tilbage, hvis det bliver værre eller problemerne udvikler sig. Proceduren er også en måde at sikre sig i evt. klagesager, at man har givet mulighed for genhenvendelse ved forværring af tilstanden.

Rådgivning – ikke gatekeeping: "Vi er glade for ikke at være gatekeepere"

Som systemet fungerer nu, har sygeplejerskerne i Sjukvårdsrådgivningen ikke mulighed for at booke tider til patienter direkte i det svenske sundhedssystem.

Det er sygeplejerskerne glade for. De forudser at folk ville ringe mere målrettet til Sjukvårdsrådgivningen med det formål at få en tid hos en læge. Så ville sygeplejerskerne i højere grad blive gatekeepere, og de ville komme til at stå klemmt imellem hensynet til lægen og patientens behov og ønsker.

Som det fungerer nu, oplever de ikke at have nogen samvittighedskvaler i forhold til sundhedsvæsenet, og de tager ikke hensyn til ressourcespørgsmål osv., når de vurderer, hvilken hjælp borgeren har brug for.

Elektronisk beslutningsstøtteredskab

Siden 2006 har sygeplejerskerne i Sjukvårdsrådgivningen benyttet sig af et beslutningsstøtteredskab. De er generelt tilfredse med det, men mener også, at der er ting, som kan forbedres, og de oplever, at systemet hele tiden udvikles (34). Den generelle tilfredshed med beslutningsstøtteredskabet fremgår også af en ny spørgeskemaundersøgelse (35). Men samme undersøgelse viser også, at rigtig mange sygeplejersker mener, at der er lang vej til det ideelle beslutningsstøttesystem (35). Undersøgelsen peger bl.a. på, at systemet ikke opfylder sygeplejerskernes fulde behov, idet ca. 90 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen benytter sig af andre medicinske kilder udover beslutningsstøtteredskabet (35). Desuden viser undersøgelsen, at sygeplejerskerne er utilfredse med systemets kategorisering af grader af akuthed. De oplever, at systemets inddeling i grader af akuthed har størst udviklingspotentiale. Akuthedsparametrene opleves som mindre tilfredsstillende, idet de ikke fuldt ud understøtter et effektivt arbejde. Det forklarer sygeplejerskerne med, at det er sjældent, at systemet angiver den rette grad af akuthed sammenlignet med fx symptomangivelserne, faktablad og de regionale henvisningsdokumenter (35).

I et interview med 4 sygeplejersker fra Malmø Sjukvårdsrådgivning peger de fx på, at systemets tidsangivelse: 1) omgående, 2) indenfor 12 timer, 3) næste hverdag, 4) afvent – kan være problematisk. I nogle tilfælde er der et alt for stort skel mellem omgående og indenfor 12 timer, og systemet tager ikke altid højde for nuancer. Hvad er omgående? Dette system skal forbedres (34).

Når og hvis sygeplejerskerne oplever mangler i systemet, så har de mulighed for at skrive deres umiddelbare kommentarer og forslag til ændringer og forbedringer af systemet i et 'grupperum' inde i selve

systemet. Det kan være alt fra forslag om at tilføje symptomer i protokollen til at ændre noget layout-mæssigt.

Administrationen har hjemme i Stockholm, hvor der følges op på sygeplejerskernes forslag til forbedringer af systemet. Her sidder et antal læger og sygeplejersker. Det kan, ifølge de interviewede, nogle gange være svært at få sine synspunkter igennem som sygeplejerske. Sygeplejerskerne efterlyser et lidt mere sygeplejerskefokuseret beslutningsstøtteredskab (34). Lægerne er med til at designe de spørgsmål, systemet stiller, og på nuværende tidspunkt synes sygeplejerskerne, at der er alt for mange spørgsmål til alt for mange detaljer. Sygeplejerskerne oplever, at én forskel på lægers og sygeplejerskers syn på telefonvisitation bl.a. er, at lægerne gerne vil have mange spørgsmål besvaret.

Sygeplejerskerne synes, det er alt for tidskrævende at stille alle de spørgsmål, der lægges op til i støttereds-kabet. Samtidig understreger de, at man selv skal tænke med. Nogle gange kan beslutningsstøttereds-kabet komme frem til noget helt andet end det, man selv mener – oftest med hensyn til anbefalet grad af akuthed, som illustreret i eksemplet på en telefonsamtale tidligere i kapitlet.

6. Konklusion og diskussion

6.1 Hvad viser litteraturstudiet?

Litteraturstudiet viser, at der generelt er sparsom dokumentation for sikkerhed, kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed i forhold til sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagtordninger.

Det er ikke muligt på baggrund af litteraturen at konkludere, at telefonvisitation varetaget af sygeplejersker er mindre sikker og har en ringere kvalitet end lægebaseret telefonvisitation i lægevagtordninger. Det skyldes, at der er mangel på dokumentation for *sikkerheden og kvaliteten* i lægers telefoniske visitation i lægevagtordninger.

Derimod kan vi konkludere, at der synes at være en del usikkerhed forbundet med telefonvisitation som disciplin.

Det eneste (RCT) studie, der sammenligner sikkerheden i lægers og sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagter, viser, at der ikke er nogen forskelle mellem de to faggrupper i sikkerheden, forstået som utilsigtede hændelser. Den litteratur, der udelukkende vurderer sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation, viser, at de undervurderer graden af akuthed i patienternes problemer i 19 til 41 % af henvendelserne. Disse resultater stiller spørgsmålstegn ved sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation. Da der ikke findes viden om, hvor hyppigt læger undervurderer graden af akuthed, når de visiterer telefonisk, er det ikke muligt at svare på, om sygeplejersker har sværere ved at estimere den korrekte grad af akuthed, end læger har. Litteraturen peger på, at det er muligt at øge sikkerheden i sygeplejerskers telefonvisitation ved at implementere elektroniske beslutningsstøtteredskeer eller kliniske retningslinjer/protokoller for visitation, som kan sikre en systematisk og mere ensartet struktur i telefonvisitationer.

Litteraturen om kvalitet i sygeplejerskers kommunikation i telefonvisitationen viser, at man kan forbedre kommunikationen væsentligt ved at træne sygeplejerskerne i bestemte kommunikative redskaber. Formålet er bl.a. at sikre en ensartet struktur i samtalen, og sikre at samtalen altid indeholder en række obligatoriske spørgsmål eller elementer. Nogle af de obligatoriske elementer, der nævnes i litteraturen, er fx opsummering af patientens sygehistorie og forsikring af, at patienten har modtaget og forstået de råd, der bliver givet. Et enkelt studie peger på, at jo længere et telefonopkald varer, jo bedre er kvaliteten i kommunikationen.

