

Rapport

Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813

En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi



Sidsel Vinge og Susanne Reindahl Rasmussen

*Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813 – En kortlægning med
fokus på organisering, aktivitet og økonomi*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-89-8

Forsidefoto: Lars Degnbol

Projekt: 11422

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Det akutte sundhedsvæsen gennemgår store ændringer i disse år, ikke mindst på det præhospitale område. Det sker som følge af den ændrede sygehusstruktur med færre og større sygehusematrikler, nye kommunale akutfunktioner og som følge af udviklingen i almen praksis. Denne kortlægning udspringer af et ønske om at få mere viden om den del af området, der rummer de fire regionale vagtlægeordninger samt Region Hovedstadens Akuttefon 1813, fordi der ikke hidtil er foretaget større sammenlignelige beskrivelser af de fem regioners ordninger, som giver et samlet overblik over ligheder og forskelle i ordningernes nuværende organisering, bemanning, aktivitet og økonomi. Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner har derfor bedt VIVE om at udarbejde en så vidt muligt sammenlignelig beskrivelse af de fem regionale ordninger for henholdsvis lægevagten og Akuttefonen 1813.

Det er VIVEs forhåbning, at kortlægningen kan medvirke til at skabe et bedre vidensgrundlag for debatten om indretningen af det præhospitale område uden for dagtiden. Kortlægningen er omfattende, men kan læses selektivt og bruges som opslagsværk om de forskellige områder eller regioner.

Kortlægningen er blevet til i et samarbejde med en lang række personer, som VIVE ønsker at takke. Det drejer sig først og fremmest om projektets regionale kontaktpersoner, de fire vagtchefer samt ledelsen af Akuttefonen 1813. Alle har ydet store bidrag til kortlægningen.

Desuden takkes rapportens to reviewere, lektor Kim Rose Olsen og professor emeritus Lars Iversen, for deres bidrag samt mange indsigtsfulde kommentarer.

Endelig ønsker vi at takke projektets opdragsgivere for at have finansieret denne kortlægning af en væsentlig, men underbelyst del af det danske sundhedsvæsen.

*Forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg, VIVE Sundhed
2018*

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning og baggrund for kortlægningen.....	23
1.1 Læsevejledning	26
2 Metode	27
2.1 Indhentning af data	27
2.2 Verifikation af data	28
2.3 Sammenlignelighed, tilgængelig og kvalitet af data på tværs af regioner	28
3 Organisering, ledelse og bemanning	32
3.1 Ledelse og organisering af området	32
3.2 Metodiske valg vedrørende sammenligning af aktivitet på tværs af regioner	46
3.3 Geografisk fordeling af aktivitet på visitations- og konsultationssteder	49
3.4 Medarbejdersammensætning og bemanning i vagtlægeordningerne og 1813	57
4 Dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten.....	76
4.1 Borgernes muligheder for at kontakte lægevagten/Akuttefonen 1813	76
4.2 Brugen af beslutningsstøtteværktøjer, instrukser, vejledninger o.l.	79
4.3 Journalføring og dataadgang	81
4.4 Ledelse og koordination i vagttiden	83
4.5 Kommunikation mellem aktører og sektorer	86
4.6 Handlemuligheder i lægevagten og Akuttefonen 1813	89
5 Servicemål, klager, patientsikkerhed og kvalitetsudvikling	95
5.1 Servicemål	95
5.2 Patientsikkerhedsarbejdet og utilsigtede hændelser	101
5.3 Tilsynsforanstaltninger og klager	113
5.4 Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde	118
6 Aktivitet.....	124
6.1 Beskrivelse af grundydelse og ydelsesregistrering	124
6.2 Forbehold for sammenligning af aktiviteten	128
6.3 Kortlægning af aktiviteten i perioden 2009-2016	131
6.4 Kortlægning af aktiviteten i 2016	140
7 Økonomi.....	158
7.1 Honorarer for grundydelse i lægevagten og estimerede omkostninger pr. ydelse i Akuttefonen 1813	158
7.2 Vagtlægeordningernes omkostninger ved honorarbetalte ydelser i 2016	165
7.3 Region Hovedstadens lønomkostninger ved Akuttefon 1813 i 2016	171
7.4 Regionale driftsomkostninger ved vagtlægeordninger og Akuttefonen 1813 i 2016	172
7.5 Regionernes samlede omkostninger ved vagtlægeordninger i 2016	177
7.6 De samlede omkostninger ved alle honorarbetalte ydelser og driftsomkostninger ..	177

7.7	Specificerede omkostninger ved honorarbetalte ydelser til egne borgere og specificerede driftsomkostninger	179
7.8	Vagtlægers indtjening	181
Litteratur		183
Bilag 1	Kortlægningens opdrag	187
Bilag 2	Forbehold for sammenligninger af aktiviteten	189
Bilag 3	Beskrivelse af akuttelefonen i Region Sjælland	194
Bilag 4	Aktivitet fordelt på alder	195
Bilag 5	Beskrivelse af beregningerne for driftsudgifter ved de regionale lægevagtordninger og Akuttelefonen 1813 i vagttid	197
Bilag 6	Specificerede opgørelser af indtjeningen i forskellige typer af vagter.....	207
Bilag 7	Oversigt over anvendte forkortelser og begreber	211

Sammenfatning

Denne rapport indeholder en kortlægning af de regionale vagtlægeordninger og Akuttefonen 1813 i Region Hovedstaden. Opdraget er givet af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner samt Sundhedsstyrelsen (se Bilag 1, s. 187). Opdragsgiver har ønsket denne kortlægning, fordi der ikke hidtil er foretaget en større sammenlignelig beskrivelse af de fem regioners ordninger, som kan give et mere samlet overblik over ligheder og forskelle i ordningernes nuværende organisering, aktivitet eller økonomi. Dette blev også påpeget i Rigsrevisionens beretning om Akuttefonen 1813 i 2017 (Statsrevisorerne Rigsrevisionen, 2017), hvor Statsrevisorerne bl.a. konstaterer, at der er et uudnyttet potentiale for læring af bedste praksis, kvalitet og ventetid på tværs af regionerne.

Kortlægningen belyser følgende områder:

1. **Organisering og tilrettelæggelse af opgaven**, herunder ledelse og organisering, geografisk fordeling af aktivitet samt bemanning og medarbejdersammensætning (kapitel 3, s. 32).
2. **Dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten**, herunder borgernes kontaktmuligheder til ordningerne, brugen af instrukser og vejledning mv., journalføring og dataadgang, ledelse og koordination i vagttiden, kommunikation mellem aktører og sektorer i vagttiden samt handlemuligheder i vagtlægeordninger og Akuttefonen 1813 (kapitel 4, s. 76).
3. **Service og kvalitet**, herunder opfyldelse og anvendelse af servicemål, patientsikkerhedsarbejdet og opgørelse af utilsigtede hændelser, tilsynsområdet og klagesagsbehandlingen samt øvrig kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde, herunder kompetenceudvikling i regi af de enkelte ordninger (kapitel 5, s. 95).
4. **Aktivitet**, herunder den faktiske aktivitet fordelt på ydelsestype, unikke/gentagne henvendelser i de regionale vagtlægeordninger samt vagtlægeordningernes visitation til hospital henholdsvis Akuttefonen 1813's henvisninger til akutmodtagelser/akutklinikker (kapitel 6, s. 124).
5. **Økonomi**, herunder omkostninger ved aktiviteten med fordeling af omkostninger ved ydelsesbetalte honorarer og drift, omkostninger pr. ydelse samt vagtlægers gennemsnitlige indtjening (kapitel 7, s. 158).

Kortlægningen har et komparativt sigte, og i det omfang de tilgængelige data gør det muligt, og det vurderes at være retvisende, foretages der sammenligninger på tværs af regioner.

Da kortlægningen dækker en lang række områder, er den omfattende. VIVE har derfor valgt at udarbejde en længere sammenfatning, der opsummerer væsentlige hovedtræk på de enkelte områder. Det er ikke muligt at medtage alle relevante data i sammenfatningen, hvorfor der løbende henvises til de enkelte afsnit og tabeller/figurer i kortlægningen. Sammenfatningen gør det muligt at anvende kortlægningen som opslagsværk og dermed som grundlag for mere selektiv læsning af de enkelte temaer i kapitlerne 3-7.

Baggrund: Grundlaget for lægevagten og Akuttefonen 1813

Den danske vagtlægeordning har fungeret siden 1992. Regionsrådene er i henhold til sundhedsloven forpligtet til at stille en vagtordning til rådighed uden for almindelig konsultationstid i almen praksis. Vagtordningen er rammesat i overenskomst om almen praksis, som bl.a. indeholder rammer for vagttidens omfang, tilrettelæggelse af lægebetjeningen i vagttiden samt lægebetjeningen og visitationen i vagttiden. Herudover har de enkelte regioner indgået lokale aftaler om, på hvilke vilkår vagtordningerne kan tilrettelægges af de alment praktiserende læger. Praktiserende læger, der arbejder under overenskomsten, er berettigede og forpligtede til at deltage i lægevagten på de vilkår, der er

beskrevet i overenskomsten og de regionale vagtaftaler (dog rummer overenskomsten mulighed for vagtfritagelse grundet alder og sygdom). Øvrige læger kan, jf. overenskomstens bestemmelser, søge et såkaldt vagtydernummer og deltage i vagtarbejdet i en region til samme takster som regionens øvrige praktiserende læger. Følgende læger kan ifølge overenskomsten søge vagtydernummer: uddannelseslæger, læger uden speciallægeanerkendelse med dispensation fra samarbejdsudvalget og læger, der hidtil har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydernummer. Inden for denne ramme kan de enkelte ordninger have en mere snæver fortolkning af, hvem der tildeles vagtydernumre. Desuden kan det aftales regionalt, at praktiserende lægers ansatte læger og vikarer i almen praksis også deltager i vagtlægeordningerne.

I 2014 valgte Region Hovedstaden at hjemtage vagtopgaven og integrere den i en udbygget version af Akuttefonen 1813, som regionen i januar 2012 havde etableret som en rådgivende sundhedstelefon. I forbindelse med hjemtagningen blev der også ansat læger på 1813. Der er ikke indgået en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og PLO om praktiserende lægers ansættelse ved Akuttefonen 1813. Region Hovedstaden har derimod indgået en samarbejdsaftale med Foreningen af Speciallæger og Yngre Læger om ansættelse af speciallæger og yngre læger ved Akutberedskabet, herunder Akuttefonen 1813. Via aftalen med FAS er der på Akuttefonen 1813 også ansat speciallæger i almen medicin, som er nuværende eller pensionerede praktiserende læger.

Metode og datagrundlag

Til indhentning af data for denne kortlægning har opdragsgiver udpeget regionale kontaktpersoner (via Danske Regioner i projektets styregruppe) samt de fire vagtchefer som regionale PLO-kontaktpersoner (udpeget af PLO via projektets styregruppe).

En væsentlig del af opdragets temaer vedrører driftsnære forhold, fx vedrørende ledelse, arbejdsgange, bemanning, kommunikation, anvendelse af servicemål, patientsikkerhedsarbejde og kvalitetsarbejde. På disse områder findes i begrænset og varierende omfang skriftlige kilder i form af lokale beskrivelser, opgørelser, præsentationer, evalueringer, bemanningsskemaer, notater, referater mv. til rådighed. Regionale kontaktpersoner og vagtchefer har fremsendt diverse skriftligt materiale, primært til belysning af driftsnære forhold. På områderne aktivitet, økonomi og utilsigtede hændelser findes der i højere grad registre og databaser, som har kunnet anvendes i denne kortlægning. En væsentlig kilde til levering og uddybning af data og informationer har været løbende mundtlig og skriftlig dialog med de fem regionale kontaktpersoner og øvrige regionale medarbejdere, som kontaktpersonerne har henvist til. Herudover indgår optagne telefoninterviews med de fire vagtchefer og et gruppeinterview med ledelsen af Akuttefonen 1813 samt løbende skriftlig og mundtlig dialog med disse. Endelig har der også været dialog med andre vagtlæger, som vagtcheferne har henvist til med henblik på opgørelser af vagtlægers indtjening. Anvendelsen af interviews betyder, at såvel informationer fra vagtcheferne og ledelsen af 1813 samt deres perspektiver på opdragets temaer kommer til udtryk i kortlægningen – herunder deres holdninger til og vurderinger af en række forhold vedrørende henholdsvis lægevagten og Akuttefonen 1813.

Det skal understreges, at der alene er tale om en kortlægning og ikke en analyse med et evaluerende eller anbefalende sigte. VIVE forholder sig ikke normativt til kortlægningens områder. En del af spørgsmålene i opdraget er deskriptive og er besvaret ved anvendelse af interviews, enten fordi der ikke har været skriftlige kilder til belysning af spørgsmålet til rådighed, eller fordi interview vurderes som den bedste metode til at besvare disse spørgsmål. Samtidig har opdragsgiver ønsket et fokus på driftsenhederne i form af lægevagtsordningerne og Akuttefonen 1813. Derfor udgør informationer og udtalelser fra såvel lægevagtchefer som ledelsen af Akuttefonen 1813 en væsentlig del af det empiriske grundlag for kortlægningen.

Ud over de data, der er genereret via kontaktpersoner og interviews med vagtchefer og ledelsen af Akuttefonen 1813, baserer kortlægningen sig overvejende på eksisterende data. I de tilfælde, hvor der er genereret udtræk fra eksisterende databaser, fx fra de regionale indberetninger af aktivitet og økonomi til CSC Scandichealth/Sygesikringsregistret eller træk fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase, har det været muligt at foretage disse træk på ensartet vis. Da ordningerne imidlertid ikke er organiseret helt ens, og registreringspraksis ikke er ens grundet lokalaftaler, gør dette ikke nødvendigvis disse udtræk helt sammenlignelige. Andre typer af eksisterende data er ofte ikke direkte sammenlignelige, idet de ikke er udarbejdet med regional sammenligning for øje, men i stedet som led i den lokale styring af drift, bemanning og økonomi. Graden af sammenlignelighed handler dog ikke kun om, hvorvidt der findes tilstrækkeligt præcise og ensartede data på et område, men også om at områderne er grundlæggende forskelligt organiseret og ikke har de samme kategorier af ydelser, opgaver, bemanning mv. Såvel tilgængelighed som sammenlignelighed af data varierer meget fra område til område, hvilket uddybes løbende igennem kortlægningen, der således indeholder væsentlige forbehold for sammenlignelighed på tværs af regioner.

Samlet set viser gennemførslen af kortlægningen, at det har været vanskeligt at indsamle sammenlignelige data og informationer om lægevagtsordningerne og Akuttefonen 1813, idet data og informationer stammer fra mange kilder, såvel skriftlige som mundtlige.

1) Organisering og tilrettelæggelse af opgaven

Ledelse og organisering

Ledelse og organisering beskrives i afsnit 3.1, s. 32. Den overordnede organisering af de fire lægevagtsordninger er fastlagt i overenskomsten, og derfor er den overordnede tilrettelæggelse og aftalestruktur i disse regioner ensartet: Der findes regionale vagtudvalg (i regi af PLO-regional), vagtchefer (ansat af PLO-regional) og samarbejdsudvalg (paritetisk sammensat mellem region og PLO-regional samt kommuner), alle med ensartede funktioner og beføjelser. Der er dog forskel på, hvor mange *vagtchefer* der er i de enkelte region: I Region Nordjylland findes kun én vagtchef, og i Region Syddanmark findes både vagtchef, vicevagtchef og it-vagtchef, mens der i både Region Midtjylland og Region Sjælland findes områdevagtchefer, og i disse to regioner er der seks vagtchefer, som ud over deres funktion som områdevagtchef ofte også har andre ansvarsområder (fx it/telefoni, patientsikkerhed, koordinering).

Alle vagtlægeordninger har et mindre *sekretariat* på 1-2 (deltids)ansatte. Vagtlægeordningen i Region Syddanmark har derudover et sekretariat, der fungerer i vagttiden og udfører logistiske opgaver i forbindelse med planlægning af sygebesøg (herefter kaldet "besøg") for de udkørende læger. Dette kan hænge sammen med, at Region Syddanmark har 16 ad hoc-konsultationssteder, hvilket ingen af de øvrige regioner har (jf. afsnit 3.3, s. 49).

Lægevagten foretager *skadesvisitation* i alle regioner undtagen i Region Sjælland. Her varetager en regional akuttelefon i stedet skadesvisitation døgnet rundt. I Region Midtjylland er der desuden indgået en akutaftale, som danner rammerne for et mere udbygget samarbejde mellem lægevagt og det regionale akutområde, inkl. skader (se Tabel 3.3, s. 34 for organiseringen af funktioner i de enkelte regioner).

Vagtchefernes ledelsesrolle beskrives relativt ensartet af dem selv. Overordnet ser de lægevagten som en fælles vikarordning for almen praksis uden for dagtiden. En væsentlig opgave for vagtcheferne er derfor at sikre dækning af vagtskemaet. Vagtcheferne er ikke personalechefer for lægerne i lægevagten. Vagtcheferne beretter, at de i et relativt begrænset omfang er involveret i sager om læger, der af forskellige årsager opleves udfordringer med i vagten: For eksempel ældre kollegaer, som vagtchefer og de regionale PLO-vagtudvalg mener, bør trække sig fra lægevagten, eller læger,

fortrinsvis med vagtydernetnummer, som vagtchefer og vagtudvalg af forskellige årsager ikke ønsker i lægevagten (der nævnes begrundelser som kvalitetsudfordringer, samarbejdsproblemer og misbrugsproblematikker). Vagtcheferne peger endvidere på, at vagtudvalgene er inddraget i sådanne sager. Nogle steder er det formanden for vagtudvalget, der enten alene eller med en vagtchef går i dialog med de læger, der opleves udfordringer med i lægevagten. Vagtcheferne oplever, at de få sager, der er af denne art, generelt løses i mindelighed.

Vedrørende ledelse i lægevagten mere generelt fremgår det af et brev fra Danske Regioner og PLO til Styrelsen for Patientsikkerhed (af 19. januar 2018), at *"det er muligt at udstede overordnede fagligt bindende instrukser for de deltagende læger i lægevagten"* (jf. afsnit 3.1, s. 32). Som beskrevet i afsnit 4.2, s. 79 er VIVE dog kun i begrænset omfang blevet gjort bekendt med eksempler på sådanne faglige instrukser til lægerne.

Organiseringen og ledelsen af opgaven i Region Hovedstaden er grundlæggende anderledes som følge af, at opgaven er hjemtaget og integreret i det regionale akutsystem. Alle opkald, der tidligere gik til lægevagten, er siden 2014 gået til Akuttefonen 1813, som i vagttiden er bemannet med læger og sygeplejersker. Besøg foretages af læger fra Akuttefonen 1813, mens alle de tidligere konsultationer i lægevagten nu er ambulante kontakter i regionens akutmodtagelser eller akutklinikker (herefter forkortet AMAK, jf. regionens egen terminologi) eller børnemodtagelserne. Der anvendes tre typer af såkaldte spor: behandlerspor/sygdom, behandlerspor/skade og vurderingsspor. Patienter i behandlersporene kommer til efter tur, mens patienter i vurderingssporet triageres ved ankomst til AMAK med henblik på en vurdering af patientens tilstand og behandlingsbehov. Idet behandlersporet sygdom i børnemodtagelserne (herefter kaldet behandlersporet sygdom/børn) er lukket alle dage i tidsrummet kl. 23:00-08:00, visiterer Akuttefonen 1813 i dette tidsrum børnene (0-12 år) til børnemodtagelserne som indlagte. Det er børnemodtagelserne, der afgør, om børn, der er henvist i tidsrummet kl. 23:00-08:00, bliver indlagt eller behandlet ambulant.

Ledelsesmæssigt er Akuttefonen 1813 integreret i Region Hovedstadens Akutberedskab, og organisatorisk og fysisk er 1813 placeret sammen med 112 AMK-Vagtcentralen, som der på daglig basis samarbejdes med omkring opkald, ligesom der kan omstilles mellem de to enheder. Den overordnede organisering adskiller sig fra tidligere som følge af hjemtagningen, idet samarbejdsudvalget om almen praksis i Region Hovedstaden ikke har nogen funktion i relation til Akuttefonen 1813. Til gengæld er 1813 underlagt de samme styringsformer som det øvrige hospitalsvæsen i regionen, herunder løbende opfølgning på driftsmål.

Geografisk fordeling af aktivitet

Der tegner sig et differentieret billede af den geografiske fordeling af aktiviteten (jf. afsnit 3.3, s. 34): Regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark har en relativt høj koncentration af deres konsultationer på én matrikel (Aalborg Universitetshospital har 42 % af regionens konsultationer, Aarhus 29 % og Odense 28 %). På disse tre matrikler er der mindst dobbelt så høj aktivitet som på den matrikel i hver region med den næsthøjeste aktivitet. I Region Sjælland og Region Hovedstaden er billedet anderledes: Her ses en væsentlig mere jævn fordeling af aktiviteten på konsultationssteder. Fordelingen er formentlig betinget af regionernes geografi, hvor regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark har en større hovedby med et universitetshospital, mens Region Sjælland ikke har én hovedby med ét større universitetshospital, og Region Hovedstaden har flere store hospitaler inden for relativt korte afstande. Desuden er forskellene i aktivitet også relateret til de enkelte konsultationssteders åbningstider, hvor der i de store byer er længere åbningstid, ofte døgnåbent.

Til trods for disse forskelle er der et væsentligt fællestræk, idet 74-87 % af alle konsultationer i de fire lægevagter foregår på 5-7 fast bemandede vagtlægekonsultationssteder beliggende på hospitalsmatrikler¹. Hertil kommer, at der i flere regioner også er delvist bemandede konsultationssteder på hospitalsmatrikler. Det er således en meget stor del af lægevagternes konsultationer, der foregår på hospitalsmatrikler. I Region Hovedstaden er det over 96 % af de ambulante kontakter, der foregår på en sygehusmatrikel, idet det kun er aktiviteten i Helsingør Sundhedshus, som ikke foregår på et hospital.

Ud over de fast bemandede konsultationssteder har regionerne Nordjylland, Midtjylland og Sjælland i varierende omfang delvist bemandede konsultationssteder med fast og begrænset åbningstid. I Region Syddanmark ses en anden organisering, idet der er 16 ad hoc konsultationssteder uden fast åbningstid, der kan benyttes ved behov. Ca. 25 % af Region Syddanmarks konsultationer foregår på disse ad hoc konsultationssteder.

Bemanning og medarbejdersammensætning

Denne sammenfatning medtager kortlægningens kvantitative data omkring bemanning. Mere detaljerede beskrivelser af bemanningen i de enkelte regioner findes i afsnittene 3.4.1-3.4.5, s. 65ff.

Der er relativt store forskelle mellem de fire vagtlægere regioner. Her fremhæves de mest centrale forskelle, jf. Tabel 3.11, s. 59:

I Region Midtjylland er 80 % af de praktiserende lægerne vagtaktive, hvilket er den højeste andel, mens den laveste andel findes i Region Syddanmark, hvor 57 % af de praktiserende læger er vagtaktive. I Region Nordjylland er andelen 61 %, mens den er 71 % i Region Sjælland.

De praktiserende læger udgør også ret forskellige andele af det samlede antal vagtaktive læger (inkl. læger med vagtydernummer): 84 % af de vagtaktive læger i Region Midtjylland er praktiserende læger i regionen, mens andelen er 62 % i Region Sjælland. I Region Nordjylland og Syddanmark udgør de praktiserende læger henholdsvis 70 og 74 % af de vagtaktive læger.

Der er relativt stor forskel på, hvor stor en andel af den samlede produktion i vagten, der leveres af regionernes praktiserende læger: Spændet går fra 80 % i Region Nordjylland, over 77 % i Midtjylland, 67 % i Syddanmark til 52 % i Region Sjælland (målt som de praktiserende lægers samlede andel af vagthonoraret). Den øvrige del af produktionen leveres af læger med vagtydernummer.

Der er desuden relativt store forskelle i antallet af borgere pr. vagtaktiv læge: I Region Nordjylland er der ca. 2.250 borgere pr. vagtaktiv læge, i Region Syddanmark er der ca. 2.010, mens der i Region Midtjylland og Sjælland er ca. 1.580 borgere pr. vagtaktiv læge.

I Region Hovedstaden er organiseringen grundlæggende anderledes – og tallene for bemanning i de to typer af ordninger er ikke sammenlignelige, bl.a. fordi opgørelserne for Region Hovedstaden kun rummer besøg og telefonvisitationer, mens de i de øvrige regioner også omfatter betydelig konsultationsaktivitet. Denne aktivitet er i Region Hovedstaden integreret i hospitalernes AMAK og kan ikke opgøres særskilt. De læger, som er ansat ved Akuttelefonen 1813, fordeler sig med ca. 31 % uddannelseslæger, 26 % almen medicinere, 31 % øvrige speciallæger samt 13 % uden speciallægeautorisation (jf. beregninger på basis af antallet af læger i Tabel 3.12, s. 62).

¹ To af de faste konsultationssteder i Region Midtjylland – Holstebro og Silkeborg – er dog ifølge vagtchefen ikke beliggende på hospitalsmatrikler men på akutklinikker. Medregnes disse to matrikler, er det 89 % konsultationerne, der foregår på de faste konsultationssteder på hospitaler/akutklinikker.

Der er ikke indgået en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og PLO om praktiserende lægers ansættelse ved Akuttelefonen 1813. Derimod har Region Hovedstaden indgået samarbejdsaftale med FAS (Foreningen af Speciallæger) og YL (Yngre Læger) om ansættelse af speciallæger og yngre læger i Akutberedskabet, herunder Akuttelefonen 1813. Via aftalen med FAS er der ved Akuttelefonen 1813 også ansat speciallæger i almen medicin, som er nuværende eller tidligere (pensionerede) praktiserende læger.

I lægevagtsregionerne sammensættes vagterne i et vist omfang på tværs af de tre typer aktiviteter – visitation, besøg og konsultationer. Dette sker for at sikre at lægeressourcerne bruges fleksibelt og tilpasses det løbende behov i vagten for de tre typer af aktivitet. Der kan således ikke skelnes entydigt mellem visitations-, konsultations- og besøgsvagter.

En opgørelse af antallet af øvrige medarbejdertimer (primært sygeplejetimer) i lægevagten viser relativt store forskelle (jf. Tabel 3.13, s. 63). Som følge af en akutaftale i Region Midtjylland (mellem regionen og PLO-Midt) udgør sygeplejerskernes timeantal ca. 22 % af det samlede gennemsnitlige ugentlige antal timer (ca. 880 sygeplejetimer pr. uge mod ca. 3.050 lægetimer). Mens sygeplejerskernes timeantal i Region Nordjylland udgør ca. 12 % af det samlede ugentlige antal timer (ca. 170 sygeplejetimer pr. uge mod ca. 1.280 lægetimer). I Region Syddanmark udgør øvrige medarbejdertimer (brobyggere i lægevagten, hospitalsansatte social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker) samt et vagtsekretariat ca. 12 % af det samlede ugentlige timetal (ca. 410 timer pr. uge mod ca. 3.000 lægetimer). I Region Sjælland anvendes der ikke andre personalegrupper end læger i lægevagten. I Region Hovedstaden er opgaverne som nævnt væsentligt anderledes sammensat, idet der ikke indgår konsultation i Akuttelefonen 1813's opgaver. Samlet set udgør sygeplejetimerne ca. 58 % af det samlede antal timer i vagttiden (ca. 1.750 sygeplejetimer pr. uge mod ca. 1.240 lægetimer).

I de fire lægevagtsregioner besvares alle opkald af en læge. I Region Hovedstaden håndteres 66 % af *alle* opkald til Akuttelefonen 1813 (*inkl. dagtid*, hvor der ikke er læger) af sygeplejersker, mens 34 % håndteres af 1813's læger, idet 26 % af alle opkald besvares direkte af en læge, og 8 % af alle opkald videregives fra sygeplejerske til læge jf. Tabel 3.14, s. 74. De lægehåndterede opkald er næsten ligeligt fordelt på tre typer læger: almen medicinere, andre speciallæger og uddannelseslæger/læger uden speciallægeautorisation.

2) Dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten

Kortlægningen beskriver borgernes kontaktmuligheder, brugen af instrukser, beslutningsstøtteværktøjer og vejledninger, journalføring og dataadgang, ledelse og koordination i vagttiden, kommunikation mellem aktører og sektorer samt handlemulighederne i vagtlægeordninger og 1813.

Borgernes kontaktmuligheder

Borgerne kan i alle regioner ringe til en lægevagt henholdsvis til Akuttelefonen 1813. Alle samtaler optages og kan anvendes i forbindelse med afgørelse af klagesager. Ingen af de fire lægevagtsregioner finder på nuværende tidspunkt, at anvendelse af foto og/eller videoopkald i lægevagten er hensigtsmæssig. Akuttelefonen 1813 har siden starten kunnet modtage foto fra indringere via mms, jf. afsnit 4.1, s. 76. På Akuttelefonen 1813 arbejdes der på, at give borgerne mulighed for at anvende fx videoopkald i nogle situationer samt en app til indtastning af oplysninger ved indringning.

Brugen af instrukser og vejledninger

Der tegner sig et relativt ensartet billede i de fire lægevagtsregioner med hensyn til brugen af instrukser og vejledninger mv. (jf. afsnit 4.2, s. 79): Der findes i alle lægevagtsregioner en vagtinstruks, som beskriver rammerne for vagtlægernes forpligtelser. Der er således ikke tale om lægefaglige instrukser. Vagtlæger anvender – på samme vis som praktiserende læger i dagtiden – de faglige

vejledninger, opslagsværker mv., som den enkelte finder relevante. Således er beslutningsstøtteværktøjer, spørgeguides eller lignende fravalgt i vagtlægeordningerne. Der har i begrænset omfang flere steder været udarbejdet faglige guidelines/vejledninger i regi af lægevagtsordningerne, men der ses en tendens til, at disse erstattes af online-baserede og løbende ajourførte instrukser/vejledninger udarbejdet i regionalt hospitalsregi eller nationalt. Akuttefonen 1813 anvender både et beslutningsstøtteværktøj og en standardiseret samtaleproces ved telefonkonsultationer. Anvendelsen er obligatorisk for sygeplejersker ved Akuttefonen 1813, men ikke for læger. Desuden er der i 1813 udarbejdet skriftlige kriterier for, hvornår borgerne tilbydes besøg af en læge.