Der er også begrænset dokumentation for *effektiviteten* af sygeplejerskers telefoniske visitation i lægevagter. Ingen studier sammenligner lægers og sygeplejerskers effektivitet i telefonvisitation i lægevagtordninger. Den eksisterende litteratur måler udelukkende på sygeplejerskers effektivitet i form af andelen af telefonopkald, som de kan afslutte i telefonen, dvs. med telefonrådgivning. Det er uklart, hvor effektiv sygeplejerskers telefonvisitation er, fordi der i litteraturen ses en betydelig variation i andelen af telefonopkald, som sygeplejersker kan afslutte i telefonen: fra 27,5 % til 50 %. Litteratur om sammenhængen mellem effektivitet og brugen af elektroniske beslutningsstøtteredskeer viser, at sygeplejersker, der anvender et elektronisk beslutningsstøtteredske (TAS), afslutter flere opkald i telefonen sammenlignet med de sygeplejersker, der ikke bruger TAS. Opkaldsvarigheden er lidt længere ved brug af elektroniske beslutningsstøtteredskeer, men det er formentlig mere effektivt, eftersom flere samtaler afsluttes af sygeplejersker i telefonen. Litteraturen kan ikke dokumentere, om forskellene rent faktisk skyldes brugen af TAS eller andre bagvedliggende faktorer, fx tilstedeværelsen af en læge, som sygeplejersken kan spørge til råds under selve telefonvisitationen.

Variationer i effektiviteten af sygeplejerskers telefonvisitation kan kun i meget begrænset omfang forklares. Eksempelvis kan de typer af symptomer, som patienterne ringer ind med, have betydning for sygeplejerskernes tryghed ved at afslutte patienten i telefonen. Patienter med symptomer som ørepine, opkast og hoste er de mest trygge ved at afslutte i telefonen, mens de er mere varsomme med at afslutte patienter, der præsenterer mere end to problemer, eller patienter med brystsmerte, lokaliserede mavesmerter eller åndenød. Variationerne kan ikke forklares med sygeplejerskens kliniske baggrund, fx om hun har arbejdet på hospital eller i almen praksis, mens det til gengæld viser sig, at sygeplejersker med mere end 20 års klinisk erfaring afslutter flere opkald i telefonen end sygeplejersker med mindre end 10 års erfaring.

Litteraturen om *omkostningseffektiviteten* af sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagter viser, at sygeplejerskers telefonvisitation kan medføre en reduktion i lægers arbejdsbyrde, give kortere ventetid for patienterne, ligesom det kan medføre besparelser på sygehusniveau på grund af færre akutte indlæggelser og færre henvendelser i skadestuer.

Litteraturen om patienternes tilfredshed med sygeplejerskers telefonvisitation i lægevagtordninger kan dokumentere en relativt høj patienttilfredshed. Der er ikke dokumentation for, at patienttilfredsheden falder væsentligt, når det er sygeplejersker, der telefonvisiterer i lægevagtordninger. Der ses en sammenhæng mellem patienttilfredshed og patientens forventninger til udfaldet af visitationen. Patienter, der modtager den ydelse, de havde forventet at få, er mest tilfredse. Der ses også et mønster i patienternes tilfredshed, som går ud på, at patienter, der afsluttes af sygeplejersken i telefonen, er mindst tilfredse, mens de patienter, der får visiteret et hjemmebesøg af lægen, er mest tilfredse.

6.2 Hvad viser de udenlandske casestudier?

På baggrund af de udenlandske casestudier kan vi konkludere, at sygeplejersker i en årrække har visiteret telefonisk i lægevagtordninger i Holland og England. Vagtlægerne bakker op om, at det er sygeplejersker, der visiterer telefonisk, og har ikke selv et ønske om at overtage denne funktion i lægevagten, dels fordi det vil forøge deres arbejdsbyrde, dels fordi de giver udtryk for, at sygeplejerskerne er bedre trænete i at telefonvisitere, end de er.

Casestudierne rummer – ikke overraskende – mange argumenter for, hvorfor sygeplejersker er gode til at telefonvisitere. Argumenterne handler på den ene side om, at telefonvisitation alene handler om at vurdere akuthed og ikke om at diagnosticere, hvorfor de mener, at der ikke er tale om en lægefaglig opgave. Det er primært argumentet i den hollandske case. De ser det i høj grad som en selvstændig disciplin, som kræver personale med en særskilt uddannelse – rettet mod det ene formål at telefonvisitere. På den anden side argumenterer den engelske case for, at både læger og sygeplejersker kan varetage telefonvisitation i lægevagten, men at det er billigere at lade sygeplejersker gøre det. Udover at det er billigere med sygeplejersker, mener de også i England, at det er mere sikkert at lade sygeplejersker gøre det end læger, forudsat at sygeplejerskerne trænes i at benytte det elektroniske beslutningsstøttersystem TAS. Argumentet her er, at brugen af TAS sikrer en systematisk og mere standardiseret visitation, end den læger kan tilbyde. Modsat holdningen i den hollandske case skelner den engelske case ikke skarpt mellem vurdering af akuthed og diagnosticering. Det engelske casestudie understreger faktisk, at TAS vurderer akuthed, påkrævet behandlingsniveau og diagnose.

Vi kan også konkludere, at sygeplejerskernes telefonvisitation er professionaliseret i form af den specifikke uddannelse, kvalitetsmonitorering og -udvikling samt efteruddannelse, der er forbundet med at arbejde som telefonvisitator i en lægevagt. Sygeplejerskernes visitationspraksis bliver jævnligt monitoreret i forhold til sikkerhed og kvalitet, ligesom læring og udvikling af sygeplejerskernes telefoniske visitationspraksis er en central del af lægevagtordningernes arbejde med at sikre en høj kvalitet. Der bliver fx gennemført audits 1-2 gange om året et antal tilfældigt udvalgte telefonopkald pr. sygeplejer-

ske. Disse telefonopkald bliver gennemgået systematisk i forhold til bestemte faglige indikatorer for sikkerhed og kvalitet. På den baggrund bliver sygeplejerskerne bedømt og får at vide, hvor deres styrker og svagheder er, og hvordan de kan arbejde med at forbedre deres telefoniske visitationspraksis.

I de udenlandske cases bruger sygeplejerskerne enten kliniske retningslinjer for visitation eller elektroniske beslutningsstøttereds kab, når de telefonvisiterer. I lægevagttordningen i Holland bruger doktorassistenterne (endnu) ikke et elektronisk beslutningsstøttereds kab. De har bevidst fravalgt at bruge elektroniske beslutningsstøttereds kab, primært ud fra et argument om, at de vil begrænse doktorassistenterne i at tænke selvstændigt. Fx kritiseres de elektroniske beslutningsstøttesystemer for at have en meget lang liste af spørgsmål, som man skal stille for at komme frem til en visitationsbeslutning. I den hollandske lægevagtt har man i stedet valgt at bruge de såkaldte visitationsprotokoller, som er en form for kliniske retningslinjer for telefonvisitation. I Holland arbejder sygeplejerskerne ud fra en tilgang om, at det ikke er nødvendigt at stille mange spørgsmål for at kunne vurdere graden af akuthed korrekt. De hollandske sygeplejersker afslutter 44 % af alle telefonopkald i telefonen. En telefonlæge er involveret i mellem en fjerdedel og en tredjedel af de opkald, der bliver afsluttet i telefonen.