Journalføring og dataadgang

Vagtlægeordningerne anvender samme journalsystem, MedWin, som beskrevet i afsnit 4.3, s. 81. Dog har hver region sin egen version af MedWin med egne journaldata. MedWin beskrives af alle vagtchefer som værende af ældre dato, enkelt og funktionelt, men der er tilfredshed med systemet, som opleves at kunne det nødvendige, ud over at det opleves som meget nemt at anvende og introducere nye læger til. Ingen vagtchefer efterlyser et grundlæggende anderledes system til journalføring.

I alle fem regioner er der adgang til FMK (fælles medicinkort) og vaccinationsregisteret. Ingen vagtchefer ønsker på nuværende tidspunkt yderligere adgang til patientdata, fx til hospitalsjournaler eller journaler i almen praksis. Begrundelserne er, at vagtlægernes opgave alene omfatter visitation på basis af en telefonsamtale og eventuel efterfølgende konsultation eller besøg. Er der behov for yderligere udredning, ses det ikke som en opgave for vagtlægerne. Desuden påpeger vagtcheferne, at hospitalsjournaler ofte er meget omfangsrige og ikke giver det overblik, som det i nogle situationer kunne være en fordel at have i vagten: fx overblik over kroniske sygdomme og nylige indlæggelser. Flere vagtlæger peger dog på, at medicinlisten i FMK indirekte giver viden om kroniske diagnoser.

I tillæg til ovenstående anvender man på Akuttefonen 1813 et beslutningsstøtteværktøj til visitation, og det fungerer samtidig som dokumentationssystem. Det er udviklet med inspiration fra Region Skånes sundhedstelefon og "Dansk Indeks for Akuthjælp". Akuttefonen 1813 påpeger – ligesom vagtcheferne – at opgaven i vagten ikke kræver fuld journaladgang. I løbet af 2018 forventer Akuttefonen 1813, at der implementeres læseadgang til sundhedsplatformens hospitalsjournaler, bl.a. med det formål at skabe overblik over områder som kroniske sygdomme og nylige indlæggelser samt CAVE (medicinsk fagudtryk for lægemidler en patient ikke bør få, typisk på grund af allergi).

Ledelse og koordination i vagttiden

Alle fem regioner har en koordinerende/ledende funktion i vagttiden (jf. afsnit 4.4, s. 83). I de fire vagtlægere regioner er det en visiterende læge, og i Region Hovedstaden er det en sundhedsfaglig visitorator. Funktionerne er ensartede: at overvåge og sikre den bedst mulige afvikling af aktiviteten i vagten, herunder løbende tilpasning/flytning af såvel kapacitet som aktivitet inden for de rammer og muligheder, som den enkelte koordinator har til rådighed. Koordinatorerne har relativt ensartede muligheder, herunder at kalde rådighedsvagter ind, omfordele aktivitet og/eller læger mellem funktioner, og eventuelt udtynde bemanningen, hvis der ikke er tiltrækkelig aktivitet.

Ud over den sygeplejefaglige vagtleder har Akuttefonen 1813 to rådgivende læger i vagten. De har en rådgivende funktion i relation til de sygeplejefaglige visitoratorer såvel som beslutningskompetence i forhold til visitation til besøg. Sygeplejersker på 1813 kan således ikke visitere til besøg uden at konsultere en rådgivende læge.

Region Syddanmark har desuden et vagtsekretariat, som i vagttiden forestår de logistiske og koordinerende opgaver, der i andre vagtlægere regioner løses via den koordinerende læge. Region Syddanmark har 16 ad hoc konsultationer, som vagtsekretariatet ved behov planlægger besøg på.

Ingen af de fire vagtlægere regioner anvender gps-lokalisering i bilerne, og ingen oplever et behov for det. Region Syddanmark har tidligere anvendt gps-lokalisering, men oplevede tekniske problemer og ophørte med at have gps i bilerne. Region Sjælland har for nylig testet gps-lokalisering i lægevagtsbiler i forbindelse med hjertestop. Man fandt, at der ikke var behov for det, idet lægevagten i testperioden ikke blev disponeret til hjertestop. I Region Hovedstaden er der gps-lokalisering i alle biler, der anvendes ved besøg.

Kommunikation mellem aktører og sektorer

Der tegner sig et ensartet billede på tværs af de fem ordninger (jf. afsnit 4.5, s. 86): *Kommunikationen internt* i vagtlægeordninger og Akuttelefonen 1813 fra visiterende til kørende læger eller til konsultationslæger henholdsvis AMAK sker elektronisk via de respektive journalsystemer.

Læger i alle regioner skal ringe til hospitalets centrale visitation i forbindelse med *indlæggelse*. Til kald af *ambulance* kræver også telefonisk kontakt.

I alle regioner er der en oplevelse af, at muligheden for at kontakte *kommunale akutfunktioner* forbedres i disse år. Og alle ser et potentiale i, at kommunale (akut)sygeplejersker i højere grad kan tilse patienter og foretage relevante målinger, hvilket kan aflaste såvel lægevagt som Akuttelefonen 1813. Alle steder skal kommunale funktioner kontaktes telefonisk, og med et større antal kommuner kan det i varierende grad volde logistiske udfordringer at finde den rigtige kommunes rette indgang. En vagtchef efterlyser, at kommunernes akutfunktioner i hver region – på samme måde som lægevagten i en region – får én fælles indgang (telefonnummer).

Alle vagtlægeordninger sender automatisk alle journalnotater fra vagttiden til *egen læge*. For Akuttelefonen 1813 gælder andre rammer for deling af data, fordi der er ansat sygeplejersker i visitationen. Ved en lægekontakt sendes der automatisk journalnotater til egen læge, mens sygeplejerskerne som udgangspunkt skal indhente samtykke fra patienterne for at kunne sende journalnotater til egen læge. Sygeplejerskerne kan dog, hvis de vurderer, at det er nødvendigt af hensyn til patientsikkerheden i et aktuelt behandlingsforløb, sende et journalnotat til egen læge uden patientens samtykke.

For den indlæggende læge kan efterfølgende adgang til *epikriser*² rumme et læringspotentiale. Der er derfor et ønske om, at den indlæggende læge har mulighed for at få epikriser tilsendt. Vagtcheferne beretter, at der i journalsystemet har været tekniske udfordringer med dette, men der arbejdes p.t. på en løsning. Desuden oplever nogle vagtchefer, at der mere generelt er udfordringer på hospitalerne med at få udarbejdet epikriser til indlæggende læger. På Akuttelefonen 1813 kan sygeplejersker ikke modtage lægelige epikriser, og lægerne på 1813 modtager heller ikke epikriser efter indlæggelse via 1813. Men ledelsen af Akuttelefonen 1813 ser et muligt læringspotentiale i mere systematiske tilbagemeldinger på indlæggelser til alle personalegrupper på 1813.

Handlemuligheder i vagtlægeordninger og Akuttelefonen 1813

Handlemulighederne er kendetegnet ved, at man i alle fem regioner kan visitere til *besøg* hos patienten eller *konsultation* (i Region Hovedstaden henvises patienterne dog til ambulant kontakt på AMAK) (jf. afsnit 4.6, s. 89). Derudover kan visitator *indlægge* eller henvise til *skadestue/akutmodtagelse*, *akutklinisk/skadesklinik*. Der er forskel på, om en patient henvises til en lægevagt eller en AMAK – personalesammensætning såvel som handlemuligheder er forskellige de to steder. Det

² En epikrise er et dokument, der udfærdiges af en læge ved udskrivelsen og skal sikre, at alle lægefagligt relevante oplysninger vedrørende patientens indlæggelse videregives til patientens egen læge og henvissende læge. Epikriser udarbejdes således af læger til læger.

ligger uden for denne kortlægning at beskrive indholdet af aktiviteten i AMAK yderligere, idet kortlægningen primært fokuserer på Akuttefonen 1813.

Flere regioner har, hvad der kan beskrives som en 'mellemkategori' i form af *hastebesøg/hastekonsultationer*, som kræver, at den visiterende læge ud over den elektroniske overførsel af visitationsnotatet kontakter den relevante kørende læge eller konsultationslæge direkte pr. telefon og orienterer vedkommende om, at besøget/konsultationen haster. Der er tale om en handlemulighed, der ligger mellem vanlige besøg/konsultationer og akut hospitalskontakt. Denne mellemkategori kan i nogen grad minde om det vurderingsspor, som Akuttefonen 1813 kan henvise til, og som fører til triagering ved ankomst i AMAK – dog med den væsentlige forskel, at der som nævnt er forskellige handlemuligheder på en AMAK og i en lægevagtskonsultation eller ved et besøg. Denne kortlægning kan ikke afgøre, i hvilket omfang de såkaldte "hastebesøg" anvendes eller til hvilke patientgrupper, idet der er tale om en uformel kategori, som ikke registreres særskilt.

Vagtlægerne i de fire regioner og Akuttefonen 1813's læger kan foretage en række relativt ensartede *undersøgelser* i vagtlægekonsultationerne eller ved besøg (se eventuelt Tabel 4.1, s. 90). Heraf fremgår det, at lægevagten i regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark i varierende grad har mulighed for at *henvise patienter direkte* til røntgen på hospitalet, hvilket ikke er muligt i Region Sjælland. Ved *besøg* hos patienten medbringer vagtlægerne egen lægetaske og kan foretage det, der beskrives som en 'almindelig klinisk undersøgelse'.

Som nævnt opleves der stigende muligheder for kontakt til de kommunale (akut)sygeplejefunktioner. Flere vagtchefer og ledelsen af Akuttefonen 1813 ser fordele i et styrket samarbejde med de *kommunale (akutte)sygeplejefunktioner* i vagten, og der ses et relativt stort potentiale i at udbygge disse ordninger og samarbejdet med lægevagt/Akuttefonen 1813 med henblik på at sygeplejersker kan køre ud og foretage observationer eller målinger i hjemmet og melde tilbage til vagtlæge/Akuttefonen 1813, men også for at kunne foretage mere kontinuere observationer/pleje i hjemmet, hvilket hverken vagtlægeordninger eller 1813 har mulighed for.

3) Servicemål, patientsikkerhed, tilsyn og klager samt kvalitetsudvikling

Servicemål

Der findes tre former for servicemål, som alle vedrører responstid: 1) besvarelse af telefonisk henvendelse, 2) konsultation, samt 3) besøg. Regionerne Midtjylland, Sjælland og Syddanmark har indbyrdes forskellige servicemål på alle tre områder. Det bemærkes dog, at aftalen om servicemål for Region Sjællands vedkommende er opsagt af PLO Sjælland ved indgåelsen i 2007 med virkning fra 2009. Region Hovedstaden har kun servicemål for telefoniske henvendelser. Region Nordjylland har ikke servicemål. Imidlertid viser opgørelser fra Region Nordjylland, at responstiden for telefonisk henvendelse ligger på niveau med de øvrige vagtlægere regioner, jf. Tabel 5.4, s. 98.

Ingen af de fire regioner med forskellige *servicemål for besvarelse af opkald* har opfyldt regionens egne servicemål for 2016, jf. Tabel 5.1, s. 95. Lægevagtsordningerne i regionerne Midtjylland, Syddanmark og Sjælland ligger 5-10 procentpoint under hver regions respektive servicemål, akuttefonen i Region Sjælland har næsten opfyldt servicemålet, mens Akuttefonen 1813 er henholdsvis 45 og 25 procentpoint fra Region Hovedstadens to servicemål på dette område i 2016.

Tre regioner har *servicemål for ventetid til konsultationer*. Både Region Sjælland og Region Syddanmark ligger over deres servicemål på dette område, mens Region Midtjylland ligger tæt på servicemålet – 3 procentpoint under, jf. Tabel 5.2, s. 96.

Tre regioner – Midtjylland, Sjælland og Syddanmark – har *servicemål for ventetid til besøg*, jf. Tabel 5.3, s. 96. Alle har målet, at 90 % af besøgene skal være enten aflagt eller påbegyndt inden for 3 timer. Alle tre regioner opfyldte i 2016 dette servicemål.

Vagtcheferne oplever en række dilemmaer i forholdet mellem tilgængelighed (responstid) i vagttiden versus tilgængelighed i dagtiden i almen praksis: Det er deres opfattelse, at hvis der er (væsentlig) bedre tilgængelighed (kortere responstid) i vagttiden end i dagtiden i almen praksis, kan det medvirke til at flytte aktivitet fra dagtid til vagttid – både akut og ikke-akut aktivitet. Desuden oplever de, at en ikke uvæsentlig del af aktiviteten i lægevagten vedrører ikke-akutte tilstande. De vurderer, at det både kan skyldes forskel i tilgængelighed mellem dag- og vagttid; borgernes manglende viden om vagtordningernes formål (håndtering af akutte tilstande); samt en samfundsudvikling med længere åbningstider, hvilket kan skabe en forventning hos patienterne om, at vagtlæger udgør en forlængelse af åbningstiden i almen praksis. Vagtcheferne oplever, at den af aktiviteten i vagttiden, som vedrører ikke-akutte tilstande, burde flyttes til dagtid. Og hvis den blev det, vurderer flere vagtchefer, at det ville forbedre responstiden i vagttid.

I flere regioner har man enten i samarbejde mellem region og PLO-regionalt eller i regionalt regi gennemført befolkningsrettede kampanjer for at oplyse borgerne om, hvilke henvendelser der hører hjemme i lægevagten, og hvilke der hører hjemme i dagtid hos egen læge (fx receptfornyelser). Samtidig har en enkelt region – Midtjylland – indgået aftale med PLO-Midt om forbedring af responstiden i dagtid via såkaldte akutlinjer i almen praksis, hvor målet er, at opkald skal besvares indenfor 2 minutter – et mål, som 75 % af regionens praksisser levede op til i efteråret 2017.

Patientsikkerhed

Patientsikkerhedsarbejdet og utilsigtede hændelser (UTH'er) er beskrevet i afsnit 5.2, s. 101. VIVE har bedt Styrelsen for Patientsikkerhed om en opgørelse af utilsigtede hændelser i perioden 2007-2016, jf. opdraget til kortlægningen. Styrelsen oplyser, at det grundet skift i it-system kun er muligt at trække data tilbage til 2012, og at data vedrørende Akuttefonen 1813 skal trækkes af Region Hovedstaden, fordi det er en regional driftsenhed. Resultaterne fremgår af Tabel 5.6, s. 106 og Tabel 5.7, s. 107.

Styrelsen for Patientsikkerhed peger på, at antallet af rapporteringer er en funktion af flere faktorer ud over omfanget af aktiviteten, herunder rapporteringskultur og ledelsesmæssigt fokus på området. Blandt andet derfor påpeger Styrelsen for Patientsikkerhed, at det ikke er muligt at foretage meningsfulde sammenligninger på tværs af regioner på dette område. Ud fra de tilgængelige data kan der således ikke drages konklusioner om patientsikkerheden i de respektive ordninger. Grundet disse forbehold fra Styrelsen for Patientsikkerhed har VIVE valgt ikke at opgøre antallet af UTH'er pr. 1.000 indbyggere.

Antallet af indberettede utilsigtede hændelser i lægevagtsordningerne ligger relativt stabilt med under 100 i hver region hvert år. Der ses en udvikling i nedadgående retning i Akuttefonen 1813, hvor antallet af rapporteringer var forholdsvis højt de første måneder efter opstart i 2014 (fra +200 i januar 2014 faldt antallet til under 50 om måneden fra juni og året ud). I 2015 var der i alt 310 rapporteringer, mens det i 2016 faldt til 236 rapporteringer, jf. Figur 5.2, s. 108. Grundet de beskrevne forbehold fra Styrelsen for Patientsikkerhed skal det understreges, at denne udvikling i antallet af rapporteringer over tid ikke kan anvendes til at vurdere, hvordan patientsikkerheden har udviklet sig i perioden.

Patientsikkerhedsarbejdet foregår lokalt i regionerne og er beskrevet i afsnit 5.2.6-5.2.10, s. 108ff. Der er tilknyttet regionale risikomanagere til ordningerne i alle regioner med undtagelse af Region Syddanmark. I de tre lægevagtsregioner med risikomanagere (RM) er der forskellige arbejdsgange

på området, men fælles er, at RM varetager analyser og indhentning af respons fra de involverede læger. Flere af regionerne har tilknyttet en praksiskonsulent til arbejdet, og alle holder møder med enten vagtchef, vagtudvalgsformand eller en anden patientsikkerhedsansvarlig person fra PLO. Fælles er også, at læring primært foregår via lægevagts hjemmeside eller via nyhedsmails til lægerne – enten direkte fra vagtchefen, via praksiskonsulent eller direkte fra RM.

Flere vagtchefer oplever, at systemet med indberetning af UTH'er ikke er fuldstændigt indarbejdet i almen praksis, og dermed også vagtlægeordningerne. Der peges på, at systemet kan virke administrativt tungt, og at det ikke altid virker meningsfuldt at foretage indberetninger frem for mere direkte dialog med samarbejdspartnerne (fx hospitaler og kommunale plejehjem). Men der nævnes også eksempler på UTH'er, som har ført til ændringer, der vurderes at have forbedret patientsikkerheden.

På Akuttelefonen 1813 gennemgås alle nyrapporterede UTH'er dagligt af Akutberedskabets RM og en kvalitetskonsulent. Ved hændelser i kategorierne "alvorlige" eller "dødelige", orienteres ledelsen, og der iværksættes analyse af hændelsen samt eventuelt direkte kontakt til patient/pårørende. Direktion og ledelse orienteres ugentligt om den foregående uges UTH'er, og ledelsen af 1813 og kvalitetsteamet gennemgår ligeledes ugentligt alle UTH'er med henblik på læring. Hver uge afholdes et UTH-møde med det sygeplejefaglige personale, hvor forrige uges UTH'er og konklusioner gennemgås, og desuden formidles hændelser og konklusioner i 1813's interne nyhedsavis til alle medarbejdere. Alle hændelser analyseres således med henblik på at uddrage læring og formidling til personalet og eventuel revision af vejledninger eller opdateringer af it-systemer. Desuden anvendes UTH'er i forbindelse med de individuelle statussamtaler og medarbejderudviklingssamtaler med personalet.

Tilsyn

Der kan skelnes mellem klagesagsområdet og tilsynsområdet på følgende måde: Ved klagesager ser man bagud, og det skal afgøres, om en hændelse eller et forløb giver anledning til kritik. Ved tilsynssager vurderer man sager i et fremadrettet perspektiv med henblik på at afgøre, om en organisatorisk enhed eller en sundhedsfaglig person er til fare for patientsikkerheden i et sådant omfang, at der fremadrettet skal sanktioneres. Dette afsnit omhandler tilsyn – det efterfølgende klagesager.

Der føres to former for tilsyn: Det individrettede tilsyn, som vedrører specifikke sundhedsfaglige personer, og det organisatoriske tilsyn, som vedrører behandlingssteder. Disse to typer beskrives herunder og behandles yderligere i afsnit 5.3.1, s. 113.

Det individrettede tilsyn: Tilsynssager om konkrete sundhedspersoner oprettes af forskellige årsager, fx bekymringshenvendelser fra andre, eller som følge af en afdækning i pressen. Ved alle sager vurderes det, om der er behov for at indhente yderligere information, og dernæst om der er behov for at gå videre med sanktionsmuligheder. Dette system betyder, at der er meget stor forskel på, hvor mange tilsynssager der oprettes, og hvor mange der ender med en form for sanktion. Det registreres ikke, hvorvidt hændelser, der fører til tilsynssager, er sket i vagt eller dagtid. Hverken antallet af oprettede sager eller antallet af sager, som ender med en sanktion, er mulige automatisk at opgøre for lægevagten eller for Akuttelefonen 1813. Det kræver manuel gennemgang af alle sagerne. Antallet er derfor ikke opgjort i denne kortlægning.

Det organisatoriske tilsyn: Der udføres planlagte såvel som reaktive tilsyn. I 2017 ændredes det planlagte, proaktive risikobaserede tilsyn til at omfatte vagtlægeordningerne. Der er ikke foretaget planlagte risikobaserede tilsyn i vagtlægeordninger eller i Akuttelefonen 1813 i 2017. Ud over de planlagte tilsyn føres reaktive tilsyn, fx på baggrund af forløbsklager, pressesager, bekymringshenvendelser mv.

Styrelsen for Patientsikkerhed har foretaget et reaktivt tilsyn på Akuttelefonen 1813 den 6. april 2017. Konklusionen var, at der blev fundet få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden, og at Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund ikke ville foretage sig yderligere.

Det er muligt at opgøre antallet af (reaktive) organisatoriske tilsynssager, som vedrører lægevagterne/Akuttelefonen 1813, men der kan ikke automatisk skelnes mellem antal oprettede sager og antal sager, hvor der er fundet grundlag for sanktion, da Styrelsen for Patientsikkerhed først fra 2017 har opgjort sagerne, således at der kan skelnes. Styrelsen påpeger, at antallet af oprettede tilsynssager ikke siger noget om forholdene på det enkelte behandlingssted. Styrelsen vurderer, at antallet af oprettede tilsynssager både er en funktion af klagekulturen lokalt, pressemæssig bevågenhed på et område såvel som politisk- og befolkningsmæssigt fokus på området.

Da det således kun er muligt at opgøre antallet af oprettede tilsynssager og ikke antallet af sager, som har medført nogen form for kritik eller sanktion, og da antallet af oprettede sager ikke er en relevant indikator for kvalitet, er det ikke relevant at fokusere på antallet af oprettede sager. Som følge af de muligheder, som de nye opgørelsesmetoder giver, vil det dog fremadrettet være relevant at følge udviklingen på området tættere.

Klager

Der skelnes mellem *sundhedsfaglige klager* over behandling i sundhedsvæsenet (jf. afsnit 5.3.2, s. 114) og *klager over service eller adfærd* enten hos medarbejdere eller i en organisatorisk enhed over fx ventetid, faciliteter mv. (jf. afsnit 5.3.3, s. 115). Sundhedsfaglige klager behandles i Styrelsen for Patientsikkerhed, mens klager over service eller adfærd behandles regionalt.

Sundhedsfaglige klager: Styrelsen for Patientsikkerhed har kompetencen til at behandle klager over sundhedsfaglig behandling. Klagerne har været registreret på en måde, der ikke gør det muligt at søge på en "lokalitet" som fx lægevagten eller Akuttelefonen 1813. Det betyder, at det ikke er muligt at trække en opgørelse over antallet af sundhedsfaglige klager relateret til lægevagten eller 1813. Der arbejdes på at ændre dette fremadrettet, så det bliver muligt at identificere bestemte behandlingssteder (og enkeltpersoner) bedre.

Klager over service eller fagpersoners adfærd: Klager over service eller sundhedsfagliges adfærd indgives til den enkelte region. Fælles for de fem regioner er, at klagerne er af meget forskellig art og kan dreje som om alt: ventetid, lægens opførsel eller faciliteter i venteværelset.

Ved behandling af klager over telefonkonsultationer anvendes optagelsen af samtalen. Klager, som ikke vedrører telefonkonsultationer, er ofte påstand mod påstand.

Antallet af klager kan – ifølge nogle regionale kontaktpersoner – afhænge af pressebevågenhed på fx en enkeltsag i en region, som kan afføde et øget antal klager i kølvandet på sådanne sager.

VIVE har valgt ikke at foretage en optælling af disse meget forskelligartede serviceklager, idet det ikke vil give et retvisende eller sammenligneligt billede af forholdene i den enkelte lægevagt eller i Akuttelefonen 1813. VIVE har beskrevet klagesagsbehandlingen i de enkelte regioner (i afsnit 5.3.3, s. 115). I alle vagtlægere regioner følges de samme rammer, herunder at det er regionerne, som udarbejder svarudkast til serviceklager, og at klagerne som hovedregel behandles i Samarbejdsudvalgene for almen praksis. Enkelte undtagelser fra dette beskrives nærmere i de regionale afsnit.

Alle fem regioner oplever desuden henvendelser fra borgere, som ikke ønsker at indgive en klage, men i stedet ønsker enten at aflevere et budskab eller at få en dialog. Det kan enten være med en vagtchef/ledelsen af Akuttelefonen 1813, eller det kan være med den læge (eller sygeplejerske) på 1813, som har været involveret. Dette søges imødekommet ifølge vagtchefer og ledelsen af 1813.

Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Kortlægningen af temaet kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde rummer de områder og aktiviteter, som vagtchefer henholdsvis ledelsen af Akuttefonen 1813 finder relevante i denne sammenhæng, jf. afsnit 5.4, s. 118. Vagtcheferne har primært peget på introduktions- og visitationskurser, som i varierende grad afholdes i de fire vagtlægeregioner, samt øvrige hel- eller halvdagskurser. Der er dog forskelle mellem vagtlægeordningerne – både på, hvilke kurser der afholdes, deres frekvens og hvem de eventuelt er obligatoriske for.

Der er forskel mellem på den ene side de decentrale vagtlægeordninger, der agerer vikarer for almen praksis uden for dagtiden via en kollektiv vagtforpligtelse, og på den anden side Akuttefonen 1813 med dens mange fastansatte, som er indlejret i det regionale sundhedsvæsen. Der foregår væsentligt mere systematisk og omfattende introduktion af medarbejdere, kompetenceudvikling, medarbejderudviklings- og statussamtaler, journalaudit, løbende patienttilfredshedsundersøgelse samt forskning i regi af Akuttefonen 1813. Det er dog vigtigt at påpege, at VIVE ingen mulighed har for at vurdere, hvad disse forskelle betyder for kvaliteten af ydelserne.

Derudover har andre elementer i denne kortlægning betydning for kvaliteten, ikke mindst arbejdet med patientsikkerhed samt vagtlægernes og Akuttefonen 1813's udsendelse af diverse (nyheds)mails og kommunikation via vagtlægeordningernes egne hjemmesider/intranet i 1813.

4) Aktivitet

Aktiviteten i de fire vagtlægeregioner og i Akuttefonen 1813 er beskrevet og opgjort i kapitel 6, s. 124. Opgørelserne omfatter udviklingen af telefonkonsultationer, besøg og vagtlægekonsultationer for perioden 2009-2016 og Akuttefonen 1813's henvisninger til AMAK i perioden 2014-2016. Herudover er der foretaget en mere dybtgående kortlægning af aktiviteten i 2016, herunder en opgørelse af antal unikke og gentagne kontakter til de regionale lægevagtsordninger/Akuttefonen 1813 samt antal telefonkonsultationer med efterfølgende hospitalskontakt i samme døgn.

Til trods for, at der overordnet set er følgende tre forhold, der har betydning for sammenligninger af aktiviteten: i) ordningerne har ændret opgaveindhold over tid, ii) der er uensartet ydelsesregistrering og iii) regionerne har opgjort aktiviteten uensartet – så er det muligt at foretage tværregionale sammenligninger af antallet af telefonkonsultationer og besøg. Der henvises til afsnit 6.2.1, s. 128, for en nærmere redegørelse af forbehold ved sammenligning af aktiviteten på tværs af regioner og intraregionalt over tid. Det er imidlertid kun muligt at foretage en tværregional sammenligning af antallet af konsultationer i vagtlægeregionerne, idet konsultationer og henvisninger fra Akuttefonen 1813 ikke kan sidestilles og dermed sammenlignes (jf. afsnit 3.2, s. 46).

I nedenstående sammenfatning er der fokuseret på 1) ændringer af aktiviteten i perioden 2009-2016 henholdsvis 2) specifikke opgørelser af aktiviteten i 2016.

Aktiviteten i 2009-2016

- *Telefonkonsultationer:* Opgjort pr. 1.000 borgere er antallet af telefonkonsultationer hos regionens egne borgere faldet fra 2009 til 2016 i Region Nordjylland og i Region Hovedstaden, mens antallet af telefonkonsultationer i Region Midtjylland i 2016 ikke adskiller sig væsentligt fra antallet i 2009. I Region Syddanmark er antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere steget fra 2009 til 2016, hvilket også er tilfældet for det samlede antal telefonkonsultationer i Region Sjælland.

Antallet af telefonkonsultationer er således faldet med 9 % i Region Nordjylland (fra 545 telefonkonsultationer i 2009 til 497 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). Mens antallet af telefonkonsultationer er steget med 1 % i Region Midtjylland (fra 517 telefonkonsultationer i

2009 til 520 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016), er det steget med 11 % i Region Syddanmark (fra 508 telefonkonsultationer i 2009 til 565 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Sjælland er det samlede antal telefonkonsultationer steget med 18 % (fra 541 telefonkonsultationer i lægevagten i 2009 til i alt 639 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i lægevagten og akuttelefonen i 2016). Det skal bemærkes, at der ikke var implementeret telefonisk skadesvisitation i regionerne i 2009.

I Region Hovedstaden er antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere stort set uændret ved overgangen fra vagtlægeordning til Akuttelefonen 1813 (januar 2014) (se Tabel 6.1, s. 132).

- *Besøg:* Antallet af besøg hos regionens egne borgere er faldet fra 2009 til 2016 i alle regioner med vagtlægeordninger.

Antallet af besøg er således reduceret med 25 % i Region Nordjylland (fra 52 besøg i 2009 til 39 besøg pr. 1.000 borgere i 2016), mens antallet af besøg er reduceret med 23 % i Region Midtjylland (fra 69 besøg i 2009 til 54 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). Sidstnævnte fald forekommer til trods for, at Region Midtjylland i 2011 ændrede praksis for ydelsesregistrering, således at første konsultation i aftalte vagtkonsultationer ydelsesregistreres som et besøg. I Region Syddanmark, hvor man foretog tilsvarende ændring i 2014, er antallet af besøg reduceret med 9 % (fra 44 besøg i 2009 til 40 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Sjælland er der en reduktion på 4 % (fra 55 besøg i 2009 til 53 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). Inden etableringen af Akuttelefonen 1813 er antallet af besøg i Region Hovedstaden reduceret med 21 % fra 2009 til 2013 (fra 57 besøg i 2009 til 45 besøg pr. 1.000 borgere i 2013).