Af det svenske casestudie fremgår, at sygeplejerskerne overordnet er glade for deres beslutningsstøttereds kab, men lidt utilfredse med at systemet stiller for mange spørgsmål og i den forstand er for lidt sygeplejerske fokuseret. De mener, at systemet i høj grad er udviklet ud fra lægers måde at tænke i udredning på og mindre ud fra de konkrete behov i den særlige telefonvisitation.

I den engelske case mener man, at det elektroniske beslutningsstøttereds kab TAS (Telephone Advice System) er en forudsætning for en ensartet og sikker service. Både sygeplejersker og læger er enige om, at de elektroniske beslutningsstøttereds kab bl.a. er årsagen til, at sygeplejevisitation i telefonen i dag i England vurderes som mere sikker, end når læger telefonvisiterer. Den primære årsag er, at læger, der visiterer telefonisk, ikke anvender TAS. En afgørende fordel ved TAS er, at det systematiserer og standardiserer visitationen til en vis grad og gør det nemmere at måle kvaliteten af ydelsen, fordi systemet medfører en mere omfattende dokumentation af telefonvisitationerne. De engelske sygeplejersker anerkender, at uanset om sygeplejersker anvender TAS eller ej, så vil der altid være et element af subjektivitet og dermed variation i måden, hvorpå den enkelte sygeplejerske visiterer. TAS skal ses et støttereds kab til sygeplejersken – og ikke et beslutningstagningsprogram. Det er stadig vigtigt, at sygeplejersken kan tænke og handle selvstændigt. I England arbejder sygeplejerskerne ud fra en tilgang om, at det er nødvendigt at stille mange og flere obligatoriske spørgsmål for at vurdere graden af akuthed korrekt. Ifølge personalet afslutter sygeplejerskerne i denne lægevagttordning ca. 25-30 % opkald i telefonen.

Blandt de udenlandske cases er der forskel på, om sygeplejerskerne kan komme i kontakt med en læge (lægelig supervision), mens de telefonvisiterer. I Holland er der altid en telefonlæge til stede i lægevagttordningens opkaldscenter, som sygeplejerskerne ringer til, hvis de er usikre eller i tvivl om, hvordan de skal vurdere eller rådgive om patienternes problemer. Telefonlægen har desuden til opgave at godkende udfaldet af de telefonopkald, hvor sygeplejersken har afsluttet patienten i telefonen. I den engelske case findes der ikke en formaliseret lægelig supervision; den er sporadisk i den forstand, at hvis der er en læge i huset, fx en læge der kører hjemmebesøg, så er det muligt for sygeplejerskerne at spørge vedkommende til råds. Den engelske lægevagttordning giver udtryk for, at der er behov for en mere formaliseret lægefaglig supervision, idet sygeplejerskerne synes at benytte sig af den, når de har muligheden. I alle cases modtager sygeplejerskerne undervisning og supervision fra vagtlægerne med henblik på at øge den faglige kvalitet i telefonvisitationen.

De udenlandske casestudier peger samlet set på, at patienttilfredsheden er høj. Men i både Holland og England genkender sygeplejerskerne mønstret med, at de utilfredse patienter typisk er dem, der ringer ind med en forventning om at få en læge i røret. Sygeplejerskerne i den svenske Sjukvårdsrådgiv-

ning oplever stort set ikke disse skuffede forventninger, fordi deres telefonlinje har et helt enkelt og tydeligt formål: at patienter kan ringe og få rådgivning af en sygeplejerske. Erfaringerne med, hvad der giver mere tilfredse patienter, er fx at give sig god tid til at lytte og give grundige råd til patienten om, hvad de selv kan gøre for at afhjælpe problemet eller at sikre sig, at man har afstemt forventningerne ved fx at fortælle patienten som det første, hvad de kan forvente sig af telefonvisitationen. Den afsluttende fase i en telefonvisitation er desuden afgørende for, om patienterne er tilfredse. Afslutningen skal optimalt indeholde en forventningsafstemning; en forklaringsfase hvor sygeplejersken gør rede for, hvorfor hun er kommet frem til pågældende beslutning, og en motivationsfase hvor sygeplejersken sikrer sig, at patienten er indforstået med og accepterer beslutningen og føler sig tryk ved den. Casestudierne viser en generel tendens til, at sygeplejerskerne skaber tryghed og sikkerhed for begge parter ved at opfordre patienten til at ringe igen, hvis han/hun bliver ved med at være bekymret, eller hvis helbredstilstanden forværres.

6.3 Diskussion

6.3.1 Telefonvisitation som en særlig disciplin

Telefonvisitation bliver opfattet som den sværeste og mest risikobetonede opgave i lægevagten (1; 2). Et særligt vilkår ved telefonvisitation er, at visitator hverken har visuel eller fysisk kontakt med patienten og derfor skal vurdere graden af akuthed i patientens problem uden at gøre brug af det kliniske blik og kliniske undersøgelser. Visitator skal kunne vurdere problemets grad af akuthed, og hvilket behandlingsniveau det kræver *alene* ud fra, hvad patienten siger – også mellem linjerne og i baggrunden (36). Det er afgørende, at visitator har de rette kompetencer til at vurdere patienternes problemer uafhængigt af det kliniske blik og den kliniske undersøgelse.

Særlige kompetencer

I det følgende beskriver vi nogle af de særlige kompetencer, som forskningen peger på, at der kræves i telefonvisitation. Disse kompetencer har til formål at kompensere for manglen på visuel og fysisk kontakt med patienten.

For at minimere risici forbundet med telefonvisitationer og -konsultationer kan man overveje, at (37):

- ◆ personalet er specifikt uddannet til telefonvisitation og -konsultation
- ◆ personalet gør brug af detaljerede protokoller
- ◆ der er tid til telefonsamtalen; en telefonkonsultation skal tage lige så lang tid som en ansigt-til-ansigt konsultation om samme problem
- ◆ alle samtaler optages
- ◆ personalet har en lav tærskel for at visitere til ansigt-til-ansigt konsultation
- ◆ personalet har en udviklet sans for betydning af verbale hints/spor
- ◆ der er fokus på omhyggeligt at indhente patienternes sygehistorier som compensation for den manglende visuelle og fysiske kontakt
- ◆ der bliver gennemført strukturerede evalueringer af vurderinger af akuthed i telefonopkald (37).

Flere forskellige kvalitative studier undersøger, hvordan sygeplejersker kompenserer for manglen på visuel og fysisk kontakt med patienten ved at skabe billeder af eller forestille sig, hvordan patienten og hans/hendes symptomer ser ud (38; 39; 40). Et redskab er at optræne telefonvisitatorens evne til at visualisere patologien og personen (38). Grundtanken er, at den kliniske udredning er kontekstafhæn-

gig, og i dette tilfælde skal konteksten genskabes ud fra telefonvisitors evne til at visualisere (38). Selvtæst, lokalisering af smerte eller symptom, kontrastbilleder og nonverbal kommunikation er også kommunikative redskaber, der kan kompensere for den manglende visuelle og fysiske kontakt med patienten (39; 41).