Antallet af besøg er reduceret yderligere i årene efter etableringen af Akuttelefonen 1813 i 2014. Der var således 7 besøg pr. 1.000 borgere i 2016, hvilket er fald på 84 % siden 2014 (se Tabel 6.2, s. 135).

- *Konsultationer:* Antallet af konsultationer med egne borgere er fra 2009 til 2016 pr. 1.000 borgere er steget i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens antallet af konsultationer i 2016 i Region Sjælland ikke adskiller sig væsentligt fra antallet i 2009. I Region Nordjylland er antallet af konsultationer pr. 1.000 borgere faldet; det ligger dog stadig højest i hele perioden.

Antallet af konsultationer er således reduceret med 4 % i Region Nordjylland (fra 220 konsultationer i 2009 til 211 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Midtjylland er antallet af konsultationer steget med 14 % (fra 137 konsultationer i 2009 til 157 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016) til trods for, at Region Midtjylland i 2011 ændrede praksis for ydelsesregistrering, således at første konsultation i aftalte vagtkonsultationer ydelsesregistreres som et besøg. I Region Syddanmark, hvor man foretog tilsvarende ændring af ydelsesregistreringen i 2014, er antallet af konsultationer steget med 15 % (fra 156 konsultationer i 2009 til 179 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Sjælland er der en stigning på 1 % (fra 177 konsultationer i 2009 til 178 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016) (se Tabel 6.3, s. 137).

- *Henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK:* Det samlede antal henvisninger af egne borgere fra Akuttelefonen 1813 til de tre spor i AMAK pr. 1.000 borgere er næsten uændret i perioden 2014-2016. Der var således 175 henvisninger pr. 1.000 borgere i 2014 versus 173 i 2016 (se Tabel 6.4, s. 139).

Det skal bemærkes, at det ikke er retvisende at sammenligne antallet af vagtlægekonsultationer med antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK (for uddybning heraf se afsnit 3.2, s. 46).

Aktiviteten i 2016 – opgjort for regionens egne borgere

Hvilken region, der har det højeste henholdsvis det laveste antal ydelser pr. 1.000 borgere, afhænger af ydelsestypen.

- *Telefonkonsultationer:* Region Sjælland har det højeste antal telefonkonsultationer opgjort pr. 1.000 borgere, mens Region Hovedstaden har det laveste antal telefonkonsultationer (639 henholdsvis 435 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere). Region Hovedstaden har samtidig den højeste andel af telefonkonsultationer, som afsluttes uden henvisning til besøg/konsultation (65 %) sammenlignet med de øvrige regioner. Regionerne Nordjylland og Sjælland har den laveste andel; her afsluttes 49-50 % af telefonkonsultationerne uden henvisning til besøg/konsultation (se Tabel 6.5, s. 141). Godt halvdelen af alle telefonkonsultationer gennemføres i alle regioner i A-vagttid³ (spændvidden er 52-55 %) (se Tabel 6.6, s. 146).
- *Besøg:* Region Sjælland og Region Midtjylland har det højeste antal besøg, mens Region Hovedstaden har det laveste antal (53-54 henholdsvis 7 besøg pr. 1.000 borgere) (se Tabel 6.2, s. 135). Mindre end 40 % af besøgene gennemføres i A-vagten i de fire vagtlægere regioner (spændvidde 34-39 %), mens det er tilfældet for 50 % af besøgene i Region Hovedstaden (se Tabel 6.7, s. 147).
- *Konsultationer/henvisninger til AMAK:* Region Nordjylland har det højeste antal konsultationer pr. 1.000 borgere, mens Region Midtjylland har det laveste (211 henholdsvis 157 konsultationer pr. 1.000 borgere) (se Tabel 6.3, s. 137). I tre af regionerne med lægevagtsordninger (regionerne Nordjylland, Midtjylland og Sjælland) gennemføres lidt mere end halvdelen af alle konsultationer i A-vagttid (spændvidde: 51-56 %), mens det kun er tilfældet for 47 % af vagtlægekonsultationerne i Region Syddanmark (se Tabel 6.8, s. 148).

I Region Hovedstaden er ca. 59 % af henvisningerne fra Akuttelefonen 1813 til behandlersporet i AMAK foretaget i A-vagten, mens det er tilfældet for 47 % af henvisningerne til vurderingssporet (se Tabel 6.9, s. 149).

- *Fysiske kontakter (summen af besøg og konsultationer):* Region Nordjylland har det højeste antal fysiske kontakter, mens Region Midtjylland har det laveste antal (250 henholdsvis 210 fysiske kontakter pr. 1.000 borgere).

Med forbehold for, at lægevagtordningernes antal af fysiske kontakter ikke direkte kan sammenlignes med antallet af fysiske kontakter relateret til Akuttelefonen 1813 (besøg og 1813-henviste til ambulante kontakter i AMAK), er det værd at bemærke, at fysiske kontakter relateret til Akuttelefonen 1813 (173 1813-henviste til AMAK pr. 1.000 borgere samt 7 besøg pr. 1.000 borgere i 2016) er lavere end lægevagtordningernes antal af fysiske kontakter pr. 1.000 borgere (spændvidden i de fire regioner er 210-250 fysiske kontakter pr. 1.000 borgere i 2016). Denne forskel mellem antallet af fysiske kontakter i vagtlægeordningerne og de fysiske kontakter relateret til Akuttelefonen 1813 forekommer til trods for, at antallet af 1813-henviste til AMAK også omfatter patienter, der i andre regioner ville være blevet henvist til en lokal AMAK. Forskellen kan især forklares med det forholdsvis lave antal besøg pr. 1.000 borgere i Akuttelefonen 1813 (jf. opgørelserne i Tabel 6.2-Tabel 6.5, s. 135-141).

³ A-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. B-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.

- *Aldersfordelte ydelser:* Småbørn (de 0-4-årige) modtager både flest telefonkonsultationer (i alle regioner) og flest vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere i aldersgruppen, mens det er de ældste borgere (≥ 75 år), som modtager flest besøg (uanset region).

I Region Hovedstaden henvises der også flest småbørn pr. 1.000 borgere i aldersgruppen til behandlersporet sygdom i AMAK sammenlignet med de øvrige aldersgrupper – om end niveauet af henvisninger fra Akuttefonen 1813 til AMAK er lavere end antallet af vagtlægekonsultationer for de 0-4-årige (se Figur 6.2, s. 150).

- *Gentagne telefonkonsultationer i samme vagt:* 15-28 % af telefonkonsultationerne til regionens egne borgere er givet til patienter, der har fået mere end én telefonkonsultation inden for samme vagt. I regionerne Nordjylland, Midtjylland og Hovedstaden har disse patienter gennemsnitlig modtaget godt 2 telefonkonsultationer, mens de gennemsnitlig har fået lidt mere end 3 telefonkonsultationer i Region Syddanmark og godt 4 telefonkonsultationer i Region Sjælland. Opgørelserne er baseret på hverdage i tre måneder (september-november 2016).

I Region Nordjylland har 7 % af patienterne modtaget gentagne telefonkonsultationer i vagten, mens det er tilfældet for 8-9 % af patienterne i de øvrige regioner (se Tabel 6.10, s. 155).

- *Hospitalskontakt i samme vagtdøgn:* Der er 10-17 % af regionens egne borgere, som *efter* én eller flere telefonkonsultationer i vagtlægernes vagttid har haft en hospitalskontakt inden for samme døgn (Region Midtjylland har den procentvise højeste andel). En eventuel sammenhæng mellem antallet af telefonkonsultationer, som den enkelte patienter har modtaget, og sandsynligheden for en efterfølgende hospitalskontakt, er ikke undersøgt. Opgørelserne er baseret på 12 hverdage (ugerne 36-47 i 2016) (se Tabel 6.11, s. 157).

5) Økonomi

De regionale omkostninger i 2016 ved vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttefonen 1813 er beskrevet og opgjort i kapitel 7, s. 158.

Der er i kortlægning af omkostningerne ved vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttefonen 1813 foretaget to typer opgørelser: i) regionale omkostninger ved honorarbetalte ydelser og ii) regionale driftsomkostninger ved vagtlægeordningerne henholdsvis ved Akuttefonen 1813. De fire regioner med vagtlægeordninger har begge typer omkostninger, mens Region Hovedstaden kun har driftsomkostninger ved Akuttefonen 1813.

For sammenligning af omkostninger på tværs af regionerne gør følgende forbehold sig gældende (jf. afsnit 7.1.4, s. 164): Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer kan ikke sammenlignes med de øvrige vagtlægeregioners omkostninger, idet omkostninger ved telefonkonsultationer i den regionale akuttefonen i Region Sjælland ikke indgår i opgørelserne (funktionen er integreret i akutafdelinger på fire hospitalsenheder). Driftsomkostninger ved vagtlægeordningen i Region Sjælland kan *ikke* sammenlignes direkte med de øvrige vagtlægeregioners driftsomkostninger, idet driftsomkostninger ved den regionale akuttefon samt omkostninger ved brug af lokaler ikke indgår i opgørelserne. Herudover skal det bemærkes, at Region Hovedstadens driftsomkostninger ved Akuttefonen 1813 *ikke* er sammenlignelig med de øvrige regioners samlede omkostninger ved lægevagtsordningen. Det kan primært tilskrives to forhold: i) Akuttefonen 1813 varetager ikke konsultationer, og ii) driftsomkostningerne ved Akuttefonen 1813 er baseret på beregninger og estimerede omkostninger, mens de honorarbetalte ydelser i vagtlægeregionerne er baseret på overenskomstens takster. En eventuel sammenhæng mellem ydelsernes kvalitet og regionernes aktivitet henholdsvis økonomiske omkostninger er ikke undersøgt.

I nedenstående sammenfatning er der fokuseret på:

- **Omkostninger ved honorarbetalte ydelser:** Region Nordjylland har de højeste omkostninger ved *alle* honorarbetalte ydelser til egne borgere, mens Region Sjælland har de laveste omkostninger pr. 1.000 borgere (spændvidde: 115-126 tusinde kr. pr. 1.000 borgere).

Region Sjælland har de højeste omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer til egne borgere til trods for, at omkostningerne ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen ikke indgår i opgørelserne (godt 15 % af alle telefonkonsultationer i regionen varetages af akuttelefonen). Region Midtjylland har de laveste omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer til egne borgere (spændvidde: 91-95 tusinde kr. pr. tusinde borgere).

- De samlede omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer udgør 74-83 % af omkostningerne ved alle honorarbetalte ydelser, afhængig af region. Befordring af lægevagten i forbindelse besøg og konsultationer udgør 12-16 % af omkostningerne (se Tabel 7.4, s. 166).
- **Driftsomkostninger ved lægevagtsordningerne:** Region Midtjylland har de højeste driftsomkostninger sammenlignet med Region Nordjylland og Region Syddanmark (spændvidde: 32-41 tusinde kr. pr. 1.000 borgere). Region Sjællands omkostninger er 16 tusinde kr. pr. 1.000 borgere (se Tabel 7.8, s. 174).

Forskellen mellem regionernes omkostninger pr. 1.000 borgere kan primært tilskrives, at der er relativt høje lønudgifter i Region Midtjylland. Region Sjælland har ingen omkostninger forbundet med løn og har derudover heller ikke indregnet lokaleudgifter og driftsomkostninger ved telefonkonsultationer hos den regionale akuttelefon.

- **Regionernes samlede omkostninger ved lægevagtsordningerne** (summen af omkostninger ved *alle* honorarbetalte ydelser og driftsomkostningerne): De samlede omkostninger ved levering af telefonkonsultationer, besøg og konsultationer er ikke væsentligt forskellige i regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark (spændvidde i regionerne: 159-163 tusinde kr. pr. 1.000 borgere). De samlede omkostninger i Region Sjælland, der ikke er sammenlignelige med de øvrige tre regioner, er 136 tusinde kr. pr. 1.000 borgere (se Tabel 7.10, s. 178).

De samlede omkostninger ved lægevagtsordningerne pr. 1.000 borgere (opgjort som summen af honorarbetalte ydelser til egne borgere og driftsomkostningerne) er specificeret i en oversigtsfigur (der henvises til Figur 7.1, s. 180).

- **Region Hovedstadens omkostninger:** De samlede omkostninger ved Akuttelefonen 1813's levering af ydelserne telefonkonsultationer og besøg er 66 tusinde kr. pr. 1.000 borgere (se Tabel 7.9, s. 176). Der skal gøres opmærksom på, at Akuttelefonen 1813 ikke varetager konsultationer, idet den henviser til ambulante kontakter i AMAK.
- **Honorarernes/lønomkostningernes andel af omkostningerne:** I regioner med vagtlægeordninger udgør honoreringen af lægerne 75 % eller mere af de samlede omkostninger (se Tabel 7.10, s. 178), mens mere end 88 % af omkostningerne ved Akuttelefonen 1813 kan tilskrives løn (jf. teksten til Tabel 7.9, s. 176).
- **Vagtlægers indtjening:** Den gennemsnitlige indtjening i forskellige typer af vagter er søgt estimeret i afsnit 7.8, s. 181. Det har imidlertid været yderst vanskeligt for vagtlægeordningerne at levere valide data for indtjeningen. Den primære udfordring ved opgørelserne og sammenligning på tværs af regioner vedrører tre forhold: i) Vagterne er sammensat af forskellige typer opgaver, der forekommer således en række forskellige blandingsvagter, ii) timefordelingen i blandingsvagter er ikke ensartet fra vagt til vagt og vagterne har forskellig varighed.

Der tegner sig dog et billede af, at den gennemsnitlige indtjening pr. time besøgsvagter (besøg hos patienter) samt blandingsvagterne 'besøgs-/konsultationsvagter' er lavere end ved de øvrige typer af vagter (visitationsvagter, konsultationsvagter, visitations-/konsultationsvagter).

1 Indledning og baggrund for kortlægningen

Den danske vagtlægeordning har fungeret siden 1992, hvor en ny overenskomst medførte en række ændringer i organiseringen af området, samtidig med at amterne fik ansvaret for tilrettelæggelsen af lægevagten. I forbindelse med strukturreformen i 2007 blev de tidligere 14 amtslige lægevagter samlet til fem regionale vagtlægeordninger (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2010a).

Regionsrådet har ansvaret for at tilvejebringe og sikre tilbud om behandling hos praktiserende læger, jf. sundhedslovens § 57 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Dette sker ved indgåelse af overenskomstaftale mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) om rammerne for levering af almen medicinske ydelser til borgere i sygesikringsgruppe 1. Herunder er regionerne også forpligtet til at stille en vagtordning til rådighed uden for almindelig konsultationstid, hvilket fremgår af *Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren*, § 5, stk. 3 (Sundheds- og Ældreministeriet, 2014). Der er således tale om et døgndækket tilbud.

Vagtordningen, i daglig tale lægevagten, er rammesat i overenskomstens §§ 37-40, som bl.a. beskriver vagttidens omfang og opdeling i typer (A- og B-vagt), tilrettelæggelse af lægebetjeningen og visitationen i vagttiden, da vagtordningen er en del af den almen medicinske opgave og det behandlingstilbud, som regionerne skal stille til rådighed (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017). Herudover har de enkelte regioner indgået lokale aftaler om, på hvilke vilkår vagtordningerne kan tilrettelægges af de almen praktiserende læger. Alle⁴ praktiserende læger, der arbejder efter overenskomsten, er berettigede og forpligtede til at deltage i lægevagten på de vilkår, der er beskrevet i overenskomsten og de regionale vagtaftaler mellem hver region og PLO regionalt (bilag 16 til overenskomsten: protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks af 11. maj 2007 (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017)).

I 2010 kom Udvalget om Det Præhospitale Akutberedskab med en analyse af vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2010a) med tilhørende anbefalinger. Udvalget anbefalede bl.a.:

- At den ledelsesmæssige struktur af lægevagten medvirker til at understøtte **en entydig og sammenhængende akutindsats** i den enkelte region. En del af udvalget (de statslige repræsentanter, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd) anbefaler en integreret ledelsesmodel, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne. Lægeforeningen anbefaler en model, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i almen praksis med et tættere samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.
- At der sker en **øget brug af praksispersonale** i lægevagten i relation til tre typer opgaver: 1) Visitationen af akutte patienter, 2) telefoniske konsultationer – råd og vejledning og 3) behandling af akutte sygdomme og skader.
- At der sker en fortsat **udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet** i lægevagten (Udvalget om det præhospitale akutberedskab, 2010b).

⁴ Overenskomsten rummer mulighed for vagtfritagelse grundet alder (+60 år) og sygdom.

I 2014 overenskomsten blev det understreget, at der *"arbejdes for at implementere anbefalingerne fra udvalg om det Præhospitale Akutberedskab"*, dog har *"PLO tilkendegivet, at dette ikke gælder anbefalingen vedr. fælles regional ledelse af lægevagten"* (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014).

Udvalgets anbefalinger kom oven på en række publikationer om fremtidens akutsystem i form af PLO's politik på akutområdet (Praktiserende Lægers Organisation, 2010), Danske Regioners "Fremtidens sammenhængende akutsystem" (Region Nordjylland, Vagtudvalget under PLO-Nordjylland, 2011) samt Sundhedsstyrelsens "Kvalitet i den danske lægevagtsordning" (Sundhedsstyrelsen, 2009). I sidstnævnte blev der bl.a. efterlyst mere ledelse i lægevagten, se eventuelt beskrivelsen i Boks 1.1.

Boks 1.1 Ønske om mere ledelse i lægevagten

Ansvar for den fortsatte kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør forankres i ledelsen af lægevagtsordningen, ligesom ledelsen bør have et ansvar for den fortsatte udvikling af samarbejdet med og integrationen i det samlede sundhedsvæsen. Dette bør ske i et samspil med regionens øvrige akutberedskab.

Det er derfor Sundhedsstyrelsens vurdering, at ledelsen af lægevagten bør have et overordnet sundhedsfagligt ansvar for lægevagten, både i forhold til de enkelte vagtlæger og andet personale i lægevagten, og for den samlede lægevagtsordning, herunder at implementere fælles kliniske retningslinjer. Derudover vil ledelsen naturligt få en opgave i forhold at sikre opfølgning på de indrapporterede utilsigtede hændelser og at sikre læring af disse til lægevagten.

Ledelsen bør derudover have et overordnet organisatorisk ansvar for en fortsat organisatorisk udvikling af lægevagten og for samarbejdet og integrationen med det øvrige sundhedsvæsen. I den forbindelse vil det være en ledelsesopgave at sikre implementeringen af konkrete aftaler, fx i form af en løbende opdatering af de organisatoriske instrukser til vagtlægerne.

Lægevagtscheferne refererer i dag til praksisudvalgenes lægevagtsudvalg, som er underudvalg under Praktiserende Lægers Organisation. En anden mulighed ville være, at ledelsen i lægevagten refererer til fx regionerne eller til samarbejdsudvalgene. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at der sker en afdækning af fordele og ulemper ved andre ledelsesmodeller (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Fra 1. april 2014 blev der indført krav om visiteret adgang til alle akutmodtagelser, akutklinikker, skadestuer og skadeklinikker. Dog var der i årene op til allerede gradvist indført visiteret adgang til skadestuer/skadeklinikker flere steder. Opgaven med at sikre visiteret adgang til skadestuer/-klinikker er blevet løst forskelligt i regionerne og omfatter i et vist omfang lægevagten i nogle regioner: Nogle steder efter indgåelse af aftale med PLO, andre steder uden indgåelse af aftale (se evt. afsnit 3.1).

I 2014 valgte Region Hovedstaden at hjemtage vagtopgaven og integrere den i en udbygget version af den Akuttelefon 1813, som regionen i januar 2012 havde etableret som en rådgivende sundhedstelefon, og hvor der i forbindelse med hjemtagningen af opgaven blev ansat læger. Der er ikke indgået en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og PLO om ansættelse af praktiserende læger på Akuttelefonen 1813. Derimod har Region Hovedstaden indgået samarbejdsaftale med Foreningen af Speciallæger (FAS) og Yngre Læger (YL) om ansættelse af speciallæger inkl. speciallæger i almen medicin og yngre læger i Akutberedskabet (herunder 1813). Via aftalen med FAS er der ansat speciallæger i almen medicin, som er nuværende eller tidligere (pensionerede) praktiserende læger.

Der har siden hjemtagningen af vagtopgaven været foretaget flere undersøgelser af det visiterende akutsystem i Region Hovedstaden, se eventuelt referencer i note⁵.

I de fire regioner med vagtlægeordninger er der også sket en udvikling de seneste år. Der er således bl.a. etableret døgndækkende akuttelefon i Region Sjælland i 2011, som fungerer parallelt med lægevagten i vagttiden, mens der andre steder er indgået aftaler med lægevagten om at forestå skadevisitation i vagttiden. Nogle steder deltager (behandler)sygeplejersker i vagtarbejdet, andre steder er lægevagten alene bemandet med vagtlæger. Der stilles også forskellige krav til, hvilke læger der – ud over regionens egne praktiserende læger – kan søge et vagtydnummer og dermed indgå i vagtarbejdet i de fire regioner med vagtlægeordninger.

Således er der en række forskelle mellem de fem regioners ordninger – og ikke kun mellem Region Hovedstaden og de øvrige fire regioner. Der er imidlertid ikke foretaget større sammenlignelige beskrivelser af de fem regioners ordninger, som kan give et samlet overblik over forskelle og ligheder i ordningernes nuværende organisering, aktivitet eller økonomi.

På denne baggrund har Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner ønsket en kortlægning i form af en så vidt muligt sammenlignende beskrivelse af de fem regionale ordninger for henholdsvis lægevagt og Akuttelefonen 1813. De spørgsmål, som opdragsgiver ønsker afdækket i forbindelse med kortlægningen, er gengivet i Bilag 1, s. 187. Det er dog ikke uproblematisk at foretage sammenligninger af de fem regioners ordninger inden for det brede spektrum af temaer, der ønskes belyst, jf. opdraget. Denne problematik omkring sammenlignelighed påpeges også i Rigsrevisionens beretning om Akuttelefonen 1813, hvor det konkluderes:

"Statsrevisorerne finder det ubegrundet, at de fem regioner har organiseret deres visitation af akutte patienter så forskelligt, at en sammenligning på tværs af økonomi, bemanding mv. ikke er mulig. Statsrevisorerne konstaterer, at der er et uudnyttet potentiale for læring om bedste praksis, kvalitet og ventetid på tværs af regionerne." (Statsrevisorerne Rigsrevisionen, 2017)

Man bør dog erindre, at formålet med at have fem politisk ledende regioner ikke har været at sikre sammenlignelige data om disse ordninger på nationalt plan. Desuden kan regionerne ikke frit vælge, hvordan de organiserer deres visitation af akutte patienter, idet lægevagtsordningerne er baseret på et paritetisk system, som kræver, at parterne når til enighed i nye eller udbyggede vagtaftaler, for at ændringer i de regionale ordninger kan forekomme.

Det er væsentligt at understrege, at der alene er tale om en kortlægning og ikke en analyse med et evaluerende eller anbefalende sigte. VIVE forholder sig i denne rapport ikke normativt til de beskrevne områder i opdraget. Som det fremgår af opdraget i Bilag 1, s. 187, er de stillede spørgsmål i mange tilfælde deskriptive, idet der ønskes beskrivelser af forskellige områder. Desuden har opdragsgiver ønsket et fokus på driftsenhederne (lægevagtsordningerne og 1813). Anvendelsen af

⁵ COWI har i 2014 foretaget en evaluering af det enstrengede og visiterende akutsystem frem til 1. april 2014 med det formål at 'belyse, om planlægnings- og implementeringsopgaven med de af regionsrådet givne rammer kunne være udført mere hensigtsmæssigt' (COWI, 2014). Efterfølgende har KORA på opdrag fra Region Hovedstaden udarbejdet tre rapporter, hvori det enstrengede og visiterende akutsystem i Region Hovedstaden er evalueret med henblik på I) at få belyst behovet for justeringer, optimering og tilpasninger i organiseringen: "Enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden. Organisationsanalyse" (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015), henholdsvis II) at få foretaget en evaluering med fokus på teknik og økonomi: "Enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden. Teknisk og økonomisk analyse" (Fredslund, 2015) samt III) en sammenfatning på området: "Evaluering af Enstrengt og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden. Sammenfatning" (Wadmann, Kjellberg, 2015). Senest har Rigsrevisionens udarbejdet beretning 17/2016 om Region Hovedstadens Akuttelefon 1813 (Statsrevisorernes Rigsrevisionen, 2017).

interviews betyder, at såvel informationer fra vagtchefernes og ledelsen af 1813 samt deres perspektiver på opdragets temaer kommer til udtryk i kortlægningen – herunder deres holdninger til og vurderinger af en række forhold vedrørende henholdsvis lægevagten og 1813.

Ud over kortlægningen, har opdragsgiver også ønsket at få viden om, hvilke data der eksisterer på de områder, som kortlægningen dækker, samt i hvilket omfang de er sammenlignelige.

1.1 Læsevejledning

Kortlægningen indledes med en **sammenfatning** af rapportens resultater med løbende henvisninger til kortlægningens delafsnit. Sammenfatningen gør det muligt at anvende kortlægningen som opslagsværk og dermed som grundlag for mere selektiv læsning af de enkelte temaer i kapitlerne 3-7.

I **kapitel 1** er baggrunden for og formålet med kortlægningen præsenteret.

I **kapitel 2** beskrives kortlægningens overordnede metode, mens mere konkret metode, metodiske valg, beregningsmetoder og forbehold for sammenlignelighed af data, præsenteres løbene gennem selve kortlægningen i kapitlerne 3-7.

Den **første del af kortlægningen** (kapitlerne 3-5) omhandler en række temaer, som kræver beskrivelse region for region. Det drejer sig om **kapitel 3** om organisering, ledelse og bemanding, **kapitel 4** om dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten, samt **kapitel 5** om servicemål, klager, patientsikkerhed og kvalitetsudvikling. Disse kapitler indledes med tværgående præsentationer af data/tabeller, i det omfang det har været muligt at udarbejde tværgående tabeller. Herefter følger underafsnit om hver region, der beskriver de lokale forhold mere detaljeret. Der anvendes altid følgende rækkefølge: Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

De regionale beskrivelser er så vidt muligt opbygget parallelt og sammenligneligt, men bærer præg af såvel regionale forskelle som forskelligt fokus blandt informanterne. Denne fremstillingsform er valgt for at muliggøre en læsning af kortlægningens beskrivende dele én region ad gangen på tværs af kapitler.

Den **anden del af kortlægningen** omfatter kapitlerne 6 og 7. I **kapitel 6** er regionernes aktivitet kortlagt med hensyn til telefonkonsultationer, besøg og vagtlægekonsultationer, henholdsvis Akuttelefonen 1813's henvisninger til akutmodtagelserne/akutklinikker. I **kapitel 7** er regionernes omkostninger ved vagtlægeordningerne og Region Hovedstadens Akuttelefon 1813 beregnet. Begge kapitler indledes med grundlæggende oplysninger om forudsætninger for opgørelserne og forbehold for sammenligninger af de regionale opgørelser af aktivitet henholdsvis økonomi. Herefter præsenteres data i tabeller og figurer, og de vigtigste resultater trækkes frem i den efterfølgende tekst. Kapitel 6 omfatter både aktivitetsdata for perioden 2009-2016 og en mere dybdegående kortlægning af aktiviteten i 2016. I kapitel 7 er omkostningerne ved honorarydelser og drift opgjort for 2016.

Kortlægningen omfatter ikke en konklusion, idet det ikke har været hensigten at evaluere eller komme med anbefalinger.

Anvendte begreber og forkortelser er forklaret i oversigten i Bilag 7, s. 211.

2 Metode

I dette afsnit beskrives den overordnede metodiske tilgang. De steder, hvor det er relevant, er uddybende metodiske beskrivelser indsat løbende.

Desuden er der efter afsnittet om organisering og ledelse af området i kapitel 3 indsat yderligere et metodeafsnit (afsnit 3.2, s. 46) om sammenlignelighed af aktivitetsdata. Grunden til, at denne del af metodeafsnittet først er indsat her, er, at det kræver forudgående viden om organiseringen af området at forholde sig til de metodiske udfordringer i forbindelse med sammenlignelighed af aktivitetsdata.

2.1 Indhentning af data

Opdragsgiver har ønsket en bred og generel kortlægning af en lang række områder af meget forskellig karakter og med forskellige muligheder for at anvende eksisterende data og registre. I lyset af opdraget (Bilag 1, s. 187), der både rummer deskriptive såvel som kvantitative spørgsmål, er kortlægningen baseret på forskellige typer data og informationer fra en lang række kilder.

Til indhentning af data har opdragsgiver udpeget **regionale kontaktpersoner** (via Danske Regioner i projektets styregruppe) samt de fire **lægevagtchefer** (udpeget af PLO via projektets styregruppe).

En væsentlig del af de temaer, som opdragsgiver ønsker belyst, vedrører driftsnære forhold, fx ledelse, arbejdsgange, bemanning, kommunikation, anvendelse af servicemål, patientsikkerhedsarbejde, kvalitetsarbejde og koordination. På disse områder findes i begrænset og varierende omfang skriftlige kilder i form af lokale beskrivelser, opgørelser, præsentationer, evalueringer, bemandings-skemaer, notater, referater mv. Såvel regionale kontaktpersoner som vagtchefer har fremsendt diverse skriftligt materiale af denne type. På andre områder – fx aktivitet og utilsigtede hændelser – findes der i højere grad registre og databaser. Det angives løbende, hvor eller fra hvem de anvendte data og informationer stammer, herunder hvordan de eventuelt er bearbejdet af VIVE.

Under projektperioden har der således været en dialog med en lang række informanter, dog primært med vagtchefer, ledelsen af 1813 og regionale kontaktpersoner om indhentning af data, herunder muligheder for at skaffe data, præcisering af data samt fortolkning af data.

VIVE har desuden foretaget interviews med de fem driftsenheder for at få uddybet og verificeret data og informationer i de forskellige typer skriftlige kilder såvel som for at få besvaret de spørgsmål i kortlægningen, som er deskriptive, og hvor der ikke findes skriftlige kilder. De fire vagtchefer er således blevet telefoninterviewet, ligesom der er foretaget et gruppeinterview med ledelse og nøglepersoner på 1813. Tre vagtchefer deltog ultimo 2017 i telefoninterviews, mens det ikke var muligt for VIVE at få et interview med vagtchefen i Region Nordjylland, hvorfor sekretariatschefen i Lægeforeningen i Region Nordjylland valgte at give VIVE et interview. Primo 2018 valgte vagtchefen i Region Nordjylland også at deltage, og derfor er der i alt foretaget to telefoninterviews i Region Nordjylland.

Kortlægningen fokuserer på driftsenhederne – vagtlægeordningerne og Akuttefonen 1813 – for at generere viden om dem. Anvendelsen af interviews betyder, at såvel informationer fra vagtchefernes og ledelsen af 1813 samt deres perspektiver på opdragets spørgsmål kommer til udtryk i kort-

lægningen – herunder deres holdninger til og vurderinger af en række forhold vedrørende lægevagten og 1813. Informanternes perspektiver og vurderinger, som kommer til udtryk i denne kortlægning, er dog ikke udtryk for VIVEs perspektiver eller vurderinger.

Ud over vagtcheferne og de regionale kontaktpersoner har Styrelsen for Patientsikkerhed bidraget med viden og data om de spørgsmål, som vedrører sundhedsfaglige klager, tilsynsområdet og patientsikkerhed. Desuden har regionale risikomanagere i tre regioner også bidraget med beskrivelser af patientsikkerhedsarbejdet, ligesom en lang række andre medarbejdere har bidraget med informationer og viden om specifikke områder.

2.2 Verifikation af data

Ud over den beskrevne løbende dialog med regionale kontaktpersoner, vagtchefer samt ledelsen af 1813 er der foretaget flere godkendelsesrunder af såvel delafsnit samt den samlede rapport: For at sikre en så korrekt fremstilling som muligt af de mange data har de regionale kontaktpersoner og vagtcheferne i hver region haft de afsnit, der vedrører den enkelte region, til gennemsyn. Desuden har rapporten i sin helhed efterfølgende været til gennemsyn hos projektets styregruppe, vagtlægechefer og vagtudvalgsformænd, ledelsen af 1813, regionale kontaktpersoner samt i PLO. Disse aktører har ligeledes alle været indbudt til en fælles drøftelse af den samlede kortlægning i maj 2018.

Alle talværdier er indhentet og godkendt via de udpegede kontaktpersoner i henholdsvis regioner, vagtlægeordninger og 1813, inden den samlede rapport blev sendt til gennemsyn, og data således blev delt på tværs af regioner. Der er ikke foretaget rettelser eller tilføjelser i de oplyste talværdier, efter data er gjort tilgængelige på tværs. Der er dog følgende tre undtagelser:

1. Vagtchefen i Region Syddanmark har efterfølgende leveret opgørelser af det ugentlige timetal for den lægelige bemanning i vagten, jf. noterne i Tabel 3.13, s. 63
2. Sekretariatet i Region Nordjyllands Lægeforening har efterfølgende leveret fornyede beregninger af vagtlægernes indtjening, jf. afsnit 7.8, s. 181
3. Akuttelefonen 1813 har efterfølgende leveret justerede opgørelser af 1813's henvisninger til ambulante kontakter i AMAK og børnemodtagelser. Dette ændrer ikke ved det totale antal børn henvist til ambulante kontakt (vedrører Tabel 6.4, s. 139, Tabel 6.9, s. 149 samt datagrundlaget for Figur 6.2D, s. 150 henholdsvis Bilagstabel 4.2, s. 196).

2.3 Sammenlignelighed, tilgængelig og kvalitet af data på tværs af regioner

Besvarelsen af kortlægningens kvantitative spørgsmål er så vidt muligt baseret på data, som regioner og/eller vagtchefer m.fl. har kunnet levere. Opdragsgiver har ønsket en vurdering af eksisterende data på de områder, som kortlægningen dækker, deres art og tilgængelighed samt sammenlignelighed.

Som det tidligere er anført, er de udtrukne data ikke nødvendigvis sammenlignelige, bl.a. fordi de ikke er udarbejdet med interregional sammenligning for øje, men i stedet som led i den regionale styring af drift og økonomi. Graden af sammenlignelighed handler således ikke kun om, hvorvidt der findes tilstrækkeligt præcise og ensartede data på et område. Sammenligneligheden påvirkes også af, at driften er grundlæggende forskelligt organiseret og dermed ikke rummer samme kategorier af fx ydelser, opgaver, bemanning mv.

VIVE har tilstræbt at gøre de leverede data så sammenlignelige som muligt. Det er primært sket ved at beregne aktiviteten pr. 1.000 borgere. På grund af regionernes forskellige indbyggertal udgør disse beregninger et vigtigt supplement til opgørelserne af de absolutte værdier. Der må dog stadig tages en række forbehold for direkte sammenlignelighed. Der er fx ikke justeret for regionernes forskelle i alderssammensætning⁶, ligesom der heller ikke – bortset fra en enkelt undtagelse – er foretaget følsomhedsanalyser i forhold til betydningen af den usikkerhed, som de leverede data omfatter. Denne form for beregninger har ligget uden for rammerne af kortlægningen.

Data inden for de enkelte temaer i kapitlerne 3-7 beskrives herunder.

Data vedrørende organisering og tilrettelæggelse af opgaven har i vidt omfang været baseret på regionale skriftlige kilder suppleret med mundtlige og skriftlige informationer fra primært vagtchefer og regionale kontaktpersoner. Data vedrørende *fordeling af aktivitet på matrikler* samt åbnings-tider vurderes at være relativt valide, om end der må tages forbehold for, at der er indgået lokale aftaler om, at nogle typer af konsultationer registreres (og honoreres) som besøg – og dermed ikke ydelsesregistreres som konsultationer. Desuden skal det bemærkes, at det er vanskeligt at udarbejde retvisende opgørelser af *bemanding* på tværgående nøgletal på baggrund af de tilgængelige data. Det skyldes flere forhold, som er beskrevet mere udførligt i kortlægningen: Bemandingen er opgjort på basis af en blanding af forskellige typer af vagtplaner samt vagtchefernes og ledelsen af Akuttelefonen 1813's beskrivelser af den gennemsnitlige bemanding. Men vagtplaner er ikke helt retvisende for, hvor mange der reelt er på arbejde, idet nogle kan blive syge, der er forskellig praksis for anvendelse af rådighedsvagter, og fordi bemandingen kan justeres løbende: Hvis aktiviteten ikke er som forventet, kan nogle på vagt eventuelt gå tidligere eller blive længere end planlagt. Hertil kommer, at vagtcheferne ikke har behov for at opgøre lægerne i vagtordningerne i de kategorier, som overenskomsten (og denne kortlægning) opererer med; at den enkelte vagt kan indeholde både telefonvisitation, konsultation og besøg; at alle læger med vagtydnumre ikke nødvendigvis er vagt-aktive; og at praktiserende læger i kompagniskaber kører vagter på samme ydernummer. Alt sammen forskellige forhold, som tilsammen gør det vanskeligt at foretage retvisende sammenligninger af bemandingen.

Data vedrørende dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten er primært beskrivende og baserer sig på såvel tilgængelige skriftlige kilder (fx rummer vagtinstrukserne til dels beskrivelser af disse forhold) som på oplysninger fra vagtchefer og regionale kontaktpersoner. I kortlægningen beskrives de systemer, arbejdsgange, kommunikationsformer mv., som kontaktpersoner, vagtchefer og de tilgængelige dokumenter peger på. Beskrivelserne er efterfølgende sendt til kommentering hos informanterne, hvilket har medført en lang række præciseringer og uddybninger – og vurderes derfor at være valide.

Data vedrørende service og kvalitet stammer fra et bredt spektrum af kilder:

Data vedrørende *klage- og tilsynsområdet* er præget af, at de nuværende opgørelser på nationalt plan i Styrelsen for Patientsikkerhed ikke er indrettet med udtræk på specifikke driftsområder for øje. Desuden er klage- og tilsynssager så forskelligartede med hensyn til alvorlighedsgrad og udfald, at en simpel sammenligning af antallet ikke er meningsfuld. Der eksisterer således data på disse områder, men de er ikke egnede til at generere udtræk, der meningsfuldt kan sammenlignes.

⁶ Alderssammensætningen i regionerne kan have betydning for aktiviteten og dermed omkostningerne. Med indeks 100 som udtryk for alderssammensætningen på landsplan er indekstallene i 2016 for de i) 0-4-årige: Region Nordjylland: 93; Region Midtjylland: 103; Region Syddanmark: 95; Region Sjælland: 87; Region Hovedstaden: 110 og ii) 75+-årige Region Nordjylland: 110; Region Midtjylland: 96; Region Syddanmark: 110; Region Sjælland: 109; Region Hovedstaden: 89.

Med hensyn til *servicemål* findes gode data vedrørende graden af opfyldelse i de regioner, der har servicemål, men de enkelte regioners servicemål er forskellige, hvilket vanskeliggør en meningsfuld sammenligning.

Vedrørende *utilsigtede hændelser* kan antallet af indberettede hændelser trækkes ensartet i Danske Patientsikkerhedsdatabase, men Styrelsen for Patientsikkerhed understreger, at data om antallet af indberetninger ikke kan anvendes som mål for patientsikkerhed; ligesom sammenligning af antal indberetninger på tværs af regioner heller ikke er meningsfuld.

Øvrige data vedrørende *kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde*, herunder kompetenceudvikling i regi af de enkelte ordninger, er baseret på de oplysninger, som vagtchefer og ledelsen af 1813 har givet, primært via interviews. Det har gjort det muligt at beskrive aktiviteter med relevans for dette område, men det giver ikke basis for opstilling af sammenlignelige nøgletal på området.

Data vedrørende aktivitet er overvejende baseret på udtræk fra eksisterende registre. Kortlægningen af vagtlægeordningernes aktivitet er således baseret på de af regionerne leverede opgørelser, der kan trækkes ensartet på basis af indberetninger af aktivitet til CSC Scandichealth/Sygesikringsregisteret. Region Hovedstaden har leveret data på basis af registreringer i Akuttefonen 1813's database.

VIVE har foretaget beregninger af aktiviteten pr. 1.000 borgere, hvilket er vurderet at være det bedste grundlag for sammenligning på tværs af regionerne. På trods af en række forbehold for tværregionale sammenligninger, som vedrører ændringer af opgaveindhold over tid, forskelle i regionernes ydelsesregistrering og ikke-ensartede opgørelser af aktiviteten, er det alligevel muligt – med en vis varsomhed – at foretage tværregionale sammenligninger af antallet af telefonkonsultationer og besøg. Det er imidlertid *ikke* muligt at foretage en meningsfuld sammenligning af vagtlægekonsultationer med 1813-henviste til AMAK – hertil er datagrundlaget og opgørelserne for forskellige, hvilket uddybes i afsnit 3.2, s. 46.

Til brug for kortlægningen har regionerne genereret to nye former for opgørelser, som ikke har kunnet trækkes direkte fra de regionale registre. Regionerne har således i forbindelse med opgørelserne af: i) antal unikke henholdsvis gentagne telefonkonsultationer og ii) vagtlægernes henvisninger til hospital skullet foretage eget analysearbejde baseret på VIVEs beskrivelser. Hertil har regionerne benyttet de forskellige programmer og typer af registerdata, de har adgang til. VIVE vurderer, at kvaliteten af dataudtræk og opgørelser er sufficent til nærværende formål.

Data vedrørende økonomi er baseret på en blanding af udtræk fra registre, udtræk fra regnskabs-systemer og estimerede omkostninger, hvor der er indlagt et vist skøn i forhold til beregningerne. Kortlægningen af de regionale omkostninger ved aktiviteten i lægevagtsordningerne og Akuttefonen 1813 er baseret på regionernes opgørelser af omkostninger (vagtlægeordningernes egne omkostninger – fx til deres egne sekretariater – indgår ikke i opgørelserne).

Vagtlægehonoraret er baseret på regionernes udtræk fra eksisterende data leveret til CSC Scandichealth/Sygesikringsregisteret. Data er baseret på aftalte takster, jf. den gældende landsoverenskomst på området, samt eventuelle lokale aftaler mellem regionerne og de regionale PLO'er. Akuttefonen 1813's bestemmelse af omkostninger ved telefonkonsultationer og besøg er derimod estimeret på basis af Akuttefonen 1813's egne beregninger af det gennemsnitlige tidsforbrug og gennemsnitlige lønomkostninger. Denne omkostningsbestemmelse er forbundet med et vist skøn, idet Akuttefonen 1813 har skullet sondre mellem tid og dermed omkostninger, der specifikt er brugt til Akuttefonen 1813 i forhold til det samlede akutberedskab, som Akuttefonen 1813 er en del af.

Hospitalernes omkostninger ved ambulante kontakter i AMAK, som Akuttelefonen 1813 har henvist, er ikke opgjort.

Alle regioner har leveret opgørelser af omkostninger ved driften af vagtlægeordningen/Akuttelefonen 1813. Disse opgørelser er som udgangspunkt baseret på de regionale regnskabssystemer. Opgørelserne er af hensyn til sammenligheden opdelt på fire posteringer (løn, befordring, lokaler og teknik). Det har været en udfordring at foretage en eksakt afgrænsning af, hvad der skulle inkluderes i opgørelserne. Det har især været vanskeligt at få ensartede omkostningsopgørelser på to områder: i) lokaler, da regionerne har forskellig praksis på dette område og dermed i varierende grad har kunnet følge VIVEs anvisninger, og ii) teknik, idet de it-tekniske systemer i flere tilfælde er en integreret del af regionens øvrige it-systemer.

VIVE har foretaget beregninger af omkostninger pr. 1.000 borgere, hvilket også på dette område vurderes at være det bedste grundlag for sammenligning på tværs af regionerne. På trods af en række forbehold for tværregionale sammenligninger, som vedrører regionernes forskellige ydelsesregistreringer henholdsvis opgørelser af aktiviteten og dermed af omkostningerne samt forskelligt grundlag for bestemmelse af driftsomkostningerne, er det alligevel muligt – med en vis varsomhed – at foretage tværregionale sammenligninger af de fire regioner med vagtlægeordninger i forhold til honorarbetalte ydelser henholdsvis regionale driftsomkostninger ved lægevagtsordningerne samt summen heraf. Omkostningerne i de fire regioner med vagtlægeordninger er imidlertid *ikke* sammenlignelige med Region Hovedstadens samlede driftsomkostninger ved Akuttelefonen 1813 – her-til er formen af omkostningsbestemmelserne og indhold for forskelligt.

Endelig skal det bemærkes, at opgørelserne af vagtlægers indtjening er baseret på meget forskelligartede datagrundlag og opgørelsesmetoder, idet VIVE har fået oplyst, at der ikke foreligger tekniske systemer i vagtlægeordningerne til at foretage denne type opgørelser. VIVE vurderer, at der ikke kan foretages retvisende sammenligninger af vagtlægers indtjening på tværs af regioner på basis af de leverede opgørelser.

3 Organisering, ledelse og bemanning

I dette kapitel beskrives organiseringen af området, tilrettelæggelsen af opgaven og opgavefeltet samt det ledelsesmæssige setup, herunder vagtchefernes rolle.

Til baggrundsviden præsenteres først en række grunddata om almen praksis i de fem regioner. Tabel 3.1 viser antal praksis, fuldtidslæger og tilmeldte patienter, mens Tabel 3.2 viser indbyggertal, regionernes arealer og befolkningstæthed.

Tabel 3.1 Baggrundsdata om alment praktiserende læger fordelt på regioner pr. 1. oktober 2017

	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Antal praksis	172	379	364	261	697
Antal fuldtidslæger	334	824	792	494	1.081
Fuldtidslæger pr. praksis	1,94	2,17	2,18	1,89	1,55
Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge	1.759	1.588	1.540	1.658	1.683

Kilde: CSC Scandichealth (trukket af Danske Regioner for VIVE, januar 2018)

Tabel 3.2 Baggrundsdata om indbyggertal, areal og befolkningstæthed fordelt på regioner

	Region					I alt
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	
Antal indbyggere	586.104	1.297.738	1.214.785	830.618	1.795.211	5.724.456
Areal (km ²)	7.879	13.007	12.256	7.224	2.559	42.925
Andel af befolkningen (%)	10	23	21	15	31	100
Andelen af det samlede areal (%)	18	30	29	17	6	100
Befolkningstæthed (antal indbyggere pr. km ²)	74	100	99	115	701	133

Kilde: Folketal fra FOLK1A (3. kvartal i 2016) og areal fra ARE207 (areal 1. januar efter område), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Det fremgår af Tabel 3.2, at der er store forskelle regionerne imellem, ikke mindst i befolkningstætheden. Men der er også store forskelle i regionernes geografi: Således er Region Sjælland og Region Nordjylland præget af lange afstande på grund af øer/odder, mens Region Midtjylland og Region Syddanmark har en del øer, hvilket også rummer udfordringer. Disse forskelle har betydning for organiseringen i vagttiden.

3.1 Ledelse og organisering af området

I dette afsnit beskrives først de fælles rammer for ledelse og organisering af vagtlægeordningerne, herefter forholdene i de enkelte regioner. Organisering og ledelse af området i Region Hovedstaden beskrives særskilt i afsnit 3.1.5.

De nuværende fire vagtlægeordninger blev etableret i kølvandet på regionsdannelsen i 2007. Alle lægevagtsordninger har deres grundlag i regionale **vagtaftaler**, der beskriver rammerne for de enkelte regionale ordninger. I tre ud af de fire nugældende vagtaftaler er der i varierende omfang

fastsat servicemål vedrørende ventetider i henholdsvis telefonkonsultationer, lægevagtskonsultationer og besøg hos patienten, som der løbende følges op på. I Region Hovedstaden har man også politisk vedtagne servicemål. I flere regioner er der siden etablering af de fem regionale vagtlægeordninger foretaget mindre tilføjelser til vagtaftalerne. I Region Midtjylland er der dog foretaget en væsentlig tilføjelse til den oprindelige vagtaftale i form af en akutaftale fra 2011. Kun i Region Syddanmark er der indgået ny vagtaftale (i 2014).

Vedrørende organiseringen og ledelsen af vagtlægeordningerne gælder følgende:

*Rammerne for den praktiske afvikling af Lægevagten fastlægges i regionale **vagtinstrukser**, der bl.a. beskriver lægernes konkrete forpligtelser i forbindelse med deltagelse i vagtordningen. Disse vagtinstrukser udarbejdes af **PLO's regionale praksisudvalg** og godkendes af **Samarbejdsudvalget**. Der kan i vagtinstrukser fastsættes regler om, at **vagtchefen** – i tilfælde af en læges udebliven fra en vagt – kan pålægge lægen en bod af en nærmere angivet størrelsesorden. (...) Vagtchefen kan ved mindre overtrædelser af vagtinstruksen skriftligt tildele en advarsel eller udtale misbilligelse, eventuelt med angivelse af, at gentagelse kan medføre en stærkere sanktion ((Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017). Bilag 16: "Protokollat om sanktioner for overtrædelse af vagtinstruks af 11-05-2007" til overenskomsten).*

I en fælles udtalelse fra Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner fra januar 2018 beskrives vagtinstrukserne således:

*Det er muligt at udstede overordnede fagligt bindende instrukser for de deltagende læger i lægevagten, som det allerede sker med **vagtinstruksen** i de enkelte lægevagter. PLO kan som forhandlingsberettiget organisation forpligte egne medlemmer, og vagtlæger, der ikke er medlem af PLO, forpligtes i forbindelse med indgåelse af aftale om vagtlægedernummer (...). Ved tilmelding til vagtydernummer skriver lægen under på at overholde den til enhver tid gældende overenskomst om almen praksis, samt den regionale vagtaftale og vagtinstruks (Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner i fælles brev til Styrelsen for Patientsikkerhed 19. januar 2018, aktid 1018342).*

Alle lægevagtsordninger har en **lægevagtschef**. Nogle regioner har desuden et antal distriktslægevagtschefer eller andre vagtchefer med særlige opgaveområder (fx it). Lægevagtscheferne er praktiserende læger, og jobbet som lægevagtschef varetages sideløbende med arbejdet i egen praksis. Vagtcheferne beskriver generelt deres rolle som mere koordinerende og til tider administrativ end egentlig ledende, og de har således ikke et overordnet sundhedsfagligt ansvar, ligesom de ikke har personaleansvar for lægerne (nogle har dog personaleansvar for sekretariatsmedarbejdere tilknyttet lægevagten). Lægevagtschefernes opgaver udføres på vegne af de **regionale PLO-praksisudvalg**, som har nedsat **regionale vagtlægeudvalg**, og nogle vagtchefer beskriver, at formanden for vagtudvalget har en mere ledende rolle.

I alle regioner er der, som følge af overenskomstens § 107-108 (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017), nedsat et paritetisk sammensat **samarbejdsudvalg** med 8-12 medlemmer mellem PLO, regionen og kommunerne i regionen. Samarbejdsudvalgets opgave er at vejlede med hensyn til forståelse og praktisering af overenskomstens bestemmelser, at behandle sager om lægers misligholdelse eller overtrædelse af overenskomsten, herunder principielle sager om lægevagtsordningen. Det er også samarbejdsudvalget, som har kompetence til at behandle klager over service og adfærd i vagtlægeordningen. Derudover fungerer udvalget som et dialogforum, og jf. overenskomstens bestemmelser er det Samarbejdsudvalget, som træffer afgørelse om en lang række forhold i relation til almen praksis i regionen, herunder lægevagten. I

tilfælde af uløselig uenighed i de regionale samarbejdsudvalg kan sager indbringes for Landssamarbejdsudvalget, der ligeledes er paritetisk sammensat og består af medlemmer fra Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Vagtlægeordningerne og Regions Hovedstadens akuttelefon kan kontaktes på fem forskellige **telefonnumre** (med undtagelse af enkelte småøer, som har egne numre).

Lægevagtordningerne er alle visitationsordninger, hvor de grundlæggende funktioner er telefonvisitation (telefonkonsultationer) med mulighed for visitation til bl.a. besøg eller til en vagtlægekonsultation. Herudover kan lægevagten alle steder også indlægge patienter eller visitere til skadestue, tilkalde ambulance og i varierende grad trække på kommunal sygepleje (mere herom i afsnit 4.6). Tabel 3.3 giver et indledende overblik over de opgaver, som varetages i de fem regioner, samt hvem de varetages af. Der er også medtaget opgaver i dagtiden⁷ for at give et mere fyldestgørende billede af, hvordan opgaverne er fordelt døgnet rundt:

Tabel 3.3 Organisering af opgaver i de enkelte regioner

Opgaver	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Besvarer opkald i vagttiden vedr. sygdom ?	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret*	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret*	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret*	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret*	Sygeplejersker og læger på 1813**
Besvarer opkald i vagttiden vedr. skader ?				Behandlersygeplejersker på regional akuttelefon	
Besvarer opkald i dagtiden vedr. sygdom ?***	Almen praksis inkl. praksispersonale. Både sygdom og skader	Almen praksis inkl. praksispersonale (Hospitalsvisitationen på Aarhus Universitetshospital er backup ⁵)	Almen praksis inkl. praksispersonale Sygeplejersker i regional funktion	Almen praksis inkl. praksispersonale	Almen praksis inkl. praksispersonale
Besvarer opkald i dagtiden vedr. skader ?*** + ****				Behandlersygeplejersker på regional akuttelefon	Sygeplejersker på 1813
Visiterer til besøg i vagttiden?	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret	Læger i vagtlægeordningen med visitationsret	Læger på 1813* ⁷
Visiterer til konsultationer i vagttiden?*					Læger og sygeplejersker på 1813
Visiterer til indlæggelse i vagttiden?					
Udfører besøg i vagttiden?	Læger i vagtlægeordningen	Læger i vagtlægeordningen	Læger i vagtlægeordningen	Læger i vagtlægeordningen	Læger på 1813
Udfører konsultationer * i vagttiden?	Læger i vagtlægeordningen med sygeplejerskemedhjælp i Aalborg	Læger i vagtlægeordningen, samt behandlersygeplejersker med lægelig backup* ⁸	Læger i vagtlægeordningen med sosu-/sygeplejerskemedhjælp på nogle matrikler	Læger i vagtlægeordningen	Medarbejderne på regionens akutmodtagelser/-klinikker

⁷ I denne kortlægning bruges 'dagtid' om tidsrummet kl. 08:00-16:00 på hverdage.

Noter: * Ikke alle læger i vagtlægeordningerne har ret til at visitere telefonisk. Det har kun speciallæger i almen medicin og uddannelseslæger i fase III (jf. overenskomstens bestemmelser). Alle læger i vagtlægeordningen kan foretage konsultationer og besøg, og i forbindelse med begge former for kontakt kan lægerne i vagtlægeordningen visitere til samtlige de tilbud, som den regionale lægevagt har mulighed for at henvise patienter til – herunder indlæggelse.

** Ved spidsbelastning kan sygeplejersker ved 112, der har samme oplæring som på 1813, dog også besvare opkald.

*** Samt medarbejdere på regions- og udbudsklinikker, i det omfang de findes i regionen.

**** Det er ikke muligt præcist at opgøre, i hvilket omfang almen praksis også håndterer opkald vedrørende skader i dagtiden. Som det vil fremgå, peger vagtcheferne på, at der er lokal variation og forskellige traditioner for, i hvilket omfang almen praksis håndterer skader i dagtiden.

*5 I Region Midtjylland går opkald til lægevagts nummer i dagtiden til hospitalsvisitationen på Aarhus Universitetshospital. Således besvarer personalet i hospitalsvisitationen opkald til lægevagten, der sker i dagtid på hverdage. Det drejer sig om fejl-opkald, der burde være gået til egen læge. Formålet med ordningen er at sikre, at borgere har adgang til akut hjælp, hvis de af en eller anden grund ikke kan komme i kontakt med praktiserende læge. Dette gælder fx turister. Nogle af borgerne visiteres til akutafdelingerne, andre til at ringe til egen læge eller afvente, at lægevagtstelefonen overgår til lægevagten.

*6 I Region Hovedstaden bruges betegnelsen "konsultationer" ikke, da der er tale om kontakter i AMAK, som er en del af hospitalernes akutsystem. Her visiteres i stedet til vurderingsspor eller behandlingsspor på AMAK.

*7 Sygeplejersker på 1813 kan ikke visitere direkte til besøg. De skal konsultere en rådgivende læge på 1813 først.

*8 På tre konsultationssteder er der en regional akutklinik, som er bemandet med behandlersygeplejersker, som er i løbende telefonisk kontakt med den kørende vagtlæge i distriktet. Vagtlægen fungerer som faglig backup for behandlersygeplejersken, og ved behov kører vagtlægen ind og tager konsultationer på akutklinikken.

Kilder: Udarbejdet på baggrund af informationer fra og godkendt af: Region Nordjylland (sekretariatschef i Lægeforeningen Nord samt vagtchef), Region Hovedstaden (konst. leder af Akuttelefonen 1813), Region Midtjylland (vagtchef), Region Syddanmark (regional kontaktperson og vagtchef), Region Sjælland (regional kontaktperson).

Tabel 3.3 viser, at visitation til sygdom og skader er enstrenget i vagttiden i alle regioner bortset fra i Region Sjælland, mens den i dagtid også er enstrenget i Region Nordjylland og Midtjylland.

På Sjælland står en regional akuttelefon for skadesvisitationen, mens lægevagten står for den øvrige visitation vedrørende (medicinsk) sygdom. Ligeledes ses, at Hovedstaden er den eneste region, hvor sygeplejersker deltager i telefonvisitation.

Besøg udføres i alle regioner kun af læger, mens der i varierende grad deltager (behandler)sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i forbindelse med konsultationerne i vagtlægeordningerne.

I de efterfølgende afsnit gennemgås de enkelte regioners organisering og ledelse af området.

3.1.1 Region Nordjylland: Organisering og ledelse af området

Grundlaget for lægevagtsordningen i Region Nordjylland er beskrevet i vagtaftalen fra januar 2007 (Region Nordjylland, 2006) samt et tillæg fra 2009 vedrørende lukning af konsultationen i Brovst (Region Nordjylland, 2009). Hertil kommer vagtinstruks for lægevagten i Region Nordjylland (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Oplysningerne i dette afsnit er baseret på disse dokumenter, suppleret med oplysninger givet på mail og telefon af regionens kontaktperson for denne kortlægning, vagtchefen samt sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland og i mindre omfang den regionale risikomanager på vagtlægeområdet. Oplysninger fra øvrige dokumenter fremgår af kildehenvisninger løbende.

Jævnfør vagtinstruksen ledes lægevagten af et **vagtudvalg** efter delegation fra **PLO-Nordjylland** via **praksisudvalget**, der udgøres af PLO-Nordjyllands bestyrelse. Den daglige administration af lægevagten varetages af **vagtchefen** (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012). Vagtchefens rolle beskrives således som at administrere ordningen, mens det er vagtudvalget, der beskrives som ledende. Vagtchefen er ikke medlem af praksisudvalget, men er ansat af praksisudvalget. Det oplyses af sekretariatschef i Lægeforeningen Nordjylland, at vagtchefen ikke har en funktionsbeskrivelse, men at vagtchefens rolle ud over overenskomstens rammer også del-

vist beskrives i vagtudvalgets kommissorium (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, 2017). Kommis-soriet for vagtudvalget beskriver vagtchefens beføjelser således: Vagtchefen kan pålægge sanktio-ner (advarsler og misbilligelse) ved mindre overtrædelser af vagtinstruksen samt indstille til Praksis-udvalget om eventuel gennemførelse af en strengere sanktion (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, 2017). Den nuværende vagtchef har haft opgaven siden regionsdannelsen, men har i denne periode også fungeret for formand for PLO-Nord og formand for vagtudvalget. Siden 2016 har han dog ude-lukkende været vagtchef. Vagtchefen beskriver selv sin rolle som at *"holde øje med, at kollegaerne opfører sig ordentligt over for patienter, hinanden og personalet"*, samt at håndtere henvendel-ser/klager fra patienter eller pårørende. Desuden fylder opgaven med at sikre dækning af vagtske-mæt blandt vagtchefens opgaver.