I den danske l gevagtt rdsning findes der ikke nationale retningslinjer for telefonvisitation. I nogle regioner visiterer vagtlæger på baggrund af kliniske retningslinjer, men de varierer fra region til region (2). Med andre ord kan danske vagtl gers visitationspraksis variere på grund af personlige eller regionale forskelligheder i opfattelsen af, hvordan akuthed og den krævede behandling skal vurderes. Danske vagtlæger kalkulerer med 10-15 telefonopkald i timen, dvs. mellem 4-6 minutter til hvert telefonopkald (2). Man kan derfor overveje, om sikkerheden i telefonvisitationen i den danske l gevagtt rdsning kan øges, hvis man implementerer fælles kliniske retningslinjer eller kliniske beslutningsstøtteredskaber, der kan understøtte vagtl gernes telefonvisitation, og hvis der sættes mere tid af til selve telefonvisitationen med henblik på at anvende nogle af de kommunikative redskaber, der kan kompensere for den manglende visuelle og fysiske kontakt med patienterne.

6.3.2 Kvalitet og sikkerhed

Litteraturstudiet og data fra casestudierne viser, at det er muligt og hensigtsmæssigt at monitorere kvaliteten af telefonvisitationer ved at analysere kommunikationen i telefonsamtalerne. Der eksisterer fx et bed mmelsesredskab, der kan evaluere kommunikationskompetencer hos telefonvisitors, der arbejder i lægevagter med henblik på at forbedre kvaliteten af kommunikationen (36). Det kaldes for RICE-kommunikationslisten og vurderer bl.a. kommunikationen ud fra, hvordan telefonvisitorsen pr st rer inden for disse tre hovedtemaer (6):

1. Aktiv lytning: personlig situation, indhentning af sygehistorie, reaktion på ikke-verbale signaler
2. Aktiv rådgivning: rådgivning om hvad patienten selv kan gøre for at afhjælpe problemet, og om hvornår patienten skal ringe igen ("safety net advice"), kontrollere at patienten har forstået og accepteret rådene
3. Struktur: personlige data, konklusion på visitationen, afbrydelse, opsummering og introduktion af de forskellige faser i visitationen.

I Sundhedsstyrelsens evaluering af kvaliteten i den danske l gevagtt rdsning måler man kvaliteten og sikkerheden i den samlede l gevagtt rdsning i form af antal klager, patienttilfredshed og vagtl gernes egen vurdering af den faglige kvalitet. Fremover kan det være relevant at overveje, om vagtl gernes kommunikation i forbindelse med telefonvisitationer jævnligt skal gøres til genstand for en systematisk audit af den kommunikative kvalitet, eksempelvis ved at bruge nogle af de validerede måleinstrumenter, der allerede findes til samme formål (jf. RICE-kommunikationslisten).

Ligeledes beskriver vi i casestudierne, hvordan de undersøgte l gevagtt rdsninger løbende monitorerer kvaliteten, bl.a. ved at gennemføre audits af tilfældigt udvalgte telefonopkald for hver enkelt sygeplejerske (telefonvisitor). En anden måde at monitorere og udvikle kvaliteten i telefonvisitationer er, at telefonvisitorserne systematisk kan indhente oplysninger om, hvad der rent faktisk skete med patienten efter telefonvisitationen. Opfølgning på patienthenvisninger er en betydningsfuld del af en læringsproces. Hvis telefonvisitorsen fx kan få svar på, om et barn med høj feber havde meningitis eller ej, bliver læring en internaliseret del af arbejdet som telefonvisitor. Med andre ord at der er mulighed for at kontrollere, om graden af akuthed var vurderet korrekt, og hvis ikke kan man analysere, hvad gik der galt i den pågældende visitation.

De danske vagtlæger efterlyser selv muligheden for mere læring i forhold til at kunne indhente information om, hvordan det rent faktisk gik patienten efter en telefonvisitation (2). Et optimalt redskab i

forhold til systematisk at integrere mere læring i lægevagtordningens telefonvisitation kan være en tværgående fælles elektronisk patientjournal, som både almen praksis, lægevagtordningen og sygehusene har nem adgang til og kan dokumentere i.

6.3.3 Effektivitet vs. sikkerhed

Indbygget i lægevagtordningers telefonvisitation er spændingsfeltet mellem effektivitet og sikkerhed. Effektivitet målt ud fra antal opkald afsluttet i telefonen kan stå i modsætning til hensynet til sikkerhed vurderet ud fra, hvor hyppigt telefonvisitatoren undervurderer graden af akuthed. Der mangler viden om, hvordan man opnår en hensigtsmæssig balance i dette spændingsfelt.

I den danske lægevagtordning kan der være økonomiske incitamenter for vagtlægerne til at afslutte flest muligt patienter i telefonen. Taksten for at afslutte patienten i telefonen er 87,46 kr. (A-vagt) eller 110,5 kr. (B-vagt), mens taksten for at visitere patienten videre til enten konsultation eller sygebesøg/hjemmebesøg er 37,82 kr. (A-vagt) eller 46,79 kr. (B-vagt) (2). I Danmark afslutter lægerne, der visiterer telefonisk i lægevagten, ca. 56 % af telefonopkald i telefonen (2), mens sygeplejersker, der telefonvisiterer i udlandet, afslutter mellem 27,5 til 50 % af alle telefonopkald i telefonen. Man kan overveje, om det giver den bedst mulige kvalitet og sikkerhed i telefonvisitationen, når taksterne er skruet sammen på denne måde.

7. anbefalinger

Telefonisk visitation er den sværeste og mest risikobetonede opgave i lægevagtordninger. På baggrund af data fra rapportens litteratur og casestudier anbefaler vi derfor, at telefonvisitation i den danske lægevagtordning i højere grad bliver gjort til genstand for en professionalisering. *Uanset hvilken faggruppe, der varetager den telefoniske visitation*, anbefaler vi at styrke en *professionalisering af telefonisk visitation* ved at implementere følgende tiltag og elementer:

- ◆ At telefonvisitatorer gennemgår et omfattende uddannelsesprogram, som træner dem i de særlige kompetencer, der kan optimere sikkerheden i telefonvisitation. Eksempler på særlige kompetencer er:
 - Evnen til først og fremmest at vurdere grad af akuthed
 - Evnen til at gennemføre en relativ standardiseret struktur i samtalen
 - Aktiv lytning, fx opsummering af patientens sygehistorie
 - Aktiv rådgivning, fx tjekke om patienten har forstået og accepteret rådgivningen
 - Brug af visualisering, selv-test, kontrastbilleder og non-verbal kommunikation
- ◆ At der bliver skabt bedre muligheder for dokumentation og monitorering ved at:
 - Alle telefonsamtaler optages
 - Telefonvisitation i højere grad bliver it-understøttet, fx elektronisk journalsystem
 - Telefonvisitator systematisk dokumenterer indhold i og udfald af alle telefonsamtaler
- ◆ At alle lægevagtordninger benytter sig af nationale, kliniske retningslinjer for telefonvisitation
- ◆ At der i hver lægevagtordning bliver tilknyttet en kvalitetsorganisation, der har til opgave at monitorere samt optimere sikkerheden og kvaliteten i telefonvisitation (og i den resterende del af lægevagtordningen)
- ◆ At man monitorerer kvaliteten og sikkerheden i den telefoniske visitation ved at:
 - Gennemføre jævnlige audits af ca. fem tilfældigt udvalgte telefonsamtaler pr. telefonvisitator
 - Anvende validerede instrumenter til at måle kvaliteten i kommunikationen, hvor telefonvisitors kompetencer vurderes (kompetenceprofil) i audits
 - Lægge en plan for den enkelte telefonvisitors videre kompetenceudvikling på baggrund af resultater fra audit
- ◆ At man systematisk integrerer læring af utilsigtede hændelser, bl.a. ved at kunne følge patienternes videre færd i sundhedssystemet
- ◆ At der løbende er fokus på at efteruddanne telefonvisitatorer
- ◆ At de organisatoriske rammer for telefonvisitation forbedres ved at:
 - Der bliver sat tid nok af til telefonvisitation
 - Telefonvisitator har nem adgang til patienternes journaler fra almen praksis, sygehus og/eller hjemmesygepleje

- Telefonvisitator direkte kan booke en tid til patienten, hvis han/hun skal til konsultation hos en vagtlæge.