Vagtudvalgets opgave er at rådgive og orientere praksisudvalget om *"alle forhold i lægevagten i Region Nordjylland"*, jf. udvalgets kommissorium (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, 2017). Desu-den er vagtudvalgets opgaver at administrere lægevagten (i henhold til vagtaftalen) og at sikre, at vagtinstruksen følges af vagtlægerne. Ligeledes er det vagtudvalget, der tager stilling til såvel an-søgning om fritagelse fra vagt såvel som tildeling af vagtydnumre. Vagtudvalget er bl.a. sammen-sat ud fra geografiske hensyn. Således er de syv medlemmer fordelt, så alle fire geografiske klynger i regionen er repræsenteret (idet de praktiserende læger ifølge vagtchefen er opdelt i fire klynger). To medlemmer er udpeget af praksisudvalget, og aktuelt er næstformanden for PLO-Nordjylland formand for vagtudvalget. Endelig deltager også en yngre vagtaktiv læge.

De administrative opgaver i lægevagten varetages af **lægevagts sekretariat** på to medarbejdere, som refererer til vagtchefen. Dog er det vagtchef og vagtudvalgsformand, som i fællesskab er an-svarlige for sekretariatets daglige drift og personaleledelse (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, 2017). Vagtsekretariatet sørger bl.a. for opgaver i relation til vedligehold af konsultationer, organi-sering af opfyldning i konsultationer, opgaver i relation til kørsel af vagtlæger, udarbejdelse af vagt-skema, sikring af beklædning og nøgleskilte til vagtlæger mv.

Der er løbende ad hoc kontakt mellem **lægevagten og regionens administration**, primært om praktiske forhold vedrørende den løbende drift, hvilket har gjort tidligere mere formelle koordinati-onsmøder unødvendige, og derfor holdes disse ikke længere. Desuden er der i 2011 indgået aftale om, at lægevagten selv kan foretage mindre anskaffelser inden for en årlig ramme på 125.000 kr., hvilket overflødiggør møder, hvor alle udgifter tidligere skulle godkendes (jf. "Kontrakt om indkøb og udstyr i lægevagten" (Region Nordjylland, Vagtudvalget under PLO-Nordjylland, 2011)).

Der indgår sygeplejersker i lægevagtskonsultationen i Aalborg (uddybes i afsnit 3.4.1). Der holdes derfor også **koordinationsmøder med sygeplejerskerne** i lægevagten med deltagelse af den af-snitsledende sygeplejerske fra skadestuen, som sygeplejerspersonalet tilknyttet lægevagten hører under.

Det formelle samarbejde mellem region og almen praksis foregår i **samarbejdsudvalg** bestående af fire regionsrådsmedlemmer, to medlemmer af kommunekontaktrådet (kommunalpolitikere) samt seks medlemmer af praksisudvalget, jf. udvalgets forretningsorden (Samarbejdsudvalget for læger i Region Nordjylland, 2010) (dog har PLO valgt, at der aktuelt er udpeget fem medlemmer).

Skadesvisitation: I Region Nordjylland er der ligesom i alle andre regioner indført visiteret adgang til alle skadestuer. De fleste skadestuer i regionen har haft visiteret adgang i længere tid; den sidste var skadestuen i Aalborg, som fik visiteret adgang i 2012 (Forretningsudvalget Region Nordjylland, 2012).

Der er ikke indgået nogen formel aftale mellem PLO og regionen om skadesvisitation. Af sagsfremstillingen i Regionsrådet i forbindelse med beslutningen om at indføre visiteret adgang fremgår følgende:

"I forbindelse med vedtagelsen af Strukturplan for det somatiske sygehusvæsen i Region Nordjylland (2007) besluttede Regionsrådet, at skade-modtagelsen på Aalborg Sygehus skal gøres visiteret. Denne beslutning blev ikke umiddelbart implementeret. Dette vil nu ske fra 10. april 2012. Alle øvrige skade-modtagelser i Region Nordjylland (...) er visiterede og foregår via almen praksis i dagtid og via lægevagten i vagttid. (...) Indførelsen af visitation til skade-modtagelsen på Aalborg Sygehus giver ikke anledning til nye aftaler med Praktiserende Lægers Organisation (PLO) Nordjylland, idet almen praksis i dagtid allerede er forpligtet til at håndtere akutte henvendelser, jf. den nuværende overenskomst. I forhold til vagttid er der heller ikke behov for nye aftaler" (Forretningsudvalget Region Nordjylland, 2012).

Sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland beskriver, at opgaven er "gledet ind i lægevagten arbejde". Han påpeger, at lægevagten tog opgaven, fordi de mente, at den hørte til hos dem, idet "mange af de ting, folk kom med tidligere til skadestuerne, er noget, der hører hjemme i lægevagten". Omfanget er dog ikke stort, og han vurderer, at der i dag er 3-4 småskader mere i lægevagten i Aalborg, end før der var visiteret adgang til skadestuen, så det fylder ikke meget i lægevagten konsultationer.

Tidligere mødte patienterne selv op i skadestuen, og det kunne ifølge sekretariatschefen også forekomme, at "når der så stod en hel folk i skadestuen med noget, der kunne laves i lægevagten, så sendte de dem over i lægevagten". Selvom alle i dag visiteres via lægevagten, er grænsen for, hvilke skader der håndteres i lægevagten, varierende, ifølge sekretariatschefen: Det afhænger af den enkelte læge, men også af det øvrige arbejdspress i lægevagten. Grænsen mellem, hvilke skader der håndteres i lægevagten, og hvilke der visiteres til skadestue, er også afhængigt af, hvorvidt lægevagten ligger i nærheden af en skadestue eller ej, vurderer han. I yderområderne, hvor der er længere afstande til hospitaler, er der en anden tradition for at håndtere flere skader i lægevagten (såvel som i almen praksis i dagtiden), ifølge sekretariatschefen.

3.1.2 Region Midtjylland: Organisering og ledelse af området

Grundlaget for lægevagtsordningen i Region Midtjylland er beskrevet i vagtaftalen (Region Midtjylland, 2006) samt et tillæg fra 2011 vedrørende udvidet samarbejde på akutområdet (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011). Desuden er der indgået § 2-aftaler omkring lægevagtsbetjeningen på Anholt (Region Midtjylland, PLO-Midtjylland & Fjendbo Jørgensen, 2012) og Samsø (Århus Amt, Praksisudvalget i Århus, 2005). Hertil kommer vagtinstruks for lægevagten i Region Midtjylland (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2017).

Ud over disse dokumenter er dette afsnit baseret på oplysninger givet på mail og telefon af regionens kontaktperson for denne kortlægning samt den koordinerende vagtchef samt i mindre omfang den regionale risikomanager på vagtlægeområdet. Oplysninger fra øvrige dokumenter fremgår af kildehenvisninger løbende.

Lægevagten ledes af det regionale **lægevagtsudvalg**, der er nedsat af **PLO Region Midtjylland (praksisudvalget)**. Lægevagtsudvalget består af fire medlemmer fra PLO-Midtjylland (et af dem som formand), de i alt seks vagtchefer for Ringkøbing, Viborg, Horsens, Randers, Silkeborg og Aarhus/Djursland samt to edb-ansvarlige læger (kaldet edb-chefer). Vagtudvalget behandler alle ansøgninger om vagtfritagelse og vagtydernetnummer, herunder forlængelse af vagtydernetnummer.

Ifølge den koordinerende vagtchef er vagtudvalgsformanden den overordnet ansvarlige for vagten, mens vagtchefer og edb-chefer er administrationschefer på hver deres felt.

Den daglige administration af lægevagten varetages af **vagtcheferne**. Regionen er delt op i seks distrikter med hver sin distriktsvagtchef samt to edb-chefer. **Distriktsvagtcheferne** har ansvaret for den daglige ledelse af lægevagten i eget distrikt, herunder sørge for distriktets vagtskemaer tre gange årligt, alle løbende henvendelser fra kolleger, introduktion af nye læger til vagten og afholdelse af mini-vagtintroduktionskurser. Desuden har de ansvaret for kontakten til distriktets konsultationer, akutafdelinger og akutklinikker (jf. 'akutaftalen' fra 2012 med det udvidede samarbejde med det regionale akutområde, som beskrives nedenfor). Distriktsvagtcheferne skal også håndtere de samarbejds-mæssige udfordringer, der måtte opstå, og håndhæve vagtinstruksen, herunder de sanktionsmuligheder den rummer.

Vagtchefen for Aarhus/Djursland har en række koordinerende funktioner for hele regionen og har været kontaktperson for denne kortlægning (herefter blot kaldet "vagtchefen" i forbindelse med udtalelser og citater). Han refererer til formanden for vagtudvalget.

I vagtinstruksen beskrives den ledelsesmæssige relation til kollegaer således: Lægevagten fungerer som "*vikar for egen læge*" uden for dagtid. Og det betyder, at vagtchefens/lægevagtudvalgets faglige ansvar i forhold til arbejdet i lægevagten er at reagere, hvis man bliver bekendt med, at en læge udviser uforsvarlig faglig adfærd. I grove tilfælde er der pligt til at indberettes det til embedslægen, og i mindre grove tilfælde kan vagtchefen/lægevagtudvalget vælge, at der gives en henstilling til den pågældende vagtlæge (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2017).

I forhold til **ledelse i lægevagten** beskriver vagtchefen dog, at der sjældent er udfordringer af samarbejds-mæssig eller faglig art i lægevagten. Men når der er udfordringer, er det enten vagtchefen alene eller vagtchefen og vagtudvalgsformanden, der holder møde med den/de involverede. I de 10 år, som vagtchefen har haft rollen, har han 2-3 gange været nødsaget til at trække læger ud af vagten. Det er ifølge vagtchefen foregået i mindelighed, og der har været tale om læger med vagtydnumre, ikke praktiserende læger. Vagtchefen beskriver, at der kan være en problematik i relation til praktiserende læger, som ikke kun har *pligt*, men også *ret* til vagtarbejdet. Vagtchefen beskriver, at han ikke altid føler sig informeret fra de centrale myndigheder – fx Styrelsen for Patientsikkerhed – om sager, der har konsekvenser eller burde have konsekvenser for vagtdeltagelsen. Han peger på eksempler: "*Hvis en læge i dagtiden er taget ud af drift, fordi han har været misbrugende i dagtiden, så får vi jo ikke nødvendigvis besked. Det får vi sådan tit lidt indirekte. Og vi får jo ikke at vide, hvornår de må køre vagter igen*". Vagtchefen understreger, at han ikke har behov for at kende årsagerne til sanktioner fra centralt hold, men at han gerne så en klar systematik omkring information til vagtchefer om, hvilke læger der – i en periode – ikke må køre vagter.

Lægevagtens sekretariat består af to deltidssekretærer, som håndterer praktiske og administrative opgaver vedrørende henvendelser fra vagtlæger, oprettelse af lægerne i vagtens systemer, praktiske ting omkring kurser og håndtering af administrative opgaver i forbindelse med klagesager.

Det formelle samarbejde mellem lægevagten og regionen foregår i **samarbejdsudvalget for almen praksis**. I udvalget sidder desuden to repræsentanter udpeget af regionens kommuner, fire repræsentanter udpeget af Regionsrådet og i alt seks repræsentanter udpeget af PLO-Midtjylland, hvoraf den ene er vagtudvalgsformanden. Samarbejdsudvalgets opgave i relation til lægevagten er primært den løbende behandling af adfærds- og serviceklager.

Det løbende samarbejde mellem lægevagten og regionens administration foregår i et mødeforum, hvor vagtudvalgsformanden, to vagtchefer og de to edb-chefer løbende mødes med repræsentanter fra regionens administration. Her drøftes alt fra kørsel til opfyldelse af servicemål og praktiske ting samt mere strategiske tiltag som fx de befolkningsrettede kampagner, der har været gennemført omkring mere korrekt brug af lægevagten (uddybes i afsnit 5.1.2, s. 98).

Samarbejdet mellem lægevagten og akutområdet, herunder skadesvisitation: I 2011 indgik PLO Midtjylland og Region i Midtjylland en aftale om i løbet af 2012 at etablere et tættere samarbejde på akutområdet, herefter omtalt som *akutaftalen* (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011). Aftalen er et led i implementeringen af anbefalingerne fra Udvalget om det Præhospitale Akutberedskab, dog ikke anbefalingerne om fælles ledelse af lægevagten. Målet med aftalen er, at almen praksis på sigt indgår som en integreret del af det akutte beredskab for at sikre et tættere samarbejde omkring løsningen af sundhedsvæsenets akutfunktion. Samarbejdet er fokuseret på tre områder, der er indgået særskilte aftaler om: visitation, samarbejde med akutklinikker og med akutafdelinger. Disse beskrives herunder.

Samarbejdet om visitation betyder, at almen praksis foretager al visitation af patienter i dag- og vagttid, dvs. både skader og sygdom (i alle tilfælde, hvor der ikke er ringet 112). I dagtiden er der dog af patientsikkerhedshensyn overløb på lægevagtstelefonen (viderestilling) til hospitalsvisitationen på Aarhus Universitetshospital, og sygeplejerskerne i hospitalsvisitationen besvarer således vagtlægetelefonen i dagtid på hverdage. Opkaldene kommer typisk fra turister og andre uden mulighed for at kontakte egen læge. Sygeplejerskerne kan henvise til egen læge, til opkald til vagtlægeordningen (efter kl. 16:00) eller visitere til behandling på skadestue/akutklinik. Sygeplejerskerne kan også afslutte henvendelserne telefonisk med råd om egenomsorg (disse oplysninger stammer fra den regionale kontaktperson i Region Midtjylland).

Ifølge den regionale kontaktperson og formanden for vagtudvalget var baggrunden for samarbejdet følgende: I forbindelse med centraliseringen i sygehusstrukturen foregik en dialog mellem Region og PLO-Midtjylland om en fortsat akutdækning af de områder af regionen, hvor den nye sygehusstruktur betød længere afstande til det akutte beredskab. Et af hovedkravene fra PLO-Midtjylland var at få et ensartet tilbud til borgerne og en samlet plan for, hvordan almen praksis kunne tage over i akutbehandlingen og visitationen. Der ønskedes én indgang for patienterne i dagtid såvel som vagttid, og der var samtidig en erkendelse af, at mange mindre skader med fordel kunne behandles i primærsektoren i et setup med kortere ventetid. Flytning af de mindre skader til lægevagten førte til en langt hurtigere behandling for disse patienter, som tidligere i en travl skadestue havde ventet på at blive behandlet, til de mere syge var behandlet. I den vestlige del af regionen var skadepatienterne også tidligere (før indgåelsen af akutaftalen) visiteret af almen praksis, mens de i den østlige del var visiteret af en sygeplejerskebemandet skadevisitation på hospitalerne.

Sidenhen har en evaluering af aftalen foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus i 2014 fundet, at fra implementeringen af akutaftalen i løbet af 2012 frem til sommeren 2014 *"er andelen af kontakter i lægevagten, der skyldes skade, steget markant i forhold til tidligere (15,8 % af alle telefoniske henvendelser og 26,0 % af alle konsultationer)"*. Samtidig steg aktiviteten i lægevagten for både telefonkonsultationer (9,3 %) og konsultationer (11,7 %) i perioden fra 1. september 2011 til 31. august 2013. Denne stigning i aktivitet stemmer godt overens med tallene for skadestuer/akutafdelinger/akutklinikker, hvor evalueringen viser, at der var 12 % færre kontakter i samme periode (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011, Bondo Christensen et al., 2014a, Bondo Christensen et al., 2014b).

Samarbejdet med akutklinikkerne, som i vagttiden er bemandet med behandlersygeplejersker, betyder, at det er lægevagten, som udgør den lægefaglige backup og har det lægefaglige ansvar i

akuttklinikkerne. I praksis betyder det, at vagtlægen er i telefonisk kontakt med behandlersygeplejersken og kan medvirke til at vurdere, i hvilken rækkefølge opgaverne prioriteres, herunder om der køres besøg eller ses patienter i akutklinikken. Når lægen ikke kører besøg i distriktet, er vedkommende i akutklinikken. På akutklinikkerne, som er fast bemandede med behandlersygeplejersker, kan patienter med mindre skader tilses, behandles og afsluttes af sygeplejerskerne. De bemandede og udstyrede akutklinikker forbedrer vagtlægens mulighed for at gennemføre diagnostik og behandling i forhold til ved besøg.

Samarbejdet med akutaftdelingerne har til formål at sikre en mere fleksibel arbejdsdeling omkring diagnosticering og behandling af de akutte patienter. Det betyder bl.a., at lægevagten på de fast bemandede konsultationssteder beliggende på hospitaler er fysisk integreret med akutaftdelingerne, at modtagelse af patienter sker samme sted, og at akutaftdelingernes sygeplejersker assisterer vagtlægen i behandlingen af patienter. Lægevagten har det lægefaglige ansvar, når sygeplejersker på akutaftdelinger assisterer i lægevagten. Når patienterne i akutmodtagelser og lægevagt modtages samme sted, foretages samtidig en vurdering af, om behandlingen bedst varetages i det regi, som patienten indledningsvis er henvist til, idet der kan være oplagte tilfælde, hvor vurderingen i forbindelse med modtagelsen giver anledning til at ændre den initiale visitation.

3.1.3 Region Syddanmark: Organisering og ledelse af området

Grundlaget for lægevagtsordningen i Region Syddanmark er beskrevet i **vagtaftalen** (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014). Som bilag til vagtaftalen findes desuden aftaler vedrørende særordninger for Fanø og Ærø, beskrivelse af konsultationssteder, servicemål, beskrivelse af ordning om regional social- og sundhedsmedhjælp i vagten (kaldet "brobyggerordning"), aftale om visitation til skadestuer, funktionsbeskrivelse for vagtchef samt **vagtinstruks** (PLO i Region Syddanmark, 2014).

Oplysningerne i dette afsnit er baseret på disse dokumenter suppleret med oplysninger givet på mail og telefon af regionens kontaktperson for denne kortlægning og vagtchefen. Oplysninger fra øvrige dokumenter og personer fremgår løbende af kildehenvisninger.

Kontaktpersonen i regionen oplyser, at **Samarbejdsudvalget for almen praksis** består af 8-12 medlemmer, som er udpeget af samarbejdsudvalgets parter (regionerne, kommunerne og PLO). Som i de øvrige regioner behandles service- og adfærdsklager over vagtlæger i samarbejdsudvalget: Region Syddanmark udarbejder indstillingerne i klagesagerne, som drøftes i samarbejdsudvalget. I Region Syddanmark skal lægevagten vagtchef aflægge en årlig rapportering om lægevagten i Region Syddanmark til samarbejdsudvalget. Hverken vagtchefen eller formanden for vagtudvalget er faste medlemmer af samarbejdsudvalget.

Jævnfør vagtinstruksen ledes lægevagten af et **vagtudvalg** med ansvar over for **PLO-Syddanmark (PLO-Regional)**, som er *"overordnet ansvarlig for at tilrettelægge en vagtordning i samarbejde med regionen"* (jf. kommissoriet for PLO-R (PLO i Region Syddanmark, 2011)). Ifølge vagtchefen består vagtudvalget af fire valgte PLO-medlemmer samt vagtchef, vicevagtchef og it-vagtchef, og der tilstræbes bred geografisk repræsentation fra hele regionen.

PLO-Syddanmark ansætter via vagtudvalget en **vagtchef**, som refererer til vagtudvalgets formand. Ud over vagtchefen findes også en vicevagtchef samt en IT-vagtchef. Vagtchefens opgaver er ifølge funktionsbeskrivelsen (bilag 9 til vagtaftalen (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)) som følger: Vagtchefen har ansvaret for den daglige drift og tilrettelæggelse af vagtordningen samt for at føre tilsyn med, at kvaliteten i vagtordningen lever op til vagtaftalens samt vagtinstruksens

bestemmelser. Herunder hører at sikre en vagtplanlægning, der tilgodeser en forsvarlig lægevagtsbetjening samt overholdelse af de fastsatte servicemål. Vagtchefen har desuden ansvar for via den årlige status at holde Samarbejdsudvalget orienteret om den aktuelle bemandingsmodel, herunder til- og afgang af vagtlæger, opfyldelse af servicemål, den løbende kvalitetssikring, dvs. klagesagsopfølgninger, kursusafholdelse og lignende. Fremlæggelsen foregår som en PowerPoint-præsentation i samarbejdsudvalget, og det fremgår af præsentationerne og referaterne fra møderne, at status de seneste år er blevet taget til efterretning.

Lægevagten har et **dagsekretariat**, der refererer til vagtchefen. Sekretariatet står for en række administrative opgaver i relation til bl.a. vagtplanlægning, lægernes befordringsordning, bogholderi, mv. Derudover har lægevagten et **vagtsekretariat** bemannet med lægesekretærer, der siden 2007 har fungeret i vagttiden. Deres funktion beskrives i afsnit 3.4.3, s. 69.

Der afholdes løbende **vagtchefmøder mellem lægevagten (vagtchef og vicevagtchef) og regionens administration**, primært om praktiske forhold vedrørende den løbende drift, hvilket fremgår af referater af møderne og af den kommunale kontaktperson og vagtchefen.

Ligeledes beskriver vagtchefen, at der afholdes møder mellem lægevagten (vagtchef og vicevagtchef) og en lang række samarbejdspartner, herunder FAM'er om samarbejde/brobyggerordninger, AMK 112, sygehusledelser og kommunale samarbejdspartnere.

Skadesvisitation: Der har siden 1. april 2014 været telefonvisitation til skadestuer og skadeklinikker (herefter blot skadestuer) i regionen. I vagttiden foretages visitationen til skadestue af vagtlægeordningen, mens den i dagtiden på hverdage foretages af sygehusansatte sygeplejersker (der anvender lægevagts telefonsystem og telefonnummer til opgaven) (Vagtaftalens bilag 7: *"Visitation til skadestuer og skadeklinikker i Region Syddanmark"* (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)). Ved visitation til skadestue oplyser vagtlægen om ventetider, eventuelt på forskellige matrikler, hvis det er relevant for borgeren.

3.1.4 Region Sjælland: Organisering og ledelse af området

Grundlaget for lægevagtsordningen i Region Sjælland er beskrevet i **vagtaftalen** (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007b) samt et tillæg fra 2010 vedrørende procedurer for anvendelse af optagelser af visitationssamtaler i lægevagten (Region Sjælland, 2010). Hertil kommer **vagtinstruks** for lægevagten i Region Sjælland (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2009) samt Vedtægter for Lægevagten Sjælland indgået mellem PLO Sjælland og vagtlægeordningen (Region Sjælland, 2009). Desuden har Region Sjælland og vagtlægeordningen i samarbejde udarbejdet en mere detaljeret beskrivelse af lægevagten i 2015 (Orsholt et al., 2015). Dette afsnit er ud over disse dokumenter baseret på oplysninger givet på mail og telefon af regionens kontaktperson for denne kortlægning og vagtchefen⁸. Desuden har lederen af regionens akuttelefon bidraget med oplysninger om denne. Oplysninger fra øvrige dokumenter fremgår løbende af kildehenvisninger.

Lægevagten administreres af en **lægevagtchef** samt **fem områdevagtchefer**, som har ansvaret for driften af lægevagten, herunder vagtplanlægningen, drift af lokaler, it, telefoni mv. Lægevagtchefen er ansat af praksisudvalget og har fast sæde i såvel det regionale vagtudvalg som PLO's vagtudvalg (forskellen beskrives herunder). Lægevagtschefen kan indkaldes til møde i samarbejdsudvalget, men vagtchefen oplyser, at han i de 10 år, han har været vagtchef, aldrig har været indkaldt.

⁸ Under tilblivelsen af denne kortlægning er den koordinerende vagtchef gennem 10 år gået på pension, og en af øvrige vagtchefer er trådt til. Begge har medvirket til denne kortlægning.

Der forelægges ikke årlig status for samarbejdsudvalget, og når vagtchefen har kontakt til politikere i regionen, er de sagsbestemt og på ad hoc basis, ifølge vagtchefen.

Samarbejdsudvalget vedrørende almen praksis består af tre repræsentanter fra regionsrådet, en repræsentant udpeget af kommunekontaktrådet samt fire repræsentanter valgt af PLO-Sjælland. Ud over afgørelser af klagesager har samarbejdsudvalget ikke de seneste tre år – hvor den regionale kontaktperson har gennemset alle referater – behandlet sager vedrørende lægevagten. Dog oplyser regionen, at politikere har været på studietur til Skotland og Skåne vedrørende lægevagt og akut-hjælp i denne periode.

Praksisudvalget (PLO's bestyrelse) har ifølge vagtaftalen ansvaret for vagtadministrationen, herunder lægevagtchef og områdechefer, introduktion af nye læger samt uddannelse/efteruddannelse af lægevagterne. Den koordinerende vagtchef er konsultativt medlem af praksisudvalget.

Der findes både et regionalt vagtudvalg og et PLO-vagtudvalg i Region Sjælland. Det **regionale vagtudvalg** er nedsat som et underudvalg til samarbejdsudvalget og er rådgivende. Det består af tre repræsentanter fra henholdsvis PLO (den koordinerende vagtchef, områdevagtchef samt et medlem af praksisudvalget) og fra regionen (afdelingen for Primær Sundhed). Udvalget følger implementeringen af vagtaftalen og andre aftaler om lægevagten og har ansvar for at komme med forslag om udvikling af lægevagtsområdet. Udvalget løser desuden en række løbende og praktiske opgaver omkring driften af lægevagten. Ansvarsfordelingen mellem region og lægevagt er beskrevet som, at regionen har ansvaret for al *drift* (lokaler, kørsel telefoni, it og økonomi vedrørende dette), mens PLO's vagtudvalg har ansvaret for *bemanding*, herunder lægevagts hjemmeside, planlægning af vagter, kurser, systemadgang for lægerne mv.

PLO's vagtudvalg er nedsat under praksisudvalget og administrerer lægevagten. Udvalget består af formanden for praksisudvalget samt yderligere et medlem af praksisudvalget, de seks vagtchefer og en sekretær fra lægevagts sekretariat, som har ansvaret for vagtplanlægningen og den daglige drift. Den koordinerende vagtchef er formand for PLO's vagtudvalg.

Lægevagts sekretariat består af en deltidssekretær, som refererer til den koordinerende vagtchef.

Vagtchefernes ansvarsområder er beskrevet i vagtinstruksen, og er her suppleret med de opgaver, som den koordinerende vagtchef har peget på under interview. Den koordinerende vagtchef er ansvarlig for den daglige ledelse af lægevagts sekretariatet, godkendelse af vagtlæger (vagtydernumre), økonomifølgning, kurser for vagtlæger samt en række øvrige administrative opgaver i relation til driften af vagtlægeordningen og diverse udvalg. Vagtchefen orienteres desuden om klager i klagesystemerne og har ansvaret for kontakt til offentligheden og pressen. Det er ligeledes vagtchefen, som har forhandlingsansvaret i forhold til regionen i samarbejde med praksisudvalget. Herudover deltager vagtchefen i en række andre mødefora på bl.a. akutområdet og har ansvaret for patientsikkerhedsområdet.

De fem områdevagtchefer har hver et geografisk område, hvor de har ansvaret for tilsyn med konsultationsstederne og kontakten til de praktiserende læger i området. Områdecheferne har desuden forskellige opgaver, fx it (herunder dataudtræk og statistik samt lægevagts hjemmeside), udarbejdelse af vagtskema (herunder planlægningsprogram til dette), tilsyn med telefonsystem og dataudtræk fra dette, ansvar for klagesystemer og CAVE-systemet.

Akuttelefon og skadesvisitation: Ud over lægevagten har der i Region Sjælland siden oktober 2011 været en døgnbemandet akuttelefon, hvis primære funktion har været at sikre visiteret adgang

til regionens skadestuer/-klinikker (følgende beskrivelse af akuttelefonen i Region Sjælland er baseret på informationer fra lederen af akuttelefonen).

Da det nationale krav om visiteret adgang til skadestuer kom i 2014, fortsatte man i regionen med den ordning, man på det tidspunkt havde haft siden 2011 med en regional akuttelefon (i de øvrige regioner med lægevagt blev skadesvisitation i vagttiden integreret i lægevagten). Da Region Sjælland således er den eneste region, der har en døgndækkende akuttelefon, som fungerer parallelt med vagtlægeordningen, beskrives den kort, ligesom servicemål for akuttelefonen også er medtaget i afsnit 5.1, s. 95.

Akuttelefonen er bemannet med behandlersygeplejersker på de fire hospitalsenheder:

- Slagelse og Næstved Sygehuse
- Roskilde og Køge Sygehuse
- Holbæk Sygehus og Kalundborg Skadeklinik
- Nykøbing Falster Sygehus og Nakskov Skadeklinik.

Akuttelefonen i Region Sjælland fungerer dog som en samlet enhed. Behandlersygeplejerskerne passer funktionen i en turnus med det øvrige arbejde i akutafdelingerne, således at de ikke mister deres praktiske og faglige kunnen. Funktionen er et virtuelt samarbejde, og man tager primært egne indringninger. Sekundært hjælper man de øvrige matrikler.

Akuttelefonens primære funktion er at sikre visiteret adgang til skadestuerne. Ringer borgerne i stedet om sygdom (i modsætning til skade), kan akuttelefonen i vagttiden stille direkte om til lægevagten telefonkø. Er tilstanden alvorlig, og vurderer behandlersygeplejersken, at der er behov for 112-kørsel, kan sygeplejersken træffe den sundhedsfaglige beslutning – på linje med de sundhedsfaglige medarbejdere på AMK/vagtcentralen – og sygeplejersken tager i stedet direkte kontakt til teknisk disponert på AMK/vagtcentralen (som er det personale, der styrer udsendelse af køretøjer i beredskabet). Møder selvhenvendende op på skadestuerne uden forudgående kontakt til akuttelefonen, bliver de bedt om at kontakte akuttelefonen først – både fordi behandlersygeplejerskerne på akuttelefonen kan vurdere såvel behovet for skadestuebesøg eller anden mere relevant respons, og fordi akuttelefonen kan vejlede borgerne om ventetider på de forskellige matrikler og dermed medvirke til at sikre kortere ventetid.

3.1.5 Region Hovedstaden: Organisering og ledelse af området

Alle oplysninger i dette afsnit er indsamlet via Akuttelefonen 1813 samt medarbejdere i Region Hovedstadens administration.

Det har siden regionens dannelse og Hospitalsplan 2007 været et mål, at regionens akutsystem skulle være enstrenget, og at sammenlægning af AMAK og lægevagt skulle indtænkes, så borgeren fik én indgang til akutsystemet. Regionsrådet besluttede på den baggrund i marts 2013, at der med virkning fra 1. januar 2014 skulle ske en organisatorisk og fysisk samordning af den overenskomstbestemte lægevagt med regionens øvrige akutte tilbud samtidig med indførelsen af visiteret adgang til akutmodtagelse/-klinikker (Region Hovedstaden, 2013). Som det fremgik af Tabel 3.3 (s. 34), har Region Hovedstaden i dag enstrenget indgang i vagttiden i form af 1813, mens der i dagtiden er to indgange, idet almen praksis inkl. praksispersonale besvarer opkald i dagtiden vedrørende sygdom, mens sygeplejersker på 1813 i dagtiden besvarer opkald vedrørende skader.

Integrationen af lægevagten med regionens øvrige akutfunktioner indebar:

- At lægevagts telefonkonsultation blev integreret i Akuttelefonen 1813, hvor der ud over sygeplejersker også blev ansat læger – både til at visitere til og foretage besøg hos patienten samt til at besvare de opkald, der kræver lægelig vurdering i vagttiden (ikke i dagtiden – her varetager almen praksis opgaven som i resten af landet).
- At Akuttelefonen 1813's opgaver blev udvidet til også at inkludere (læge)besøg, visitation til indlæggelse på hospital, henvisning til AMAK, sundhedshuse og udskrivelse af recepter (kun via lægerne).
- At lægevagts konsultationsopgaver blev integreret i regionens AMAK samt det regionale sundhedshus i Helsingør (Region Hovedstaden, 2013).

Akuttelefonen 1813 fik hermed grundlæggende en anden funktion end tidligere. Resultatet af det enstrengede og visiterede akutsystem skabte en organisering, hvor alt præhospitalt akutarbejde (112, akutlægehelikopter, akutlægebiler, ambulancer med og uden paramediciner, psykiatrisk akutberedskab, liggende sygetransport samt rådgivning og visitationshjælp via Akuttelefonen 1813 og lægevagtsopgaver med telefonkonsultation, besøg hos patienten mv.) blev samlet i regionens Akutberedskab (indtil 1. januar 2018 kaldet Den Præhospital Virksomhed).

Med disse ændringer etableredes også en ny **ledelsesmæssig organisering**. Akuttelefonen 1813 ledes af en enhedschef og består af fem sektioner med hver deres sektionsleder. To sektionsledere er læger, hvoraf den ene har personaleansvaret for de i alt godt 160 ansatte læger. Der er givet et budget til lægebemanding svarende til 18,3 årsværk. Den anden lægelige sektionschef er ansvarlig for kvalitet og udvikling. De øvrige tre sektionsledere er sygeplejefaglige og har tilsammen personaleansvaret for sygeplejerskerne ved Akuttelefonen 1813. Der er ansat godt 96 sygeplejersker som sundhedsfaglige visitatorer, svarende til 76,5 årsværk (for uddybning se eventuelt afsnit 3.4, s. 57, om bemanding).

Akuttelefonen 1813 udgør sammen med fem øvrige enheder Region Hovedstadens Akutberedskab. To af disse er driftsenheder: 112 AMK-Vagtcentralen og Præhospital Akutmedicin. De tre øvrige er administrative: HR og Udvikling, Økonomi og Plan samt Sekretariatet.

Region Hovedstadens Akutberedskab refererer på linje med regionens øvrige virksomheder til koncerndirektionen i Region Hovedstaden. Direktøren for Akutberedskabet refererer således til Koncerndirektionen.

Akuttelefonen 1813's integration i det regionale sundhedsvæsen betyder, at Akuttelefonen 1813 ikke har nogen automatisk kobling til regionens Samarbejdsudvalg for almen praksis, hvilket de øvrige fire vagtlægeordninger i regi af PLO har. Der sker dog løbende opfølgning på Akuttelefonen 1813 i flere politiske udvalg. Således drøftes Akuttelefonen 1813 løbende i Regionsrådet, som eksempelvis godkendte en plan for udvikling af kvalitet i akuthjælpen i april 2016. Herudover drøfter regionsrådet og sundhedsudvalget – som er et underudvalg under regionsrådet – løbende sager og medlemsforslag på området.

Region Hovedstadens Akutberedskab – og dermed Akuttelefonen 1813 – ledes og styres via de samme koncernspecifikke metoder som regionens øvrige virksomheder og er således underlagt de samme rammer i form af driftsmålsstyring og budgetstyring, som der følges op på i regi af regionens koncerndirektion. Driftsmålene er udvalgt af regionsrådet og følges politisk, i administrationen og på de enkelte driftsenheder – herunder Region Hovedstadens Akutberedskab. Hvert kvartal præsenteres Regionsrådet, Forretningsudvalget og Sundhedsudvalget for udvikling, status og målopfyldelse

på driftsmålene, herunder bl.a. ventetider. Derudover findes en strategistyregruppe, som er et mødeforum mellem direktører fra administrationen og alle regionens virksomheder, herunder Region Hovedstadens Akutberedskab. Gruppen præsenteres månedligt for udvikling i status og målopfyldelse på driftsmålene. Det er de enkelte virksomheders ansvar at følge driftsmålene lokalt.

I denne kortlægning fokuseres primært på Akuttelefonen 1813, jf. opdraget i Bilag 1. Akuttelefonen 1813 varetager som beskrevet to ud af de tre funktioner, som findes i de øvrige lægevagtsordninger: telefonkonsultationer og besøg. Konsultationer foregår i Region Hovedstaden i stedet som kontakter på AMAK. Dog har VIVE i analysen af aktivitet medtaget de 1813-henviste ambulante kontakter til regionens AMAK, idet de vurderes at være det bedst mulige grundlag for sammenligning med de konsultationer, der foretages i de øvrige fire lægevagter (se afsnit 3.2, s. 46 for de metodiske udfordringer med dette).

Akuttelefonen 1813 ligger i Ballerup og er fysisk integreret med regionens 112 AMK-Vagtcentral, og de to enheder sidder i ét åbent lokale. Da begge enheder er del af Region Hovedstadens Akutberedskab, er der fleksibilitet mellem de to enheder. Det betyder, at alle sygeplejersker ved 112 AMK-Vagtcentralen er oplært til også at kunne besvare 1813-opkald – mens en del af 1813's personale har kompetencer til at kunne tage 112-opkald. Ved spidsbelastning på enten 112 eller 1813 anvendes denne fleksibilitet til at udjævne arbejdspresset/ventetiden på telefonerne. Denne fleksibilitet anvendes i større eller mindre omfang på daglig basis.

Al visitation af såvel akutte skader som anden sygdom, herunder besøg, sker således via Akuttelefonen 1813. Medarbejderne ved Akuttelefonen 1813 har følgende primære responsmuligheder, når en borger ringer: rådgivning om egen omsorg, udstedelse af recept (kun lægerne), opfordring til at henvende sig til egen læge i dagtid, rekvirering af ambulance⁹ og eventuelt akutlægebil, visitation til lægebesøg i hjemmet, henvisning til en specifik AMAK eller børnemodtagelse baseret på behandlingsbehov og aktuelle ventetider, henvisning til tandlægevagt, indlæggelse eller henvisning til psykiatrisk telefonvisitation eller psykiatrisk akutberedskab (psykiatrisk udrykningstjeneste), oplyser Akuttelefonen 1813.

Der er ligheder mellem responsmulighederne i lægevagtsordningerne og Akuttelefonen 1813: Ved såvel 1813 som de øvrige vagtlægeordninger kan der rekvireres lægelige besøg hos patienten, der kan henvises til egen læge eller eventuelt speciallæge den følgende dag, der kan indlægges, og endelig kan patienten henvises til egenomsorg. I varierende omfang kan alle ordninger også kontakte kommunale tilbud, herunder kommunale akutfunktioner. Der er imidlertid forskel på de former for ambulante lægekontakt, der kan henvises til. I vagtlægeordningerne henvises til konsultation, mens der i 1813 henvises til forskellige typer spor på AMAK. Der er tale om følgende typer:

- **To behandlerspor**, som er beregnet til henholdsvis **skader** og **sygdom** (akut almen medicinsk behandling). 1813 tildeler patienterne et kønummer/fremmødetid ud fra estimeret ventetid. Medarbejderne på Akuttelefonen 1813 kan via deres it-system se ledige tider på regionens AMAK og kan oplyse borgerne om, hvor der er kortest ventetid.
- **Et vurderingsspor**, hvis 1813 skønner, at der er behov for en hurtig vurdering af behandlingsbehov uden om køfunktionen. Patienten instrueres derfor om at henvende sig snarest muligt på AMAK. Triagen på AMAK fastlægger, om der er behov for hastende behandling, eller om patienten kan placeres i behandlersporet.

⁹ Akuttelefonen 1813 har via integrationen med 112 AMK-Vagtcentralen mulighed for enten at omstille opkald til 112 eller selv at håndtere opkaldet som et 112-opkald ved gennem et enkelt klik at skifte skærm billede fra 1813-systemet til 112-systemet. Personalet kan også direkte sende en ambulance med assistance fra de tekniske disponenter ved 112.

Differentieringen mellem behandlerspor og vurderingsspor betyder, at der ikke blot skal skelnes mellem skadestilfælde og medicinske patienter. Der skal i forbindelse med visitation også skelnes mellem, hvor hastende behovet for lægekontakt i akutmodtagelsen er, når det vurderes, om en medicinsk sygdomstilstand eller et skadestilfælde er særligt akut (kræver tilsyn inden for en time) – men ikke akut nok til at kræve akuttransport eller akut indlæggelse (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015).

Også i Region Hovedstaden opleves selvhenvendere på hospitalerne. Ledelsen i 1813 peger på, at det drejer sig om 15-20 %. Dog har man i Region Hovedstaden politisk valgt, at borgerne ikke skal ringe til Akuttelefonen 1813, hvis de er mødt frem på en AMAK – i modsætning til Region Sjælland, hvor selvhenvendere skal ringe til akuttelefonen først (jf. afsnit 3.1.4, s. 41). Selvhenvendere i Region Hovedstaden bliver dog oplyst om fordelene ved at kontakte Akuttelefonen 1813 inden fremmøde.

3.2 Metodiske valg vedrørende sammenligning af aktivitet på tværs af regioner

Som grundlag for denne kortlægnings opgørelser – bl.a. i nedenstående afsnit 3.3.5, s. 56 om aktivitet på konsultationssteder, men særligt i kapitel 6 om aktivitet (s. 124), har det været nødvendigt at foretage en afvejning af, hvilke typer af ydelser i Region Hovedstaden, der er mest sammenlignelige med de typer af ydelser, som gives i vagtlægeordningerne. Der er tale om følgende tre typer af ydelser:

- Telefonkonsultationer
- Besøg
- Konsultationer i lægevagten henholdsvis ambulante kontakter i AMAK, der er henvist fra Akuttelefonen 1813.

Sammenligning af telefonkonsultationer i vagttid: Telefonkonsultationer foretaget af vagtlægerne er relativt sammenlignelige med telefonkonsultationer, som varetages af Akuttelefonen 1813 i vagttiden, idet alle tager sig af akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt med 112. Der må dog tages forbehold for, at Region Sjælland har en akuttelefon med fokus på skadesvisitation, som i vagttiden fungerer parallelt med vagtlægeordningen, mens skadesvisitation i de øvrige fire regioner er integreret i vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttelefonen 1813. Det betyder, at det er muligt at sammenligne antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i lægevagterne i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark samt i Region Hovedstadens Akuttelefon 1813 i vagttiden med summen af telefonkonsultationer i lægevagten og akuttelefonen pr. 1.000 borgere i Region Sjælland.

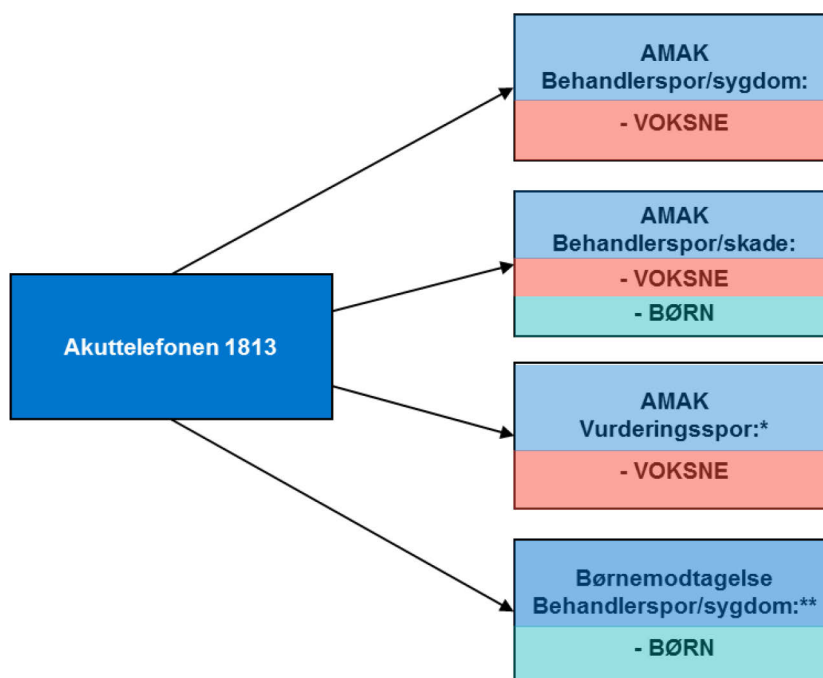
Sammenligning af besøg hos patienter: Besøg er den mest sammenlignelige type af aktivitet. Kriterierne for, hvornår der henvises til besøg, er dog forskellige, men selve ydelsen er sammenlignelig og sammenstilles derfor i kortlægningens tabeller.

Sammenligning af aktivitet ved personligt fremmøde (henholdsvis konsultationer og ambulante kontakter i AMAK henvist fra Akuttelefonen 1813): Det er imidlertid mere problematisk at sammenligne den aktivitet, som vedrører patienternes personlige fremmøde. I vagtlægeordningerne er der tale om konsultationer, og antallet af konsultationer på tværs af vagtlægeordningerne kan sammenlignes. I Region Hovedstaden er der tre muligheder for ambulant fremmøde i AMAK i form af behandlerspor/sygdom, behandlerspor/skade og vurderingsspor foruden børnemodtagelserne,

disse er ikke umiddelbart sammenlignelige med konsultationer i lægevagtordningerne. Idet behandlersporet sygdom/børn er lukket alle dage i tidsrummet kl. 23:00-08:00, visiterer Akuttefonen 1813 i dette tidsrum børn (0-12 år) til børnemodtagelserne som indlagte (herefter kaldet natindlagte børn). Antallet af natindlagte børn har Region Hovedstaden opgjort til i alt 8.115 børn i egen region i 2016 fordelt på 6.165 børn i alderen 0-4 år og 1.950 børn i alderen 5-12 år. VIVE har beregnet, at de udgør ca. 5 % af alle visitationer til behandlersporet/sygdom. Hvor stor en andel af disse børn, der ville være blevet visiteret til en ambulant kontakt frem for indlæggelse såfremt børnemodtagelserne var natåbne, kan VIVE ikke estimere.

I Figur 3.1 ses Akuttefonen 1813's visitationsveje for borgere, der visiteres til en ambulant kontakt på hospitalet/AMAK fordelt på alder.

Figur 3.1 Visitationsveje fra Akuttefonen 1813 for borgere, der skal visiteres til en ambulant kontakt på AMAK/børnemodtagelser fordelt på henholdsvis voksne og børn[#]



Anm.: [#] 0-12-årige betragtes som børn.

Note: * Børn, som Akuttefonen 1813 vurderer skal ses straks på grund af skadens karakter, sendes via vurderingsspor til behandlerspor/skade. Dette er alene for at visitere en anden hastegrad end med direkte visitation til skadesporet.

** Behandlerspor/sygdom i børnemodtagelsen er lukket alle dage fra kl. 23:00-08:00. Det betyder, at Akuttefonen 1813 alle dage i tidsrummet kl. 23:00-08:00 visiterer alle børn med sygdom til børnemodtagelserne som indlagte.

Kilde: VIVE, baseret på oplysninger fra Akuttefonen 1813.

De respektive spor og deres målgrupper beskrives her:

- **Behandlerspor/sygdom** omfatter voksne, som har akut sygdom og kan behandles ambulant i AMAK. Denne gruppe af patienter vurderes af VIVE at ligge tættest på de patienter, som tilses i konsultationerne i lægevagtordningerne.
- **Behandlerspor/skade** omfatter akutte skader hos voksne og børn, som i lægevagtsregionerne visiteres til regional skadesbehandling enten via lægevagterne eller akuttelefonen i Region Sjælland. Det er imidlertid ikke muligt at afgrænse og dermed opgøre antallet af patienter med småskader, som i andre regioner i varierende grad håndteres i lægevagten af enten vagtlægerne

eller som i fx Region Midtjylland i samarbejde med behandlersygeplejersker. Det er ikke muligt at afgøre præcist, hvilke patienter der henvises til skadestuer, og hvilke der håndteres i lægevagten. Antallet af patienter afhænger både af geografi (herunder afstand til skadestue), tradition, aktuelt arbejdspress samt regionale aftaler. En del af formålet ved Region Midtjyllands akut-aftale var således, at flere skader skulle behandles i lægevagten (hvilket også har været resultatet). Af fx Region Sjællands vagtaftale fremgår det, at det er lægevagten, der skal kontaktes i tilfælde af "*mindre skader*". Ud fra de tilgængelige informationer vurderer VIVE, at hovedparten af patienterne i 'behandlerspor/skade' i Region Hovedstaden er patienter, som i andre regioner henvises til skadestuerne. VIVE kan dog på baggrund af de tilgængelige informationer ikke kvantificere antallet yderligere.

- **Vurderingssporet** omfatter voksne patienter, som ikke er så akut syge, at de skal indbringes til hospital med 112-kørsel. De er imidlertid heller ikke vurderet som egnede til at vente på næste ledige tid i et af behandlersporene, idet de har behov for øjeblikkelig triagering ved personligt fremmøde i AMAK. Børn, som Akuttefonen 1813 vurderer, skal ses straks på grund af skadens karakter og derfor ikke tåler en længere ventetid, sendes via vurderingssporet til behandlerspor/skade. Dette er alene for at visitere en anden hastegrad end med direkte visitation til skadsporet. Det drejer sig ifølge Region Hovedstadens opgørelser for 2016 om i alt 2.656 af regionens egne børn i aldersgruppen 0-12 år fordelt på 1.236 børn i alderen 0-4 år og 1.842 i aldersgruppen 5-12 år. De indgår alle i Region Hovedstadens opgørelser i behandlersporet/skade, og det har derfor ikke betydning for den samlede opgørelse (i 2014 vedrører det 7.661 børn og i 2015 4.143 børn). Samlet set er der tale om en kategori af patienter, hvor det ikke er muligt præcist at afgøre, hvordan de generelt håndteres i de øvrige regioner, dvs. om de visiteres de til indlæggelse, skadestue, besøg, eller om de tilses i vagtlægekonsultationerne. Ledelsen af Akuttefonen 1813 vurderer, at patienter vurderingssporet er mere syge end patienterne i behandlingssporene, hvorfor disse patienter sjældent bliver set i vagtlægekonsultationerne. På baggrund af den tilgængelige information er det ikke muligt for VIVE at afgøre, hvordan denne type patienter helt præcist håndteres i de øvrige fire regioner. Som det vil fremgå, opereres der i nogle vagtlægeordninger også med en art mellemkategori i form af såkaldte 'hastebesøg'/'hastekonsultationer'. Disse er dog ikke nærmere defineret og aftales direkte mellem visiterende og udførende læge i løbet af vagten.
- **Børnemodtagelserne** modtager akut syge børn (0-12 år), som ikke visiteres til behandlersporet/skade. Behandlersporet sygdom/børn er lukket alle dage fra kl. 23:00-08:00. I dette tidsrum visiteres børn med sygdom til børnemodtagelserne som indlagte. Det er børnemodtagelserne, der afgør, om et barn, der er henvist i tidsrummet kl. 23:00-08:00, indlægges eller behandles ambulant. De børn, som visiteres til børnemodtagelserne, kan sidestilles med voksne i behandlersporet/sygdom, hvorfor det også er her, de figurerer i Region Hovedstadens opgørelser over aktivitet.

På basis af ovenstående er det VIVEs samlede vurdering, at det ikke er retvisende at sammenligne antallet af vagtlægekonsultationer med det samlede antal patienter i de tre spor i AMAK i Region Hovedstaden. VIVE vurderer, at patienter i behandlerspor/sygdom og børnemodtagelserne, samt en mindre del af patienterne i behandlerspor/skade og vurderingssporet, tilsammen udgør den gruppe af patienter, som er sammenlignelig med patienter i vagtlægekonsultationer. Men VIVE kan ikke kvantificere denne 'mindre del' yderligere. VIVE har derfor valgt at præsentere data for de tre spor i AMAK (børn, der er visiteret til børnemodtagelser indgår i opgørelserne i behandlerspor/sygdom), samt tage forbehold for graden af sammenlignelighed.

Der må tages endnu et forbehold for sammenligneligheden af aktivitetsdata i forbindelse med vagtlægekonsultationer og ambulante kontakter i AMAK i Region Hovedstaden. I de fire vagtlægeordninger kan antallet af gennemførte konsultationer opgøres for årene 2014-2016, idet vagtlægerne honoreres på basis af deres registrering af ydelser. Det er også muligt for Region Hovedstaden at opgøre antallet af patienter, der som følge af visitation fra Akuttefonen 1813 har fået en ambulant ydelse i et af de tre spor i AMAK, men kun for årene 2014-2015. Region Hovedstaden oplyser, at det ikke er muligt at trække data for 2016 fra hospitalets patientadministrative it-system ('Grønt System') grundet implementeringen af Sundhedsplatformen. VIVE har derfor valgt at anvende data fra Akutberedskabets it-system (Computer Assisted Dispatch (CAD)), hvor antallet af visitationer til AMAK kan opgøres på ensartet vis for alle tre år (2014-2016).

Region Hovedstaden gør dog opmærksom på, at antallet af visitationer fra Akuttefonen 1813 til AMAK opgjort i CAD er 5-6 % højere end antallet af registrerede patienter, som efter visitation fra Akuttefonen 1813 har modtaget en ambulant ydelse i et af de tre spor i AMAK (jf. hospitalernes patientadministrative 'Grønne System'). Regionen peger på, at forskellen kan skyldes flere forhold:

- *Udeblivelse fra fremmøde i AMAK:* Nogle 1813-henviste borgere møder ikke frem i AMAK. De er registreret ved Akuttefonen 1813, men ikke i Grønt System (Akuttefonen 1813 oplyser bl.a., at der minimum er 4.000 patienter årligt, som ringer tilbage til Akuttefonen 1813 og annullerer deres tid i AMAK, primært fordi de ikke længere har behov for den).
- *Sent fremmøde i AMAK:* Patienterne skal være registreret inden for 6 timer fra henvisning til ankomst i AMAK – ellers registreres de som selvhenvendende i Grønt System.
- *Fremmøde på anden matrikel:* Hvis patienterne møder op på en anden matrikel end den, de er henvist til, registreres de som selvhenvendende i Grønt System.

Det er således ikke uproblematisk at anvende data for antallet af 1813-henviste i opgørelsen af aktivitet fra Akuttefonen 1813, mens der anvendes data for antal *gennemførte* konsultationer i vagtlægeordningerne. Når VIVE alligevel vælger at gøre det, skyldes det, at det ellers ville være umuligt at medtage data for 2016 for Akuttefonen 1813. Desuden er forskellen mellem de to data-udtræk kendt, og den ligger som beskrevet på 5-6 %.

3.3 Geografisk fordeling af aktivitet på visitations- og konsultationssteder

Dette afsnit kortlægger, hvilke typer og antal af lokaliteter til borgerfremmøde de forskellige regionale ordninger indeholder.

Tabel 3.4 herunder viser antallet af visitations- og konsultationssteder i de fem regioner. For Region Hovedstaden indgår AMAK samt et regionalt sundhedshus, som Akuttefonen 1813 visiterer patienter til. I de øvrige regioner findes også forskellige typer AMAK (evt. med andre betegnelser, fx FAM), som modtager patienter henvist fra lægevagten, men de indgår ikke i Tabel 3.4. Der må derfor tages forbehold for direkte sammenligning mellem regionerne. Men fordi den aktivitet, som foregår i lægevagtskonsultationerne, er henlagt til AMAK i Region Hovedstaden, har VIVE vurderet, at det er det mest retvisende at opgøre antallet af matrikler som vist i Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Fordeling af opgaver på matrikler i hver region

	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Visitationssteder (antal)	6	2	5	9	1
– antal beliggende på hospital	6	2	5	5	0
– mulighed for visitation fra lægens hjem/praksis	Nej	Nej	Delvist (kun for vagt- cheferne)	Delvist (kun for vagt- cheferne)	Nej
Antal fast bemandede vagtlægekonsultationssteder	5	7	5	6	5*
– antal beliggende på hospital	5	7	5	6	5
Antal delvist bemandede vagtlægekonsultationssteder**	3	3	0	5	6***
– antal beliggende på hospital	1****	0	0	0	5
Antal ad hoc bemandede vagtlægekonsultationssteder*5	-	4*6	16	0	0
– antal beliggende på hospital	-	0	8	0	0

Note: * Der er tale om akutmodtagelser på hospitaler, ikke vagtlægekonsultationssteder.

** Delvist bemandede konsultationer har begrænsede, men faste konsultationstider (ofte én eller få timer).

*** Der er tale om 5 akutklinikker og 1 sundhedshus, ikke om delvist bemandede vagtlægekonsultationssteder.

**** Den delvist bemandede konsultation i Skagen er ikke medregnet som beliggende på et hospital – det er kun konsultationen i Thisted.

*5 Ad hoc konsultationssteder har ikke faste åbningstider, men kan åbnes efter behov.

*6 To af de fire ad hoc bemandede vagtlægekonsultationssteder er beliggende på øer.

Kilde: Region Nordjylland (sekretariatschef i Lægeforeningen Nord), Region Midtjylland (kontaktperson samt koordinerende vagtchef), Region Syddanmark (vagtchef), Region Sjælland (kontaktperson), Region Hovedstaden (kontaktperson).

De følgende fem underafsnit indeholder en mere detaljeret beskrivelse af fordelingen af aktivitet på matrikler i 2016 i de enkelte regioner samt åbningstider.

3.3.1 Region Nordjylland: Aktivitet fordelt på konsultationssteder

Visitationen i lægevagten i Region Nord foregår i Aalborg. Ved spidsbelastninger kan læger på andre matrikler dog også deltage i visitationen (alle steder bortset fra Skagen). Lægevagten har tre konsultationssteder, som er bemandede hele vagttiden: Aalborg, Hjørring og Thisted, dog er den læge, der bemander konsultationen i Thisted, også kørende. Konsultationerne i Frederikshavn, Hobro og Farsø har ikke natåbent – dog var Frederikshavn natåben frem til 1. september 2017. Brovst og Skagen bemandes ved behov 1 time på hverdage og 2 timer i weekender af en kørende læge. Konsultationen i Brønderslev er lukket medio 2017, og antallet af konsultationer i 2016 indgår ikke, fordi de er registreret som besøg af den kørende læge i distriktet (jf. en lokalaftale). Aktivitet og åbningstider på de enkelte konsultationssteder fremgår af Tabel 3.5.

Tabel 3.5 Konsultationssteder, åbningstider (klokkeslæt) og aktivitet i Region Nordjylland, 2016

Konsultationssteder	Hverdag kl.	Lørdag kl.	Søn-hellig-dage kl.	Antal konsultationer	Konsultationer i % af total
Fast bemandede konsultationssteder (5 stk.):				114.591	87,3 %
Aalborg Sygehus	16-08	08-08	08-08	55.075	42,0 %
Regionshospital Nordjylland, Hjørring	16-08	08-08	08-08	25.858	19,7 %
Regionshospital Nordjylland, Frederikshavn	16-23	08-23	08-23	15.173	11,6 %
Aalborg Universitetshospital, Hobro*	17-23	09.30-23	09.30-23	10.440	8,0 %
Aalborg Universitetshospital, Farsø*	16-23	09.30-23	09.30-23	8.045	6,1 %
Delvist bemandede konsultationssteder (3 stk.):				16.690	12,7 %
Thisted Sygehus * + **	17-19, 21-22, 02-02.30, 05-05.30	08-23, 02-02.30, 05-05.30	08-23, 02-02.30, 05-05.30	14.746	11,2 %
Brovst (tidl. sygehus)*	19.30-20.30	11-12, 19.30-20.30	11-12, 19.30-20.30	1.944	1,5 %
Regionshospital Nordjylland, Skagen***	20-21	12-13, 20-21	12-13, 20-21	Note*	k.i.o.
Konsultationer i alt****				131.281	100,0 %

Note: * Ifølge vagtaftalen honoreres første konsultation i Hobro, Farsø, Brovst og Thisted samt ubemandede konsultationer som et besøg (Region Nordjylland, 2006). Derfor registreres de også som besøg. Det betyder, at de ikke indgår i denne opgørelse. Omfanget af disse konsultationer kan ikke opgøres. Derfor er antallet af gennemførte konsultationer højere end det, der ses af denne tabel for nogle af matriklerne. Ifølge vagtchefen kan det ikke estimeres præcist, hvor meget højere, men det vurderes, at antallet er begrænset.