Litteratur

- 1) Derkx HP. For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands. Maastricht: Department of General Practice, University of Maastricht; 2008.
- 2) Sundhedsstyrelsen. Kvaliteten i den danske lægevagtsordning. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 3) Danske Regioner. Et sammenhængende akutsystem - baggrundsnotat fra Danske Regioner. København: Danske Regioner; 2009.
- 4) Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den BW et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Qual.Saf Health Care 2007; 16(3):181-4.
- 5) Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hour's primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. BMJ 1998; 317(7165):1054-9.
- 6) Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg BH, Winkens RA, Muijtjens AM, van Rooij HG et al. Quality of communication during telephone triage at Dutch out-of-hours centres. Patient.Educ.Couns. 2009; 74(2):174-8.
- 7) Derkx HP, Rethans JJ, Muijtjens AM, Maiburg BH, Winkens R, van Rooij HG et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ 2008; 337:a1264.
- 8) Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J et al. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. BMJ 1999; 319(7222):1408.
- 9) Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hour's primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ 2000; 320(7241):1053-7.
- 10) Ong RS, Post J, van RH og de HJ. Call-duration and triage decisions in out of hour's cooperatives with and without the use of an expert system. BMC.Fam.Pract. 2008; 9:11.
- 11) Dale J, Crouch R og Lloyd D. Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. Nurs.Stand. 1998; 12(47):41-5.
- 12) Moll van Charante EP, ter RG, Drost S, van der LL, Klazinga NS og Bindels PJ. Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. BMC.Fam.Pract. 2006; 7:74.
- 13) O'Cathain A, Munro J, Armstrong I, O'Donnell C og Heaney D. The effect of attitude to risk on decisions made by nurses using computerised decision support software in telephone clinical assessment: an observational study. BMC Med Inform.Decis.Mak. 2007; 7:39.
- 14) Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H, Oort F, Grol R, Klazinga N et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire. I: Moll van Charante EP (red.). Dutch general practitioners in a time of change.

Studies on out-of-hours and GP hospital care. Amsterdam: Academic Medical Center, University of Amsterdam; 2007: 88-102.

- 15) Giesen P, Moll van CE, Mokkink H, Bindels P, van den BW og Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. Patient.Educ.Couns. 2007; 65(1):131-6.
- 16) Kjellberg J, Sørensen J, Hansen J, Andersen S, Avnstrøm L og Borgstrøm L. Almen praksis som koordinator - en international belysning. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2007. (DSI rapport 2007.02).
- 17) Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research; 2007.
- 18) Borghuis M. Interview med direktør for Nijmegen lægevagtordning Marion Borghuis. 2009.
- 19) Holla S. Interview medicinsk rådgiver i Nijmegen lægevagtordning, Sibert Holla. 2009.
- 20) Fokusgruppeinterview med doktorassistenter fra Nijmegen lægevagtordning. 2009.
- 21) Poel M. Interview med chef for Bureau van Campen, Myrna van der Poel. 2009.
- 22) Verheggen S. Interview med kvalitetskonsulent i Nijmegen lægevagtordning Sabine Verheggen. 2009.
- 23) Kool RB, Homberg DJ og Kamphuis HC. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. BMC.Health Serv.Res. 2008; 8:225.
- 24) Interview med afdelingsleder, sygeplejerske, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 25) Observation i telefonvisitation, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 26) Interview med sygeplejerske, ansat i telefonvisitation, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 27) Foster J, Jessopp L og Dale J. Concerns and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. Br J Gen.Pract. 1999; (49):111-3.
- 28) Interview med senior sygeplejerske, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 29) Administrerende sygeplejerske, lægevagt, England. 2009.
- 30) Interview med kvalitetschef, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 31) Interview med administrerende læge, lægevagt, Nordengland. 2009.
- 32) Rahmqvist M, Husberg M. Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon: En analys av rådgivningsverksamheten 1177 i Östergötland och Jämtland. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2009. (CMT Rapport).
- 33) Zadig M. Interview med Chef for Sjukvårdsrådgivningen Malmö, Mona Zadig. 2009.
- 34) Fokusgruppe med sygeplejersker ansat i Sjukvårdsrådgivningen Malmö. 2009.
- 35) Jansson E, Stenström A. Hur ser telefonsjuksköterskor på RGS? 2009.
- 36) Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA og Ram PM. Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. Br.J.Gen.Pract. 2007; 57(538):383-7.

- 37) Car J, Freeman GK, Partridge MR og Sheikh A. Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. Qual.Saf Health Care 2004; (13):2-3.
- 38) Edwards B. Seeing is believing--picture building: a key component of telephone triage. J Clin.Nurs. 1998; 7(1):51-7.
- 39) Pettinari CJ, Jessopp L. "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS Direct. J Adv.Nurs. 2001; 36(5):668-75.
- 40) Holmstrom I, Hoglund AT. The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. J Clin.Nurs. 2007; 16(10):1865-71.
- 41) Wahlberg AC, Cedersund E og Wredling R. Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. J Clin.Nurs. 2003; 12(1):37-45.
- 42) Wahlberg AC, Wredling R. Telephone nursing: calls and caller satisfaction. Int J Nurs.Pract. 1999; 5(3):164-70.