** Thisted dækkes af en læge, som både kører besøg i distriktet og passer konsultationen, som i udgangspunktet er bemandet på de angivne tidspunkter. Der er ikke aktivitet nok i området til at beskæftige en læge i hele vagten, men på grund af afstande – det tager ca. 1,5 time at komme til Aalborgs lægevagt – er der nødt til at være en læge derude, oplyser vagtchefen. Derfor deltager lægen enten i visitation ved behov eller sover om natten.

*** Konsultationer i Skagen honoreres og registreres som besøg. Derfor kan antallet ikke opgøres.

**** Som det vil fremgå af Tabel 6.3 i aktivitetsanalysen i kapitel 6, er antallet af konsultationer for 2016 opgjort til ca. 3.000 færre, end det er i denne opgørelse. Det samme generelle billede ses for de andre lægevagter: det oplyste antal konsultationer fordelt på matrikler er nogle tusinde højere end det samlede antal i aktivitetsanalysen. Det kan skyldes, at fordelingen på matrikler stammer fra lægevagternes egne systemer, mens data i aktivitetsanalysen stammer fra regionale afregningsdata. Hvilke konkrete forhold, der skaber diskrepansen mellem de to systemer, kan VIVE ikke afgøre.

K.i.o.: Kan ikke opgøres.

Kilde: Vagtchef samt sekretariatschef i Lægeforeningen Nordjylland. Konsultationer i procent af total er egne beregninger.

Tabel 3.5 viser, at over halvdelen af konsultationerne foregår i Aalborg og Hjørring. Udviklingen i Region Nordjylland har båret præg af, at der gennem de seneste 10 år har været et faldende antal vagtaktive læger primært som følge af, at der er færre praktiserende læger i regionen, og de læger, som er kommet til i regionsklinikker, (endnu) ikke har vagtforpligtelse. Således oplyser vagtchefen (i bilag til referat af møde i samarbejdsudvalg for almene læger, 1. juni 2017, tillægsgagsorden pkt. 10), at der i 2006 var 380 praktiserende læger i regionen og 353 vagtaktive læger (93 %), mens antallet i 2016 var faldet til 308 praktiserende læger og 258 vagtaktive læger (84 %).

Der er siden indgåelse af den gældende vagtaftale i 2007 sket en reduktion i antallet af konsultationer såvel som i de resterende konsultationers åbningstider. I 2009 indgik man i Samarbejdsudvalget en tillægsaftale til vagtaftalen, som betød, at Brovst ikke længere var en bemandet konsultation. Hen over 2017 er der sket en yderligere reduktion – bl.a. i form af lukning af Brønderslev samt natlukning i Frederikshavn. Desuden er der foretaget ændringer i bemanningen, så der i Thisted kun er konsultationer om natten efter aftale. Ifølge referater fra Samarbejdsudvalget er disse reduktioner sket ved, at vagtchefen har meddelt dette til regionen. Af referat af Samarbejdsudvalg for almene

læger i Region Nordjylland (pkt. 10, tillægsdagsorden, 1. juni 2017), herunder regionens svar til vagtchefen, fremgår det, at regionen ikke accepterer en sådan afvikling. I referatet står desuden at:

"Idet driften af lægevagten er aftalestof, blev det besluttet, at der arbejdes videre med en løsning på administrativt niveau. (...) Den lokalemæssige situation i Brønderslev tilsiger imidlertid en midlertidig lukning af lægevagtens konsultation i Brønderslev".

Samlet set er der sket en reduktion i åbningstiderne og stederne i lægevagten i Region Nordjylland i de seneste år.

3.3.2 Region Midtjylland: Aktivitet fordelt på konsultationssteder

Der er to visitationssteder, som begge er åbne i hele vagttiden (Holstebro og Aarhus), og syv konsultationssteder beliggende henholdsvis på regionens hospitaler (Aarhus, Randers, Horsens, Herning og Viborg) samt akutklinikker i Holstebro og Silkeborg. Desuden er der mulighed for at benytte konsultationer/akutklinikker i Grenå, Ringkøbing og Skive samt ad hoc-konsultationer i Tarm og Lemvig. Hertil kommer særordninger på Samsø og Anholt med egne § 2-aftaler, som ikke er yderligere beskrevet her.

Som følge af akutaftalen er Region Midtjylland den region uden for Region Hovedstaden, hvor behandlersygeplejersker spiller den største rolle i lægevagten, og hvor lægevagten er mest integreret i akutklinikker/akutafdelinger. Der er således sygeplejersker i større eller mindre omfang på alle 10 matrikler, som lægevagten bemande helt eller delvist (her tælles Samsø og Anholt ikke med). Der er hverken læger eller sygeplejersker på de to ad hoc-konsultationer i Tarm og Lemvig. Som led i akutaftalen er flere af lægevagtens konsultationer reelt akutklinikker, som ikke er fast bemandet med vagtlæger, men med behandlersygeplejersker. Skive har således fast læge i weekenderne, men ikke på hverdage og er på den baggrund indplaceret som en delvist bemandet konsultation i tabellen herunder. Grenaa og Ringkøbing er ikke fast bemandet med læger på noget tidspunkt, dog er de fast bemandet med behandlersygeplejersker, som er i kontakt med den kørende læge i distriktet, der er i akutklinikken, når der ikke er besøg. Disse to er derfor også indplaceret som delvist bemandede konsultationer (selvom de lægeligt set kun er bemandet ad hoc, er de fast bemandet med behandlersygeplejersker).

Åbningstider for alle konsultationssteder fremgår af Tabel 3.6.

Tabel 3.6 Konsultationssteder, åbningstider (klokkeslæt) og aktivitet i Region Midtjylland, 2016

Konsultationssteder	Hverdag kl.	Lørdag kl.	Søn-hellig-dage kl.	Antal konsultationer	Konsultationer i % af total
Fast bemandede konsultationssteder (7 akutafdelinger):				193.489	89,0 %
Lægevagten Aarhus (+ visitation)	17-08	08-08	08-08	63.137	29,1 %
Lægevagten Randers	17-23	08-23	08-23	26.070	12,0 %
Lægevagten Horsens	17-23	08-23	08-23	24.518	11,3 %
Lægevagten Herning	17-23	08-23	08-23	22.973	10,6 %
Lægevagten Viborg	17-23	08-23	08-23	20.772	9,6 %
Lægevagten Holstebro (+ visitation)*	17-23	08-23	08-23	18.142	8,3 %
Lægevagten Silkeborg*	17-23	08-23	08-23	17.877	8,2 %
Delvist bemandede konsultationssteder (3 akutklinikker):				23.043	10,6 %
Lægevagten Skive**	(16-22)	08-22	08-22	10.117	4,7 %
Lægevagten Grenaa**	(16-22)	(08-22)	(08-22)	6.882	3,2 %
Lægevagten Ringkøbing**	(16-22)	(08-22)	(08-22)	6.044	2,8 %
Ad hoc konsultationer (2 + 2 øer):				758	0,3 %
Lemvig	-	-	-	k.i.o***	-
Tarm	-	-	-	k.i.o***	-
Samsø****	-	-	-	758	0,3 %
Anholt****	-	-	-	-	-
Konsultationer i alt				217.290	100,0 %

Note: * Holstebro og Silkeborg er bemandede af lægevagten frem til kl. 22:00, og herefter er akutklinikkerne bemandede af behandlersygeplejersker, der agerer med lægefaglig backup fra lægevagten.

** I Skive, Grenaa og Ringkøbing er der tale om akutklinikker, hvor der er behandlersygeplejersker til stede i hele åbningstiden, men hvor der ikke er en læge på konsultationsstedet i hele åbningstiden. Konsultationerne dækkes lægeligt af den kørende læge i distriktet, der er i kontakt med behandlersygeplejersken, og som er i konsultationen, når der ikke er besøg. I Skive er der dog en fast konsultationslæge i weekender, men ikke på hverdage. I de tidsrum, hvor en vagtlæge ikke nødvendigvis er fast i akutklinikken, er det markeret med kursiv, og tidspunktet er sat i parentes.

*** Konsultationer i Lemvig og Tarm registreres som besøg. Der er tale om ganske få ifølge koordinerende vagtchef.

**** Samsø og Anholt har egne ordninger. Anholt har helt sin egen ordning og er ikke medtaget her. Telefonvisitation af patienter på Samsø sker via lægevagten i regionen, men besøg og konsultationer dækkes af de 2-3 læger, der er på øen, samt behandlersygeplejersken.

K.i.o.: Kan ikke oplyses.

Kilde: Kontaktperson i Region Midtjylland (åbningstider), antal konsultationer (vagtchef). Dog er konsultationer i procent af total egne beregninger.

Tabel 3.6 viser, at næsten en tredjedel af alle konsultationer foregår i Aarhus, som er natåben hele ugen. De øvrige konsultationer på regionshospitalerne, som lukker kl. 23:00, tegner sig hver især for 8-12 % af konsultationerne, mens akutklinikkerne, der lukker kl. 22:00, tegner sig for 3-5 % hver. Der har ikke været foretaget reduktioner i åbningstiderne eller i antallet af matrikler siden indgåelse af akuttaalen i 2011, oplyser regionen.

3.3.3 Region Syddanmark: Aktivitet fordelt på konsultationssteder

I Region Syddanmark er der fem faste konsultationssteder, hvorfra der også kan visiteres. Dertil kommer 16 ad hoc-konsultationer. Nedenstående Tabel 3.7 viser aktiviteten i 2016 fordelt på konsultationssteder samt konsultationsstedernes åbningstider og type.

Tabel 3.7 Konsultationssteder, åbningstider (klokkeslæt) og aktivitet i Region Syddanmark, 2016

Konsultationssteder	Hverdag kl.	Lørdag kl.	Søn-helligdag kl.	Antal konsultationer	Konsultationer i % af total
Fast bemandede konsultationssteder (5 stk.):				176.027	74,2 %
Odense Universitetshospital	16-01	8-01	8-01	66.492	28,0 %
Sydvestjysk sygehus, Esbjerg	16-22.30	8-22.30	8-22.30	33.864	14,3 %
Sygehus Lillebælt, Kolding	16-22.30	8-22.30	8-22.30	30.532	12,9 %
Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	16-22.30	8-22.30	8-22.30	23.813	10,0 %
Vejle Sygehus	16-22.30	8-22.30	8-22.30	21.326	9,0 %
Ad hoc konsultationssteder (16 stk.):				61.270	25,8 %
OUH Svendborg Sygehus	-	-	-	9.273	3,9 %
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	-	-	-	8.784	3,7 %
Sygehus Lillebælt, Fredericia	-	-	-	5.950	2,5 %
OUH, Sygehusenheden i Nyborg	-	-	-	5.489	2,3 %
Varde Sundhedscenter	-	-	-	4.687	2,0 %
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	-	-	-	4.611	1,9 %
Sydvestjysk Sygehus, Grinsted	-	-	-	4.476	1,9 %
Sygehus Lillebælt, Middelfart	-	-	-	4.173	1,8 %
Sygehus Sønderjylland, Tønder	-	-	-	2.971	1,3 %
Sydvestjysk Sygehus, Brørup	-	-	-	2.307	1,0 %
Faaborg, kommunal institution	-	-	-	1.987	0,8 %
Assens, kommunal institution	-	-	-	1.927	0,8 %
OUH, Sygehusenheden i Ringe	-	-	-	1.811	0,8 %
Ribe Sundhedscenter	-	-	-	1.408	0,6 %
Rudkøbing sundhedshus	-	-	-	1.278	0,5 %
Fanø, Sundhedshus	-	-	-	138	0,1 %
Konsultationer i alt				237.297	100,0 %

Kilde: Aktivitet og åbningstider er oplyst af vagtchefen i Region Syddanmark (dog er konsultationer i procent af total egne beregninger).

Som det fremgår af Tabel 3.7, findes der i Region Syddanmark fem fast bemandede konsultationssteder beliggende på hospitaler, som tegner sig for lagt hovedparten af konsultationerne – til sammen næsten 75 % i 2016. Odense alene tegner sig for 28 % af samtlige konsultationer. De fast bemandede konsultationer er åbne frem til mellem kl. 22:30 og 01:00. Herefter er der mulighed for at åbne hver tredje time ved behov (på alle fast bemandede konsultationer undtagen Vejle).

De øvrige konsultationssteder, som der findes i alt 16 af, er ikke fast bemandede, men åbnes ved behov (lægevagten på Ærø har en særskilt ordning med eget telefonnummer og er ikke medtaget her). 12 af de 16 ad hoc-konsultationer tegner sig hver for under 2 % af konsultationerne.

Sammenlignet med de øvrige regioner med vagtlægeordninger har Region Syddanmark en anden struktur, hvor man har fastholdt en lang række mindre ad hoc-lægevagtskonsultationer uden faste åbningstider, der betjenes af kombinerede besøgs- og ad hoc-konsultationslæger. Der er planlagt tidspunkter, hvor der kan sættes patienter til i ad hoc-konsultationerne, hvilket vagtsekretariatet justerer løbende alt efter behovet. Er der fx kun sat to patienter til, indskrænker de åbningstiden fra fx en time til en halv og omvendt.

3.3.4 Region Sjælland: Aktivitet fordelt på konsultationssteder

Visitationen i lægevagten i Region Sjælland foregår på i alt ni matrikler; syv af hvilke der også er konsultationer på (som ses i Tabel 3.8). Ikke alle visitationssteder er i anvendelse i hver vagt. Derudover kan de seks vagtchefer visitere fra hjemmet, hvilket kan anvendes ved spidsbelastninger. Alle faste konsultationer lukker kl. 24:00, og mellem kl. 24:00 og 08:00 varetages alle konsultationer af de kørende læger i form af besøg (Orsholt et al., 2015). Aktiviteten og åbningstiderne på de enkelte konsultationssteder fremgår herunder i Tabel 3.8.

Tabel 3.8 Konsultationssteder, åbningstider (klokkeslæt) og aktivitet i Region Sjælland, 2016

Konsultationssteder	Hverdag kl.	Lørdag kl.	Søn-helligdag kl.	Antal konsultationer	Konsultationer i % af total
Fast bemandede konsultationssteder (6 stk.):				129.626	82,2
Sjællands Universitetshospital Køge	16-24	8-24	8-24	24.255	15,4
Sjællands Universitetshospital Roskilde (+visitation)	16-24	8-24	8-24	24.014	15,2
Slagelse Sygehus (+visitation)	16-24	8-24	8-24	23.527	14,9
Næstved Sygehus (+visitation)	16-24	8-24	8-24	20.864	13,2
Holbæk Sygehus (+visitation)	16-24	8-24	8-24	20.103	12,7
Nykøbing Falster Sygehus	16-24	8-24	8-24	16.863	10,7
Delvist bemandede konsultationssteder (5 stk.):				28.068	17,8
Kalundborg Sundheds- og akuthus (+visitation)	18-21	10-13, 18-21	10-13, 18-21	6.619	4,2
Ringsted (kommunalt plejecenter) (+visitation)	18-21	11-14, 18-21	11-14, 18-21	6.415	4,1
Nakskov Sundhedscenter (+visitation)	19-21	10-13, 19-21	10-13, 19-21	5.921	3,8
Vordingborg Sundhedscenter	18-19	9-14, 18-19, 21-22	9-14, 18-19, 21-22	5.212	3,3
Nykøbing Sjælland Sundhedscenter	18-21	12-14, 19-21	12-14, 19-21	3.901	2,5
Konsultationer i alt				157.694	100,0

Note: Der er desuden visitation, men ikke konsultation i Hundige, ligesom der er visitation i Vordingborg på en anden matrikel end der, hvor lægevagts konsultation ligger. Ud over disse matrikler findes særordninger for mindre øer (Femø, Fejø, Orø og Sejerø) (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007b).

Kilde: Kontaktperson og vagtchef.

Som det ses af Tabel 3.8, er aktivitetsmønsteret fordelt på konsultationssteder noget anderledes i Region Sjælland end i de øvrige lægevagtsordninger, idet antallet af konsultationer er mere jævnt fordelt på matrikler, og de seks faste konsultationssteder har således alle mellem 11-15 % af konsultationerne. I de andre vagtlægeregioner ses 1-2 matrikler, hvor en langt større del af aktiviteten er koncentreret. En årsag kan være regionens geografi, som er præget af lange afstande grundet øer og odder. En anden årsag kan være, at regionen ikke har én central hovedby med et universitetshospital, hvor en stor del af hospitalsaktiviteten er centreret, og hvor det samme mønster ses i lægevagten. Det gør sig fx gældende i Aalborg, Aarhus og Odense.

Der har tidligere været ad hoc-konsultationer i Region Sjælland i bl.a. Hundige og Stege, men det har vist sig, at der ikke var behov for disse matrikler, som derfor ikke blev anvendt.

3.3.5 Region Hovedstaden: Aktivitet fordelt på behandlingssteder

Jævnfør afsnit 3.2, s. 46, kan antallet af patienter i lægevagstens konsultationer ikke direkte sammenlignes med 1813-henviste besøg til AMAK i Region Hovedstaden. Desuden henviser akuttelefonen i Region Sjælland også patienter til Region Sjællands hospitaler, ligesom vagtlæger i de øvrige regioner også henviser til hospitalernes AMAK. Derfor er antallet af 1813-henviste patienter til AMAK i vagttiden ikke direkte sammenligneligt med antallet af konsultationer i de øvrige regioner.

Med ovenstående forbehold in mente viser nedenstående Tabel 3.9 de AMAK'er i Region Hovedstaden, som modtager 1813-henviste patienter, samt antallet og den procentvise fordeling af 1813-henviste ambulante kontakter i 2016 inden for hver af de tre spor, som Akuttelefonen 1813 henviser til: behandlerspor/sygdom (inkl. børn 0-12 år), behandlerspor/skader og behandlerspor/vurdering. Den kategori, som har det største overlap med konsultationer i lægevagten, er behandlerspor/sygdom. De øvrige vurderes at have et vist overlap, som ikke kan kvantificeres. Desuden erindres om de forbehold, der er taget for sammenligning af antallet af *henviste* i region Hovedstaden versus antallet af *gennemførte* konsultationer i de øvrige fire regioner (se afsnit 3.2, s. 46, for uddybning af såvel metodiske valg som forbehold). Derfor er totalen ikke udregnet, da det ville indikere sammenlignelighed med totalen for de øvrige regioner, hvilket er misvisende.

Tabel 3.9 Behandlingssteder*, åbningstider (klokkeslæt) og aktivitet** i Region Hovedstaden, 2016

Behandlingssteder	Henviste til AMAK behandlerspor/sygdom		Henviste til AMAK behandlerspor/skader		Henviste til AMAK vurderingsspor	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Akutmodtagelser (døgnåbne):	110.262	66,4	56.615	54,6	40.394	81,0
Hvidovre Hospital	32.183	19,4	15.180	14,6	10.893	21,8
Herlev Hospital	26.543	16,0	14.540	14,0	8.833	17,7
Bispebjerg Hospital	25.551	15,4	12.111	11,7	10.433	20,9
Hillerød Hospital	21.455	12,9	11.953	11,5	8.515	17,1
Bornholms Hospital (Rønne)	4.530	2,7	2.831	2,7	1.720	3,4
Akutklinikker (kl. 07-22):	55.722	33,6	47.090	45,4	9.502	19,0
Glostrup Hospital	11.175	6,7	8.792	8,5	2.402	4,8
Amager Hospital	11.023	6,6	10.293	9,9	2.178	4,4
Frederiksberg Hospital	11.431	6,9	8.459	8,2	2.138	4,3
Gentofte Hospital	9.769	5,9	9.693	9,3	2.120	4,2
Frederikssund Hospital	6.087	3,7	5.267	5,1	664	1,3
Helsingør Sundhedshus	6.237	3,8	4.586	4,4	Intet vurderingsspor	
I alt	165.984	100,0	103.705	100,0	49.896	100,0

Note: * På Rigshospitalet findes der desuden et traumecenter, hvor der kun behandles svært tilskadekomne patienter, der ankommer med ambulance eller helikopter. Rigshospitalet er derfor ikke medtaget i oversigten, da der ikke modtages patienter i vurderings- eller behandlingssporene, som er de kategorier, der anvendes i Region Hovedstaden.

** Data i denne tabel kan ikke sammenlignes direkte med de tilsvarende tabeller for de fire andre regioner. Der gøres opmærksom på, at der i tabellen er opgjort antal *henviste* og ikke antal *gennemførte* konsultationer som for de øvrige regioners vagtlægeordninger (se eventuelt afsnit 3.2 for begrundelsen for dette valg).

Kilde: Akuttelefonen 1813.

Som det ses af Tabel 3.9, er der langt flere henvisninger til akutmodtagelserne (med undtagelse af Bornholm) end til akutklinikkerne, og langt hovedparten er henvist til behandlersporet for sygdom.

Akutmodtagelserne på Nordsjællands Hospital Hillerød, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital og Bornholms Hospital har døgnåbent for modtagelse af alle akut syge og tilskadekomne patienter, mens akutklinikkerne på Glostrup, Amager, Gentofte, Frederikssund og Frederiksberg Hospitaler samt Sundhedshuset Helsingør har åbent for visiteret behandling af akutte skader og sygdom fra kl. 07:00-22:00 og døgnåbent for indlæggelse af visiterede medicinske patienter.

3.4 Medarbejdersammensætning og bemanning i vagtlægeordningerne og 1813

I dette afsnit beskrives først de fælles rammer og data om bemanningen i de fem ordninger. Dernæst beskrives bemanningen i de enkelte regioner mere detaljeret i de efterfølgende afsnit.

I vagtlægeordningerne er det overenskomsten, som sætter den overordnede ramme for, hvem der deltager i vagten. To grupper af læger kan deltage: 1) Praktiserende læger har en kollektiv forpligtelse til at dække lægevagten, samt 2) læger, der søger og tildeles et vagtydnummer (og som ikke er praktiserende læger i regionen).

Overenskomsten beskriver, hvilke typer af læger der kan tildeles vagtydnumre. I overenskomsten § 39, stk.7 står således: *"Følgende læger kan søge og få vagtydnumre og dermed deltage selvstændigt i en vagtordning uden at være tilmeldt overenskomsten om almen praksis:*

- 1) *Vagtydnummer med ret til at fungere som visitator:*
 - a) *Speciallæger i almen medicin*
 - b) *Uddannelsesamanuenser i fase III (hvis det er besluttet i samarbejdsudvalget).*
- 2) *Vagtlæger uden ret til at fungere som visitator:*
 - a) *Uddannelseslæger*
 - b) *Læger uden speciallægeanerkendelse, hvis der foreligger en dispensation fra samarbejdsudvalget,*
 - c) *Læger, der hidtil har arbejdet i vagtordninger med selvstændigt vagtydnummer.*

De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at deres lægelige medhjælp deltager i vagtordningen, og at der deltager vikarer"¹⁰ (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014).

I vagtlægeordningerne er det således ikke kun regionens praktiserende læger, der deltager i vagtarbejdet. Overenskomsten muliggør, at såvel vikarer som lægelige medhjælpere og uddannelseslæger kan deltage i vagten, ligesom læger med vagtydnummer kan være andre end praktiserende læger (og dermed speciallæger i almen medicin), herunder også uddannelseslæger.

Yngre læger under uddannelse deltager i vagtarbejdet på to måder: De *skal* deltage i lægevagten som led i deres uddannelse, og de *kan* også vælge at søge et vagtydnummer, jf. overenskomsten. Uddannelseslægers obligatoriske deltagelse i vagtlægeordningerne er beskrevet i Boks 3.1:

¹⁰ Teksten i OK18, som trådte i kraft efter interviewtidspunktet, er enslydende for hele passagen, undtagen den sidste sætning, som i OK18 lyder: *"De i vagtordningen deltagende læger kan aftale, at ansatte læger, vikarer og uddannelseslæger (fase 2 og 3) deltager i vagtordningen"* (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017).

Boks 3.1 Uddannelseslægers obligatoriske deltagelse i vagtlægeordningerne

Hoveduddannelsen til speciallæge i almen medicin har tre faser. Som led i uddannelsen skal lægerne deltage i vagtarbejdet. Derudover skal læger i introduktionsstillinger også introduceres til arbejdet i lægevagten. Der er følgende krav til deltagelse i lægevagtsarbejdet under uddannelsen:

Uddannelseslægen skal deltage i de regionale lægevagtskurser, som det kræves for at opnå ret til at deltage i den regionale lægevagt. Derudover skal uddannelseslægen køre et minimum antal vagter, først under direkte supervision og siden selvstændigt:

- Under introduktionsstillingen: Tre ledsagede køre- eller konsultationsvagter
- Under fase 1: Tre kørevagter med tutor som bagvagt
- Under fase 2: Fire køre- eller konsultationsvagter
- Under fase 3: Seks køre- eller konsultationsvagter og to visitationsvagter under supervision.

Kilde: (Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2018, Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2013).

Uddannelseslæger håndteres forskelligt i regionerne med vagtlægeordningerne. For eksempel oplyser vagtchefen i Region Midtjylland, at uddannelseslæger uden eget vagtydernummer kører deres uddannelsesvagter på tutorlægens ydernummer, og ønsker de herudover vagter, afvikles de på vagtydernummer. Vagtchefen i Region Sjælland oplyser, at her har så godt som alle uddannelseslæger eget vagtydernummer under uddannelsen. De uddannelseslæger, som er medtaget i Tabel 3.11 s. 60, er dem, der deltager i vagten *ud over* de obligatoriske krav i deres uddannelse.

De praktiserende lægers alder og betydningen for bemanningen i vagten

I Tabel 3.10 ses for hver region det samlede antal alment praktiserende læger fordelt på aldersgrupper. Aldersgrupperne 60, 63 og 65 år er medtaget af forskellige årsager. I overenskomsten står:

"En læge, der er fyldt 60 år, skal fritages for at deltage i vagtordningen, hvis han kan anvise en anden læge, der er indstillet på at overtage hans vagtforpligtelse. Det er en forudsætning, at den læge, der overtager vagtforpligtelsen, enten er praktiserende læge i den pågældende region eller opfylder betingelserne for at få udstedt et vagtydernummer, jf. stk. 7, note til § 39, stk. 8: Bestemmelsen ændrer ikke ved forholdene i de regioner, hvor deltagelsen i vagtordningen er frivillig". (§ 39 stk. 8 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2017) enslydende med OK14)

Lægerne har således ikke et krav på vagtfritagelse ved 60 år, men kan søge det regionale PLO vagtudvalg om vagtfritagelse. Derfor er antallet af læger under 60 år medtaget i tabellen. Som det vil fremgå af kortlægningen, har det regionale PLO i Region Sjælland valgt at hæve aldersgrænsen for at søge vagtfritagelse til 63 år for at øge antallet af vagtaktive praktiserende læger. Derfor er antallet af læger under 63 år medtaget i tabellen. Endelig er antallet under 65 år medtaget, fordi dette sædvanligvis er den pensionsalder, der regnes med (for borgere født før 1954).

Opgørelsen omfatter både de nedsatte praktiserende læger og læger ansat i praksis, idet de også har vagtforpligtelse. I nogle regioner findes udbuds- og regionsklinikker, som ikke har vagtforpligtelsen, om end overenskomsten fra 2018 åbner mulighed for det (Region Midtjylland har i marts 2018 indgået aftale om udbudsklinikkernes indgåelse i vagten på lige fod med PLO-klinikker (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2018)). Tabel 3.10 giver således et indblik i, hvor mange praktiserende læger der er til at dække vagten i alt, idet den viser nedsatte (inkl. ansatte) PLO-medlemmer, samt deres fordeling på aldersgrupper. Da det kun er de nedsatte PLO-medlemmer (inkl. læger ansat i

praksis), som har vagtforpligtelse, kan antallet af borgere pr. praktiserende læge med vagtforpligtelse i vagttiden¹¹ udregnes for de fem regioner, hvilket ses i nederste række.

Tabel 3.10 Det samlede antal praktiserende læger og læger ansat i praksis fordelt på aldersgrupper samt det gennemsnitlige antal borgere pr. praktiserende læge*, december 2017

Alder	Region					Samlet
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden	
Antal læger						
Under 60 år	208	639	619	326	783	2.575
Under 63 år	251	729	686	388	882	2.936
Under 65 år	276	766	725	417	953	3.137
I alt	301	807	784	461	1.052	3.405
Procentvis andel						
Under 60 år	69 %	79 %	79 %	71 %	74 %	69 %
Under 63 år	83 %	90 %	88 %	84 %	84 %	83 %
Under 65 år	92 %	95 %	92 %	90 %	91 %	92 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gennemsnitligt antal borgere pr. praktiserende læge	1.957	1.627	1.557	1.811	1.732	1.697

Note: * Tabellen viser antallet af nedsatte praktiserende læger (PLO-medlemmer) samt læger ansat i praksis (som ifølge PLO også bør medtælles som læger, der har vagtforpligtelse). Der gøres opmærksom på, at dette antal kun siger noget om, hvor mange borgere der er pr. læge i *vagttiden*, idet ansatte læger i regions- og udbudsklinikker, som har patienter i dagtiden, ikke er medregnet her. Tallet for Region Hovedstaden er ikke relevant, idet det ikke er PLO's medlemmer, som varetager opgaven i Hovedstaden, men i stedet Akuttelefonen 1813 samt akutfunktioner på hospitalerne.

Kilde: Antallet af læger fordelt på aldersgrupper er oplyst af PLO (december 2017). Den procentvis andel er beregnet af VIVE. Antallet af borgere pr. praktiserende læge er beregnet af VIVE på basis af Statistikbankens folketal FOLK1A (KV4 2017).

Det fremgår af Tabel 3.10, at der i Region Nordjylland er flest borgere pr. læge i vagttiden (ca. 1.960 borgere), mens der i Region Syddanmark er færrest borgere pr. læge i vagttiden (ca. 1.560).