Bilag 1: Søgetermer og -strategi

Database	Søgning 1	Antal fund
	(Limits: 1995 – present, engelsk, dansk, svensk og norsk litteratur)	
PubMed	#1 Nurses [MeSH] OR Nurse Practitioners [MeSH] OR Nurse's role [MeSH]	49.362
	#2 #1 AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	40
	#3 After-Hours Care [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	17
	#4 #1 AND Family Practice [MeSH] AND After Hours Care [MeSH]	9
	#5 "Nurse triage" [All fields]	50
	#6 "Nurse telephone triage" [All fields]	18
Embase	#7 Nurse [MeSH] OR Nurse Practitioner [MeSH] OR Nursing Role [MeSH]	13.859
	#8 #7 AND Telephone [MeSH] AND Triage [All fields]	33
	#9 #7 AND Telephone [MeSH] AND Out of hours [All fields]	14
	#10 #7 AND Telephone [MeSH] AND After hours [All fields]	10
	#11 #7 AND General Practice [MeSH] AND Triage [All fields]	13
	#12 "Nurse telephone triage" [All fields]	8
Cinahl	#13 Nurses [MeSH] OR Nurse Practitioners [MeSH] OR Nursing Role [MeSH]	52.546
	#14 #13 AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	40
	#15 Triage [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Out of hours [TX]	12
	#16 Family Practice [MeSH] AND Triage [MeSH]	38
	#17 Telephone [MeSH] AND Nurse triage [TX]	28
PsycInfo	#18 Nurses [MeSH] OR Nurse Practitioners [MeSH]	7809
	#19 #18 AND Telephone Systems [MeSH] AND Triage [All fields]	7
	#20 #18 AND Telephone Triage [MeSH]	24
	#21 Family Medicine [MeSH] AND Triage [All fields]	2
Cochrane	#22 Nurses [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	8
SveMed	#23 Nurses [MeSH] OR Nurse Practitioners [MeSH] AND Triage [MeSH]	6
	#24 Family practice [MeSH] AND Triage [MeSH]	2
	#25 Nurses [MeSH] OR Nurse Practitioners [MeSH] AND After-Hours Care [MeSH]	0
Google Sch.	#26 "Telephone nurse triage"	25

Database	Søgning 2	Antal fund
	(Limits: 1995 - present, engelsk, dansk, svensk og norsk litteratur)	
PubMed	#1 After-Hours Care [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	17
	#2 Physicians [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	3
	#3 Physicians [MeSH] AND Triage [MeSH]	53
	#4 Physicians [MeSH] AND "Telephone triage" [All fields]	9
	#5 After-Hours Care [MeSH] AND Evaluation Studies [Publ. type]	36
Embase	#6 (Physician OR General Practitioner [MeSH]) AND Telephone [MeSH] AND Triage [All fields]	35
	#7 (Physician OR General Practitioner [MeSH]) AND Telephone triage [All fields]	34
	#8 (Physician OR General Practitioner [MeSH]) AND Evaluation [MeSH] AND Triage [All fields]	13
Cinahl	#9 Physicians [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND Triage [MeSH]	5
	#10 Primary Health Care [MeSH] AND Telephone Triage [MeSH]	1
	#11 Physicians [In title] AND Triage [All text]	56
PsycInfo	#12 Physicians [MeSH] AND Telephone Systems [MeSH] AND Triage [All fields]	2
	#13 Primary Health Care [MeSH] AND Telephone Triage [MeSH]	5
	#14 Family Medicine [MeSH] AND Telephone Triage [MeSH]	14
Cochrane	#15 Physicians [MeSH] AND Telephone [MeSH] AND [Triage]	1
	#16 Physicians [MeSH] AND Telephone triage [All fields]	1
SveMed	#14 Physicians [MeSH] AND Triage [MeSH]	3
	#15 Physicians [MeSH] AND After-Hours Care [MeSH]	7
Google Sch.	#16 Physicians AND "After hours" AND "Telephone triage" NOT Emergency	25

Bilag 2: Skema over inkluderede studier i litteraturstudiet

Studie (forfatter, år, land, ref.nr.)	Formål	Studiedesign / Teoretiske perspektiver	Studieperiode	Population / empirisk grundlag	Resultater	Kommentarer (centrale bias, svagheder ved studiet)
Giesen et al. 2007 Holland (4)	Sikkerhed og kvalitet. Stiller spørgsmålet: Vurderer sygeplejersker graden af "urgency" korrekt, når de benytter de <i>nationale telefon-guidelines</i> ?	Cross-sectional, multi-centre, observational study. Brug af "fantom"-patienter og konstruerede sygehistorier. 7 kliniske cases udviklet af panel af praktiserende læger.	Sidste kvartal 2003	352 brugbare kontakter i alt. 118 sygeplejersker fra 4 lægevagtordninger i Holland.	- 69 % af de 352 kontakter blev vurderet korrekt med hensyn til akuthed. - I 19 % af kontakterne blev akutheden undervurderet. - Studiet fandt en sammenhæng mellem, hvor godt sygeplejersker var instrueret i brug af nationale telefon-guidelines og korrekt vurdering af akuthed. - Telefonvisitation ved sygeplejersker er <i>effektiv</i> , men muligvis <i>ikke sikker</i> .	Uklart hvordan lægepraksis og sygeplejersker er selekteret til undersøgelsen. Studiet mangler at redegøre for forskelle i sygelighed og en statistisk kontrol af resultaterne for samme. Lille population.
Lattimer Val et al. 1998 UK (5)	Sikkerhed og effektivitet. Måler om der er ækvivalens i antal utilsigtede hændelser hos patienter, der ringer til henholdsvis en sygeplejerske (interventionsgruppe) og en læge (kontrolgruppe) i lægevagten.	Block randomiseret kontrolleret. Interventionsstudie. (Alle opkald ved sygeplejersker blev foretaget ved hjælp af elektronisk støtteredskab (TAS). Lægernes opkald blev foretaget uden brug af TAS.)	Interventionsperiode: 1 år	1 lægevagtordning, 55 læger og 97.000 registrerede patienter. Lægevagten modtog 14.492 opkald i prøveperioden for interventionen. 7.308 i kontrolgruppe 7.184 i interventionsgruppen.	- Ordningen med sygeplejerske bemandet telefonvisitation i lægevagten fører ikke til flere utilsigtede hændelser end den eksisterende lægevagtsordning. - Telefonisk sygeplejevisitation ved hjælp af TAS er lige så sikkert, som når læger visiterer telefonisk uden brug af TAS. - Studiet sandsynliggør, at sygepleje-telefonisk konsultation kan medvirkede til reduktion i praktiserende lægers arbejdsbyrde.	Ækvivalensgrænserne (80-125 %) for et primary endpoint som 7 dages mortalitet er brede. Selektionsbias i rekrutteringen af sites og forsøgspersoner kan påvirke resultaterne. Der er ikke deskriptivt redegjort eller statistisk kontrolleret for forskelle i baggrundsmorbiditet.
Derkx H et al. 2009 Holland (6)	Kvaliteten i kommunikationen, opkaldsvarighed.	Inkognito standardiserede patienter (ISPs). 7 kliniske cases udvikles af panel af praktiserende læger.	1 år	Studiet gør brug af 14 ISPs, som ringer til 17 forskellige lægevagtordninger. I alt blev 357 opkald vurderet af 285 forskellige visitatorer.	- Der er en positiv sammenhæng mellem længde af telefonkonsultationer og den overordnede score for kommunikation. - Der er mangler forbedringspotentialer i kvaliteten af kommunikationen i sygeplejerskers telefonvisitation.	

Studie (forfatter, år, land, ref.nr.)	Formål	Studiedesign / Teoretiske perspektiver	Studieperiode	Population / empirisk grundlag	Resultater	Kommentarer (centrale bias, svagheder ved studiet)
Derkx H et al. 2008 Holland (7)	Kvalitet og sikkerhed.	Studiet anvender samme data fra ovenstående studie.	1 år	Studiet gør brug af 14 ISPs, som ringer til 17 forskellige lægevagtordninger. I alt blev 357 opkald vurderet af 285 forskellige visitatorer.	- Graden af akuthed blev vurderet korrekt i 58 % af alle telefonopkald. - Akuthed blev undervurderet i 41 % af alle opkald. - Studiet konkluderer, at sygeplejerskerne stiller for få obligatoriske spørgsmål til mest korrekt at kunne vurdere graden af akuthed.	Der redegøres ikke for de obligatoriske spørgsmål, som telefonvisitator skal stille for at kunne vurdere graden af akuthed korrekt. Det gør det svært at vurdere, hvor skrappe kravene er.
Thompson, George; Lattimer et al. 1999 UK (8)	Effektivitet i sygeplejevisitation om natten. Studiet ligger i forlængelse af tidligere publikation, Lattimer 1998.	Block randomiseret kontrolleret. Interventionsstudie. (Opfølgingsstudie på eksisterende RCT fra Lattimer et al.).	Interventionsperiode: 1 år	Studiet inkluderer 210 borgere, 223 opkald over to 2-ugers perioder. 123 opkald besvares af læger. 100 opkald besvares af sygeplejersker. En lægevagtordning med 55 læger og 97.000 registrerede patienter.	- Studiet konkluderer, at sygeplejersker, der visiterer i lægevagt, kan håndtere lige så mange opkald om natten som om aftenen og i weekenden, uden at det medfører et øget antal henvendelser i almen praksis op til 3 dage efter visitationen – eller et øget antal hjemmebesøg.	
Lattimer, Val et al. 2000 UK (9)	Økonomiske konsekvenser ved at erstatte læger med sygeplejersker i telefonvisitation i lægevagten. Elektronisk beslutningsstøtteredskab.	Randomiseret kontrolleret. Omkostningskonsekvensberegning af en ordning med sygeplejebemandede lægevagter sammenlignet med lægebemandede ordninger.	Januar 1997-januar 1998	1 lægevagtordning, 55 læger og 97.000 registrerede patienter. Inkluderer over 14.000 opkald.	- Studiet fandt et betydeligt besparelspotentiale ved den sygeplejebemandede lægevagt for NHS. - Meromkostninger i forbindelse med interventionen blev anslået til £81.237. - Besparelse i sekundær sundhedssektor på £94.422 på grund af færre akutte indlæggelser. - NHS-omkostninger til praktiserende læger reduceret med £16.928 om året. Forfatterne peger på, at det er NHS, der får en besparelse på grund af færre akutte indlæggelser, mens det er de privatpraktiserende almenpraktisilæger, der har udgiften til lægevagten. Det økonomiske incitament for lægerne ville muligvis være større, hvis NHS derfor medfinansierede en ordning med sygeplejebemandede lægevagter.	Dette studie kan kun udtale sig om omkostninger, ikke om ændringer i sundhedstilstand og/eller kvaliteten af service. Analysen er baseret på eksperimentelle data fra et RCT. Forfatterne peger på, at hvis projektet skal indføres som en fast "real life" ordning, bør denne også evalueres i praksis.

Studie (forfatter, år, land, ref.nr.)	Formål	Studiedesign / Teoretiske perspektiver	Studieperiode	Population / empirisk grundlag	Resultater	Kommentarer (centrale bias, svagheder ved studiet)
Ong R et al. 2008 Holland (10)	Effektivitet, elektronisk beslutningsstøtterskab, tidsforbrug, henvisningsmønster. Undersøger effektiviteten ved indførelse af ekspertsystemer. Sammenligner lægevagtordninger, der bruger TAS, med en lægevagtordning der ikke bruger TAS.	Registerstudie.	1 måned: oktober 2002	Studiet inkluderer: 2 lægevagtordninger. Tilburg: Population på 250.000. Groningen: Population på 170.000. Inkluderede opkald (oktober 2002): Tilburg: 3.466 Groningen: 2.028	- Studiet viser, at opkald ved brug af TAS i gennemsnit er 0,7 minut længere end opkald uden brug af TAS. - Studiet viser, at sygeplejersker i lægevagter med brug af TAS afslutter flere opkald i telefonen. - Studiet kan ikke dokumentere, om forskelle faktisk skyldes brug af TAS eller andre baggrundsfaktorer.	Det er uklart, i hvilken grad de to lægevagtordninger er sammenlignelige. Det er fx uklart om henholdsvis TAS- og ikke TAS-brugere har samme mulighed for at konsultere en læge under telefonsamtalen.
Dale et al. 1998 UK (11)	Effektivitet, elektroniske beslutningsstøtterskaber (TAS), variationer i opkaldsvarighed/tidsforbrug.	Retrospektivt observationsstudie af computerregistrerede opkald.	September 1996-marts 1997	1 lægevagtordning med 120 læger. Studiet inkluderer 10.188 opkaldsregistreringer via TAS. Studiet inkluderer 25 sygeplejersker.	- Studiet viser, at sygeplejersker, der anvender TAS, kan håndtere lidt over halvdelen af alle telefonopkald alene ved at rådgive patienten. - Uagtet brug af TAS var der variationer i opkaldsvarigheden. - Studiet kan ikke dokumentere, at længden af sygeplejerskernes erfaringer har indflydelse på variationer i opkaldsvarighed eller i henvisningsmønstre.	
Moll von Charante 2006 Holland (12)	Effektivitet. Variationer i effektivitet. Returkonsultationer. Viderehenvisninger.	Registerstudie. Cohorte. Chronbach's alpha T-test. Variationsanalyse.	November 2002-marts 2003. 2 ugers opfølgning.	1. lægevagtordning i Holland. 25 læger og 8 sygeplejersker. Betjener befolkning på 62.291. Inkluderer 2160 opkald udvalgt ud fra de 10 mest typiske henvendelsesårsager.	- Studiet viser, at sygeplejerskerne i gennemsnit afslutter 27,5 % opkald. - 72,5 % opkald førte til kontakt med læge. - 33,8 % opkald førte til returkonsultationer. - Studiet forklarer delvist variationer i effektivitet ved sygeplejerskernes forskellige opfattelser af, hvori deres arbejdsopgave består. - Variationer kan muligvis udligges ved hjælp af elektroniske beslutningsstøtterskaber.	

Studie (forfatter, år, land, ref.nr.)	Formål	Studiedesign / Teoretiske perspektiver	Studieperiode	Population / empirisk grundlag	Resultater	Kommentarer (centrale bias, svagheder ved studiet)
O'Cathain et al. 2007 UK/Scotland (13)	Variationer i effektivitet, risikovurdering, elektroniske beslutningsstøttereds-kaber. Undersøger betydningen af sygeplejerskers risikoattitude for deres beslutningstagning ved hjælp af elektronisk beslutningsstøttereds-kab.	Spørgeskemaundersøgelse. Risikoattitude måles ved hjælp af "Grol-instrument" og underkastes eksplorativ multilevel logistisk regressionsanalyse af sammenhæng mellem visitering til "selfcare" og risikoattitude og andre faktorer.	Opkald blev registreret over 6 måneder i 2005	Inkluderer 211 sygeplejersker og 231.112 telefonopkald. Spørgeskema uddelt til 464 personer. Svarprocenten var 57 %.	- Der er variationer i sygeplejerskers beslutningstagning, og selvom der ses statistisk signifikante sammenhænge mellem beslutningstagen og henvisning til "selfcare" for visse variable, fx antal års erfaring som sygeplejerske i visse niveauer af data, så ses det ikke i andre, og noget af variationen forbliver uforklaret i modellen. Den eksplorative faktoranalyse af sammenhænge mellem forskellige risikoattitude statements viste dårlig intern reliabilitet (Cronbach Alpha 0.40-0.57 mod de anbefalede 0,7-0,9).	Forfatterne peger på, at der er uforklarede indbyrdes sammenhænge i den statistiske model, og at studiet derfor ikke entydigt kan dokumentere, at sygeplejerskers risikoattitude påvirker deres beslutningstagen.
Moll van Charante et al. 2006 Holland (14)	Patienttilfredshed, kommunikation. Søger at udvikle nationalt survey, som kan måle patienttilfredshed.	Litteraturgennemgang. Interviews med patienter og personale. Pilotstudie: afprøver survey. Postomdelt spørgeskema.	Marts 2003-juni 2004	26 lægevagtordninger deltog.	- Der blev udviklet et måleinstrument til at måle patienttilfredshed, som kan bruges til forskellige lægevagtordninger. - Den samlede tilfredshed var stor. - Størst tilfredshed ved hjemmebesøg, lavest ved telefonkonsultation. Lavest tilfredshed med sygeplejerskers telefonvisitation.	

Bilag 3: Litteratur om Sjukvårdsrådgivningen i Sverige

Et svensk registerstudie undersøger henvendelses- og udfaldsmønster i en svensk sjukvårdsrådgivning. Sjukvårdsrådgivningen er en national og døgnåben telefonlinje, hvor sygeplejersker giver råd om egenomsorg og/eller henviser patienter til relevante indgange i sundhedsvæsenet (42). Studiets effektmål er at identificere, hvilke problemer folk ringer ind med, udfaldet af samtalen, tilfredshed med rådgivningen og i hvilken udstrækning folk følger de råd, de får i Sjukvårdsrådgivningen (42). Resultaterne for patienttilfredshed beskrives i afsnit om patienttilfredshed.

Over en periode på en uge i april 1997 blev alle opkald (n:2.866) til Sjukvårdsrådgivningen i Stockholm registreret med køn, alder, relation til patient, henvendelsesårsag, henvendelsesudfald og geografisk område (42).

En statistisk analyse af de 2.866 registrerede opkald viser følgende udfald: 49 % af alle henvendelser blev klaret ved råd om egenomsorg. I næsten $\frac{1}{4}$ af opkaldene (24 %) gav sygeplejerskerne information om, hvor og hvordan borgeren kan henvende sig i sundhedsvæsenet, fx telefonnummer og adresse til læge, sygehus eller apotek. 18 % blev rådet til at se en læge med det samme, mens 6 % blev rådet til at opsøge skadestue. I 2 % af tilfældene blev der ringet efter en ambulance. I 47 % af samtalerne var det en anden person end den syge selv, der ringede op (oftest forældre til børn under 18 år) (42).

Et svensk registerstudie undersøger patientflow og økonomiske effekter af indførelsen af telefonrådgivning: '1177 Sjukvårdsrådgivningen' i 2003 i Östergötland og i 2001 i Jämtland i Sverige (32). Forud for indførelsen var den politiske forventning, dels at Sjukvårdsrådgivningen ville mindske antallet af unødige henvendelser til sundhedsvæsenet, dels at staten ville spare op mod 3 billioner SEK eller 300 SEK pr. indbygger herved (32).

Studiet er baseret på opkaldsregistreringer i en uge i 2008. 660 patienter fra Östergötland og 670 patienter fra Jämtland blev udvalgt til at deltage i en spørgeskemaundersøgelse om bl.a. hvilken grad af hjælp de forventede at blive henvist til forud for samtalen, hvordan de oplevede at blive behandlet og kvaliteten af rådgivningen (32). Svarprocenten var ca. 49 % i begge lokalområder.

Resultaterne viser, at Sjukvårdsrådgivningen i Östergötland modtog 200.000 opkald. Samlet set er det sygeplejerskerne, der vurderer behandlingsniveauet i 42 % af alle opkald. I 20 % af opkaldene vurderede sygeplejerskerne, at problemet var mindre akut, end patienten havde forventet. Omvendt vurderede sygeplejerskerne, at patienten havde behov for behandling på højere niveau, end patienten havde forventet, i 13 % af opkaldene. I Östergötland blev 15 % af alle opkald afsluttet med råd om egenomsorg, hvilket svarer til en besparelse på 24.000 lægebesøg om året. I Östergötland ser man et markant fald i antal lægebesøg i 2004 (32).

Studiet viser, at bruttoeffekten af Sjukvårdsrådgivningen var 240 SEK pr. indbygger, svarende til 97 millioner SEK om året. På landsplan vurderer studiet, at det svarer til en besparelse på ca. 2 milliarder SEK om året og en udgift til ordningen på 425 millioner SEK, hvilket giver en samlet besparelse på lidt over 1,5 milliarder SEK. Studiet konkluderer derfor, at man har sparet omkring halvdelen af det, man forudså i 2003 (32).

Studiets vurderer desuden, at Sjukvårdsrådgivningen påvirker patientflowet i positiv retning. Resultatet er ifølge evalueringen færre henvendelser i sundhedsvæsenet kombineret med flere relevante henvendelser og flere råd om egenomsorg. Men studiet understreger, at der er dele af sundhedsvæsenet, som ikke har mærket effekten af Sjukvårdsrådgivningen, fx oplever vårdcentralerne i Östergötland en øget belastning af deres telefonlinjer, samtidig med at antallet af henvendelser i Sjukvårdsrådgivningen også er steget gennem de seneste år (32).

En svensk spørgeskemaundersøgelse måler patienttilfredsheden i en sjukvårdsrådgivning i Stockholm (42). Studiets effektmål er at identificere, hvilke problemer folk ringer ind med, udfaldet af samtalen, tilfredshed med rådgivningen og i hvilken udstrækning folk følger de råd, de får i Sjukvårdsrådgivningen. I dette afsnit præsenteres kun resultater for patienttilfredshed og patientadfærd.

I en periode på en uge i april 1997 blev alle opkald ($n=2.866$) til Sjukvårdsrådgivningen i Stockholm registreret. Hver 10. opkaldsperson ($n=203$) deltog i en elektronisk spørgeskemaundersøgelse, hvor de bliver bedt om at udtrykke, om de har fået den hjælp, de ønskede (42). Svarfrekvensen er på 71 %, og resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at 95 % angav, at de havde fået den ønskede hjælp. 85 % angav, at de havde fulgt de råd, de havde fået (42). Studiet konkluderer, at folk, der bruger Stockholms Sjukvårdsrådgivning, er tilfredse med den modtagne service, og at langt flertallet af opkaldspersonerne faktisk følger de råd, de får af sygeplejerskerne (42).