Kortlægning af forskellige aspekter af bemanningen i vagtlægeregionerne

VIVE har via de tilgængelige data fra regionale kontaktpersoner og vagtchefer søgt at kortlægge bemanningen i vagten. Resultatet fremgår af Tabel 3.11. Vær opmærksom på, at tabellen både indeholder data fra 2016 og 2017, idet VIVE har søgt at indsamle så nye tal som muligt. Tabellen er kompleks og derfor forklares indholdet i hver række herunder:

- **Række 1** viser det samlede antal nedsatte praktiserende læger og læger ansat i praksis i december 2017 fordelt på regioner (opgjort af PLO).
- **Række 2** viser det samlede antal ydernumre i almen praksis og vagtydernumre, der har fået udbetalt vagthonorar i 2016. I rækkerne 2a og 2b ses fordelingen på antal ydernumre henholdsvis antal vagtydernumre. Det skal bemærkes, at antallet af ydernumre er lavere end antallet af praktiserende læger, idet kompagniskaber har flere læger på samme ydernummer, mens vagtydernumre altid er individuelle.
- **Række 3** angiver, hvor mange ydernumre/vagtydernumre der i alt har fået udbetalt under 10.000 kr. I rækkerne 3a og 3b ses fordelingen på ydernumre henholdsvis vagtydernumre.
- **Række 4** viser det samlede antal vagtaktive praktiserende læger og læger med vagtydernumre, der aktuelt deltager i vagten ifølge oplysninger fra vagtcheferne. I rækkerne 4a og 4b ses

¹¹ Vagttiden omfatter tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

fordelingen på praktiserende læger henholdsvis læger med vagtdernummer. Disse tal er i nogen grad baseret på skøn. Det er imidlertid det eneste mål for antallet af vagtaktive læger. I række 4c har vagtcheferne søgt at kategorisere læger med vagtdernummer efter overenskomstens kategorier af læger. Men det har været vanskeligt, idet vagtcheferne arbejder med andre og forskellige kategorier (primært ved vagtlægning).

- **Rækkerne 5a og 5b** viser den procentvise andel af det samlede vagthonorar i 2016 for praktiserende læger henholdsvis læger med vagtdernummer. Det giver en indikation af, hvor meget de to grupper bidrager til produktionen.
- **Rækkerne 6a og 6b** viser den procentvise andel af vagtaktive læger fordelt på praktiserende læger henholdsvis læger med vagtdernumre.
- **Række 7** viser de vagtaktive praktiserende lægers andel af alle praktiserende læger.
- **Række 8** viser det gennemsnitlige antal borgere pr. vagtaktiv læge.

Tabel 3.11 Fordelingen af læger i vagten på kategorier i de fire regioner med vagtlægeordninger

Opgørelsesmetode		Region			
		Nord-jylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
1	Antal praktiserende læger* i alt (nedsatte og ansatte), december 2017	301	807	784	461
2	Det samlede antal ydernumre** (i almen praksis) og vagtydernumre, der har fået udbetalt vagthonorar i 2016	199	481	465	414
2a	Antal ydernumre** (i almen praksis), der har fået udbetalt vagthonorar	131	339	250	151
2b	Antal vagtydernumre, der har fået udbetalt vagthonorar	68	142	215	263
3	Det samlede antal ydernumre** (i almen praksis) og vagtydernumre, der har fået udbetalt mindre end 10.000 kr. i vagthonorar i 2016	6	29	17	32
3a	Antal ydernumre** (i almen praksis), der har fået udbetalt mindre end 10.000 kr. i vagthonorar	5	18	2	11
3b	Antal vagtydernumre, der har fået udbetalt mindre end 10.000 kr. i vagthonorar	1	11	15	21
4	Antal vagtaktive læger i alt (ultimo 2017)	261	765	606	527
4a	Antal vagtaktive praktiserende læger	183	643	446	326
4b	Antal vagtaktive læger med vagtdernummer	78	122	160	201
4c	Antal vagtaktive læger med vagtdernummer fordelt på:				
	<i>Antal uddannelseslæger i fase III (ex læger i uddannelsesvagt)</i>	14	39	33	30
	<i>Antal uddannelseslæger i fase II (ex læger i uddannelsesvagt)</i>	6	0	51	12
	<i>Antal uddannelseslæger i fase I (ex læger i uddannelsesvagt)</i>	9	0		43
	<i>Antal læger i andre (lokale) kategorier af læger</i>	8***	0	0	9+29****
	<i>Antal almenmedicinere</i>	41	83	75	17
	<i>Antal læger uden speciallæge-autorisation</i>	0	0	1	0
	<i>Antal speciallæger inden for andre specialer</i>	0	0	0	0
5	Procentvise opgørelser af vagthonoraret (2016)				
5a	Praktiserende lægers andel af det samlede vagthonorar (%)	80 %	77 %	67 %	52 %
5b	Læger med vagtdernumres andel af det samlede vagthonorar (%)	20 %	23 %	33 %	48 %
6	Procentvise opgørelser af vagtaktive læger (ultimo 2017)				
6a	Vagtaktive praktiserende lægers andel af alle vagtaktive (%)	70 %	84 %	74 %	62 %
6b	Vagtaktive læger med vagt-ydernummers andel af alle vagtaktive (%)	30 %	16 %	26 %	38 %
7	Vagtaktive praktiserende lægers andel af alle prakt. læger (%)	61 %	80 %	57 %	71 %
8	Gennemsnitligt antal borgere pr. vagtaktiv læge (ultimo 2017)	2.257	1.580	2.014	1.584

Noter: * Jævnfør overenskomsten kan lægelig medhjælp og vikarer – og med OK18 også uddannelseslæger – deltage i vagtarbejdet inden for denne kategori. Derfor er der ikke kun praktiserende læger i kategorien. Omfanget af medhjælp, vikarer og uddannelseslæger kan ikke opgøres via regionale data.

** Antal ydernumre er ikke lig med antal læger, fordi kompagniskaber, hvor flere af lægerne deltager i vagtarbejdet, afregner på ét ydernummer. Vagtydernumre er individuelle.

*** Uddannelseslæger i uoplyst fase.

**** Vagtchefen oplyser, at der er 9 uddannelseslæger, der går på tværs af "kørelæger fra anden region", som ikke kan uddifferentieres på fase I+II henholdsvis III. De 29 er læger, som enten er uddannelseslæger eller speciallæger i andre specialer end almen medicin.

*⁵ Vagtchefen oplyser, af de 61 vagtydernumre, der går på tværs, både tæller speciallæger i almen medicin samt læger med andet speciale med dispensation fra gammel ordning, og de kan ikke differentieres i de eksisterende opgørelser.

Region Nordjylland: De 131 ydernumre i **2a** skal ses på baggrund af følgende fordeling af ydernumre (pr. 31. december 2016): 78 kompagniskaber med kapacitet 217, 3 delepraksis med kapacitet 8, 6 samarbejdspraksis med kapacitet 14, og 84 enkeltmandspraksis med kapacitet 83 (jf. regional kontaktperson).

Som det ses af (Tabel 3.10), er der 208 praktiserende læger under 60 år. Når der 'kun' er 183 vagtaktive læger i **4a**, skyldes det ifølge sekretariatschef i Lægeforeningen Nordjylland, at nogle af de nynedsatte er vagtfrie i en periode af hensyn til dem. Andre har fået vagtfritagelse af helbredsmæssige årsager. Endelig er der praksisser med særligt mange patienter i dagtiden, som også har fået vagtfritagelse.

Ud over de her angivne uddannelseslæger i **4c** deltager (primo 2018) i alt 99 læger som led i deres uddannelse i vagten: Fase 1: 65 uddannelseslæger, Fase 2: 13 uddannelseslæger, Fase 3: 21 uddannelseslæger, Total: 99 uddannelseslæger ifølge sekretariatschef i Lægeforeningen Nord.

Region Syddanmark: Vedrørende **4c** oplyser vagtchefen, at de 75 almen medicinere med vagtydernummer primært er pensionerede praktiserende læger og almen medicinere, som arbejder i regionen, men endnu ikke har nedsat sig som praktiserende læger. Vagtchefen peger på, at i gruppen af læger med vagtydernummer tager de pensionerede praktiserende læger flere vagter end uddannelseslægerne. Denne ene læge uden autorisation har været i lægevagten på en gammel dispensation siden før 2007.

Region Sjælland: Vedrørende **2a** oplyser Region Sjælland, at ud af regionens i alt 261 almene praksisklinikker har 151 været vagtaktive i 2016, heraf er 86 kompagniskaber.

Vedrørende **2b** har Regionen registreret i alt 468 vagtydernumre, men der er kun udbetalt vagthonorar til 263 af disse i 2016.

Vedrørende **5b:** Den relativt høje andel af honorarer til vagtydernumre (48 % mod 20-33 % i de øvrige regioner) kan delvist skyldes, at vagtchefen oplyser, at uddannelseslægers honorar udbetales til deres eget selvstændige vagtydernummer, og ikke udbetales på tutors ydernummer.

Kilde: Række 1 er opgjort af PLO for alle regioner, jf. Tabel 3.10

Rækkerne 2a-b samt 3a-b er oplyst af regionernes kontaktpersoner, mens procentandele i 5a-b er beregnet af VIVE

Rækkerne 4a-c er oplyst af vagtcheferne, mens procentandele i 6a-b er beregnet af VIVE

Række 7 er beregnet ud fra 4a (oplyst af vagtchefer) samt 1 (oplyst af PLO)

Række 8 er beregnet ud fra vagtchefernes oplysninger samt statistikbankens folketal for KV4 2017 (dette kvartal er valgt, fordi det ligger tættest på det tidspunkt, hvor vagtcheferne har opgjort antallet af vagtaktive praktiserende læger).

Tabel 3.11 giver et billede af, hvor stor en andel af den samlede produktion i vagten, der leveres af regionens praktiserende læger (inkl. vikarer og lægelig medhjælp) i 2016. Det fremgår således af række 5a, at praktiserende lægers andel af det samlede vagthonorar udgør 80 % i Region Nordjylland, mens andelen er 52 % i Region Sjælland henholdsvis 77 % i Region Midtjylland og 67 % i Region Syddanmark. Der skal dog tages et mindre forbehold for sammenligning på tværs af regionerne, idet uddannelseslæger i nogle regioner får udbetalt deres honorar på tutors ydernummer, mens de i andre regioner har selvstændigt ydernummer, ifølge vagtcheferne.

I række 6a fremgår det, at andelen af vagtaktive praktiserende læger i udgør hovedparten af vagtaktive læger i alle regioner. Andelen af praktiserende læger blandt alle vagtaktive er højest i Region Midtjylland (84 %) og lavest i Region Sjælland (62 %) – i Region Nordjylland og Region Sjælland er andelen henholdsvis 70 % og 74 %.

Af række 7 fremgår det, at vagtaktive praktiserende lægers andel af alle praktiserende læger er højest i Region Midtjylland, idet 80 % af lægerne i praksis her er vagtaktive, mens den laveste andel findes i Region Syddanmark, hvor 57 % af de praktiserende læger er vagtaktive. I Region Nordjylland er 61 % af alle praktiserende læger vagtaktive, mens 71 % af de praktiserende læger er vagtaktive i Region Sjælland. Disse andele er en følge af lægernes alder og aldersgrænsen for, hvornår der kan søges om vagtfritagelse i den enkelte region. Det skal bemærkes, at der ikke er justeret for

lægerne alder i tabellens opgørelser. I regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark er aldersgrænsen for mulig vagtfritagelse +60 år, mens den er +63 år i Region Sjælland.

Endelig viser række 8 det gennemsnitlige antal borgere pr. vagtaktiv læge. Hvor der i Region Nordjylland er ca. 2.260 borgere pr. vagtaktiv læge, er der ca. 1.580 borgere pr. vagtaktiv læge i Region Midtjylland og Region Sjælland. Efter indsamlingen af data har Region Midtjylland i marts 2018 indgået aftale om, at regions- og udbudsklinikker fremover indgår i vagten på lige fod med regionens praktiserende læger (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2018).

Bemandingen i Akuttelefonen 1813

For Akuttelefonen 1813 er der i den efterfølgende Tabel 3.12 lavet en så vidt muligt parallel opgørelse over antal ansatte læger fordelt på de samme kategorier af læger samt deres procentvise andel af gennemførte telefonkonsultationer.

Tabel 3.12 Antal læger ansat ved Akuttelefonen 1813 og den procentvise fordeling af gennemførte telefonkonsultationer fordelt på kategori af læger, september 2017

Region Hovedstaden	Antal (ikke fuldtidsansatte)	Gennemførte telefonkonsultationer (%)***
Uddannelseslæger i fase I, II og III	45*	15 %
Uddannelseslæger, intro-stilling	4	1 %
Almenmedicinere	42	32 %
Heraf praktiserende læger	(ikke opgjort**)	-
Andre speciallæger	49	36 %
Læger uden speciallægeautorisation (ikke udd. læger)	20	15 %
Ansatte læger i alt	160	100 %

Note: * Af de 45 er 20 i hoveduddannelse til almen medicin. Akuttelefonen 1813 registrerer ikke, hvilken uddannelsesfase ansatte læger i hoveduddannelse er i. Læger, der deltager i vagten som led i deres uddannelse er ikke medtaget i denne tabel – ligesom de ikke er medtaget for de øvrige regioner i Tabel 3.11.

** Akuttelefonen 1813 registrerer ikke, hvorvidt de ansatte almenmedicinere også har virke i en almen praksis. Men Akuttelefonen 1813 oplyser, at der er ansat såvel nuværende som pensionerede praktiserende læger ved 1813.

*** For at få et mål for, hvor meget de enkelte grupper af læger fylder i den reelle bemanding (og dermed produktion), har 1813 via deres it- og telefonisystem opgjort, hvor mange opkald den enkelte læge har håndteret i september 2017 (som 1813 vurderer, er en repræsentativ måned). I denne kolonne ses, hvor stor end andel af det samlede antal læge-besvarede opkald, den enkelte gruppe af læger har håndteret.

Kilde: Kontaktperson i 1813.

Med forbehold for, at antallet af praktiserende læger ikke er opgjort, fremgår det af Tabel 3.12, at 32 % af telefonkonsultationerne i september 2017 er gennemført af almen medicinere, mens 36 % er gennemført af andre speciallæger – i alt 68 % er således gennemført af speciallæger. Herudover fremgår det, at 16 % af telefonkonsultationerne er gennemført af uddannelseslæger, mens 15 % er gennemført af læger uden speciallægeautorisation, der ikke er uddannelseslæger.

Det skal bemærkes, at tallene i Tabel 3.11 og Tabel 3.12 ikke er sammenlignelige, idet ordningerne er grundlæggende forskellige.

Normeret timeantal

VIVE har søgt at foretage en opgørelse over det normerede antal timer i vagten for alle personalegrupper. Bemandingen i de fem tilbud er dog organiseret så forskelligt, at det er vanskeligt at lave en sammenligning. Ud fra en kombination af lægevagtschefernes beskrivelser af vanlig normering og overlap mellem vagttyper samt den gældende normering for Akuttelefonen 1813 er nedenstående Tabel 3.13 udarbejdet. Den viser den ugentlige normering i timer for de forskellige personalegrupper fordelt på vagttype.

Alle fem ordninger har forskellige praksisser for, hvordan afvigelser mellem normtid og faktisk bemanding håndteres ved fx sygdom. Flere af vagtlægeordningerne har 1-2 læger i rådighedsvagter. På 1813 har man et sms-system for, hvordan vagter besættes/ansatte tilbydes vagter. Hertil kommer, at vagttyperne i varierende omfang overlapper og derfor nogle steder er umulige at adskille. Desuden peger vagtcheferne på, at en koordinerende person (ofte en koordinerende læge) ved lav aktivitet kan sende nogle af lægerne tidligere hjem. Samlet set betyder dette, at der må tages forbehold for nedenstående opgørelser over gennemsnitlig ugentlig bemanding i vagttiden.

Tabel 3.13 Gennemsnitligt antal normerede* timer i vagttiden pr. uge** fordelt på faggrupper, arbejdsopgaver og regioner, ultimo 2017

Faggrupper og vagttype	Region						
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syd-danmark	Sjælland (kun lægevagt)		Hovedstaden (kun 1813)	
Lægetimer – besøg hos patienten	1.281	3.046	ca. 3.000	793		I alt 1.841	1.240****
Lægetimer – visitation				457	45***		
Lægetimer – konsultation				546		k.i.o.	
Sygeplejetimer – visitation	-	-	-	-		1.747	
Sygeplejetimer – konsultation	168	879	-	-		k.i.o.	
"Brobygger" sosu/sygeplejersker	-	-	220	-		-	
Sekretariatstimer i vagten	-	-	187	-		-	

Noter: * Om forskel mellem normering og faktisk bemanding: Der tages forbehold for, at antallet af normerede timer kan afvige fra det faktiske antal timer. I lægevagtsordningerne kan det forekomme, at den koordinerende læge i vagten vurderer, at der er for lidt aktivitet til det konkrete antal læger på vagt og derfor giver nogen fri før tid. Flere vagtchefer beskriver en sådan praksis. Vagtlægeordningerne har 1-2 rådighedsvagter, som kan kaldes ind ved fx sygdom. Akuttelefonen 1813 har foretaget en vurdering af, i hvilket omfang den opgjorte normeringstid afviger fra den reelle bemanding: For september 2017 er det opgjort, hvor mange personer der på en given klokkeperiode har taget 3 eller flere opkald. Opgørelsen omfatter hele døgnet, ikke kun vagttiden. Hvis der fx er 7 personer, som på en given klokkeperiode har taget 3 eller flere opkald, vurderes det, at der har været 7 personer på arbejde. På den måde sikres det, at det ikke overestimeres, hvor mange der har været på arbejde. Ved denne metode ses det, at minimum 70 % af de normerede vagter i september 2017 var dækket. Dog må tallet formodes at være højere, da fx medarbejdere til spisepause ved denne metode ikke medregnes som værende på arbejde.

** En uge er udregnet som 5 hverdage og 2 weekenddøgn. I beregningerne er ikke medtaget læger i rådighedsvagt.

*** Disse 45 timer omfatter både visitations- og konsultationsvagter.

**** De 1.240 timer er det samlede antal timer for læger, der foretager visitation og besøg.

Region Nordjylland: Sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland vurderer, at det er mest retvisende at lægge de 3 vagttyper sammen for Region Nordjylland, fordi overlappet mellem vagttyperne og fleksibiliteten imellem dem er så stor, at en opdeling på vagttyper vil være forbundet med meget stor usikkerhed.

Region Midtjylland: Det fremgår af vagskemaet, at der i nogen grad er overlap mellem vagttyper – primært vagterne visitation/konsultation og besøg/konsultation. Derfor er timetallet for vagttyperne udregnet samlet. Hverken læger eller sygeplejersker på øer er medtaget i opgørelserne. Sygeplejetimerne er et estimat af timetal pr. uge, idet deres opgaver varetages fleksibelt. Dette betyder, at der vil være mulighed for at trække mere personale ind i opgaveløsningen i lægevagten eller akutafdelingen afhængig af, om der opstår en særlig spidsbelastning. (Kilde: kontaktperson i Region Midtjylland med reference til akutaftalen (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011).

Region Syddanmark: Vagtchefen oplyser, at det ugentlige antal lægetimer til de tre vagttyper i gennemsnit er ca. 3.000. Dette er oplyst efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner, mens de øvrige værdier for Region Syddanmark vedrørende brobyggere og vagtsekretariat er oplyst forinden.

Region Sjælland: På baggrund af de tilgængelige data har det kun være muligt at skelne mellem de enkelte vagttyper for lægernes vedkommende i Region Sjælland. Her er dog også – for sammenlignelighedens skyld – udregnet det totale antal lægetimer i alt. Bemærk, at Region Sjælland ud over lægevagten har en akuttelefon, som fungerer parallelt med lægevagten og som løser visitationsopgaver, der i de øvrige regioner løses af lægevagten henholdsvis Akuttelefonen 1813. Timeforbruget til akuttelefonen er ikke opgjort i denne tabel, da det ligger uden for rammerne af denne kortlægning.

Region Hovedstaden: De 1.240 lægetimer dækker både visitation og besøg hos patienten, men ikke konsultationer (hvilket i Region Hovedstaden foregår som kontakter på AMAK). Tallene kan derfor ikke sammenlignes direkte med lægevagtsordningerne, da opgaverne er afgrænset forskelligt.

Kilder: **Region Nordjylland:** Læger – Bemandingsskema fremsendt af Lægeforeningens sekretariat i Nord, som selv har foretaget beregning af det ugentlige timetal. Sygeplejersker – kontaktperson i Region Nord samt egne beregninger.

Region Midtjylland: Timetal for læger: Bemandingsskema fremsendt af vagtchef samt egne beregninger. Timetal for sygeplejersker er beregnet ud fra oversigt over mødetider og bemanding gældende for september 2017 fremsendt af kontaktperson.

Region Syddanmark: Timetal for lægevagtssekretariatet er oplyst af lægevagts dagsekretariat, timetal for brobyggerordningerne er oplyst af oversygeplejersker med ansvar for hver matrikel (såvel anvendelsen af brobyggere som sekretariat i vagten beskrives i nedenstående afsnit 3.1.3.)

Region Sjælland: Beregningerne er foretaget ud fra dag-dag vagtskema for alle vagter, alle dage i september 2017. Her er timerne timer for uge 36, 4.-10. september 2017 medtaget.

Region Hovedstaden: Antal normerede timer beregnet ud fra fremsendt vagtskema for en uge i september 2017.

Værdierne i Tabel 3.13 er ikke udregnet i forhold til befolkningstal, sådan som det i vidt omfang er gjort i resten af kortlægningen. Det skyldes, at de fem ordninger dækker forskellige typer af opgaver, og at det derfor er problematisk at foretage en direkte sammenligning: I Region Sjælland er de opgaver, der løses med det angivne antal timer ekskl. skadesvisitation, som sker via regionens akuttelefon. Skadesvisitation er inkluderet i de øvrige fire regioner. I Region Hovedstaden er opgørelsen ekskl. konsultationer, idet disse foregår integreret med øvrige opgaver på regionens akutafdelinger, men konsultationer er indeholdt i opgørelserne for de øvrige fire regioner. Desuden kan der ikke sættes lighedstegn mellem timetal og aktivitet, og der er stor forskel på det medgåede tidsforbrug til de forskellige typer af patientkontakter, i form af telefonvisitation, konsultation og besøg. Lægerne i lægevagten er honoreret for timer, mens læger på Akuttelefonen 1813 også er honoreret for timer. Tallene kan således udelukkende give et billede af, hvor mange timer – ca. – der ugentligt anvendes i hver region til at løse de opgaver, der er vedtaget i hver region med den organisering og de medarbejdere, som anvendes i hver region.

Endelig må der også tages forbehold for antallet af sygeplejerske-/social- og sundhedsassistent-timer i regionerne Syddanmark, Nordjylland og Midtjylland: Medarbejdertimerne er opgjort, men opgaverne løses integreret med øvrige opgaver på akutområdet (skadestuer og akutmodtagelser), og derfor er det ikke sikkert, at alle de allokerede timer udelukkende anvendes til løsning af opgaver i lægevagten.

Med disse forbehold in mente, så er ordningerne i Region Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark sammenlignelige, idet alle har skadesvisitation integreret i lægevagten, og alle varetager såvel telefonvisitation, konsultationer som besøg. Anvendelsen af øvrigt personale (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sekretærer i driften) i disse tre ordninger varierer: Således udgør det ugentlige timetal for øvrigt personale ca. 12 % af det samlede timetal i ordningerne i både Region Nordjylland og Syddanmark, mens det øvrige personale udgør ca. 22 % i Region Midtjylland.

I Region Sjælland er der som sagt intet hjælpepersonale i lægevagten, men denne inkluderer ikke skadesvisitation, der foretages af sygeplejersker på den regionale akuttelefon. Det ligger uden for denne kortlægning at beregne det medgåede timetal til skadesvisitation på Region Sjællands Akuttelefon.

Region Midtjylland anvender hospitalsansat hjælpepersonale i lægevagten i et markant større omfang end de øvrige lægevagtsregioner. Dette er en følge af det udvidede samarbejde mellem lægevagt og hospitalssektor, som Akuttaftalen i denne region har medført siden 2012.

I alle fire vagtlægere regioner foretages telefonvisitation udelukkende af læger. I Region Hovedstaden medvirker sygeplejersker og udgør her ca. 58 % af det gennemsnitlige ugentlige timetal, der i 1813 dækker såvel telefonkonsultation som besøg. Sygeplejerskerne medvirker dog kun til telefonvisitation.

I de følgende afsnit beskrives bemanningen i de enkelte regioner, herunder hvem der kan tildeles vagtydnumre og processen omkring besættelse af vagterne.

3.4.1 Region Nordjylland: Bemanning

Som det fremgik af afsnit 3.3.1, s. 50, har der været et faldende antal praktiserede læger i regionen, hvilket ifølge vagtchefen også udfordrer lægedækningen i vagten. Sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland beskriver processen omkring besættelse af vagterne således: For så vidt muligt at imødekomme alle lægernes ønsker, udsendes et vagtønskeskema fra lægevagtens sekretariat til alle vagtaktive læger. Ud fra disse ønsker laver sekretariatet et udkast, og herefter skriver vagtchefen ud til de vagtaktive læger, hvis der er huller i vagtdækningen, som skal fyldes, for alternativet er at tvangsudskrive vagterne. Dette har været nødvendigt i en periode, men ikke for nuværende. Der er ikke noget minimumskrav til, hvor mange vagter lægerne skal tage på et år, men det forventes, at lægerne tager overenskomstens normer, som er 15-skiftet A-vagt og 35-skiftet B-vagt, hvilket svarer til 24,3 A-vagter og 10,2 B-vagter årligt¹². Men fordelingen af vagter i Region Nordjylland betyder, at der er væsentligt flere i B-vagten. Så hvis vagterne skal dækkes, svarer det til, at alle vagtaktive læger i snit skal tage ca. 24 B-vagter, men til gengæld kun 18 A-vagter årligt, oplyser sekretariatschefen. PLO i regionen arbejder p-t. på at ændre denne fordeling mellem A- og B-vagter. Vagtchefen peger på, at regionens geografi er en af årsagene til, at antallet af B-vagter er så højt – fx er der en læge i Thisted i hele vagten, selvom der er lav aktivitet. Men afstandene gør det nødvendigt, påpeger han.

I relation til tildelingen af vagtydnumre forklarer vagtchefen, at et vagtydnummer enten kræver, at man er almen mediciner eller i hoveuddannelse til almen medicin, og at man skal have en arbejdsmæssig relation til regionen i dagtiden, fx ved at man har en ugentlig arbejdsdag i en praksis i regionen. Der er dog ifølge vagtchefen ingen vedtagne regler, som beskriver dette.

Vagtchefen oplyser, at det i vagten er op til de enkelte læger selv at vurdere, hvor mange vagter de ønsker, og at der ingen øvre aldersgrænse er for deltagelse i vagten. Vagtchefen beskriver det således: *"Vi følger de almindelige regler, og så længe man har autorisation, og der ikke er klager, så kan man have vagt"*. Vagtchefen beretter desuden, at der tidligere har været skrappe kriterier for tildeling af vagtydnumre og fornyelse, men det har man blødt op på, fordi der ellers er for få læger til at dække vagterne.

Vagtchefen oplever, at det af flere årsager er svært at få dækket vagterne i regionen: En årsag er, at der siden indgåelsen af vagtaftalen er blevet næsten 100 færre praktiserende læger i regionen, oplyser vagtchefen. Det betyder bl.a., at mange har flere patienter i dagtiden og ifølge vagtchefen derfor har svært ved også at overkomme vagtarbejdet. Desuden stiger gennemsnitsalderen og dermed også antallet af læger, som kan søge vagtudvalget om fritagelse med henvisning til alder – jf. rammerne i overenskomsten, som er beskrevet i afsnit 3.4. Endelig er der mange, som ikke ønsker vagter – særligt ønsker de ikke nattevagter.

Arbejdsmængden i vagten er relateret til borgernes efterspørgsel. Og i Region Nordjylland oplever vagtchefen, at nogle henvendelser ikke vedrører akut opstået sygdom, skade eller akut forværring af eksisterende sygdom. Vagtchefens anslår således, at 20-25 % af henvendelserne kunne vente til dagen efter i almen praksis. Men vagtchefen oplever, at dette er svært at ændre i praksis. Han oplyser, at der for 8-9 år siden har været lavet tiltag i form af kampagner for at sikre korrekt brug af

¹² X-skiftet vagt betyder, at der er X antal læger til at dække en vagt: Er der fx 15-skiftet A-vagt, svarer det til ca. 2 A-vagter pr måned, fordi der er ca. 30 dage på en måned og 15 læger i skiftet. Det svarer til 24,3 vagter pr. år ifølge sekretariatschefen i Lægeforeningen i Nord. Mens 35-skiftet B-vagt svarer til mindre end én B-vagt om måneden (svarende til ca. 10 om året).

lægevagten, og at der p.t. overvejes en form for kampagne i samarbejde mellem region og lægevagt igen.

Vagtchefen har gennem sin tid i stillingen være nødsaget til at bede enkelte læger om at trække sig fra vagten, fx på grund af deres opførsel over for kollegaer eller patienter. Desuden har der været nogle læger, som – efter de har afhændet praksis – har søgt ydernummer, hvilket man af kollegiale eller faglige årsager har valgt ikke at tildele dem, oplyser vagtchefen.

Vagtchefen beretter, at hvis der er indskrænkninger i autorisationen fra de centrale myndigheder, får han automatisk besked, og han nævner, at han har haft enkelte sager, hvor en læge ikke måtte udskrive morfina. Vagtchefen og vagtudvalget kan dog også gå ind i en sag, "*selv om myndighederne ikke går ind i det*", som han påpeger. Det kan fx være situationer, hvor det vurderes, at der er for mange klager over en læge. I sådanne tilfælde er situationen blevet løst ved indgåelse af frivillige aftaler – dog under pres, som vagtchefen formulerer det. For eksempel kan en praktiserende læge blive bedt om at holde et års pause fra vagten. Vagtchefen understreger, at praktiserende læger altid kan appellere sådanne aftaler til samarbejdsudvalget, for som praktiserende læge har man ikke kun pligt, men også ret til at deltage i vagten. Dermed fratages læger, som bliver bedt om ikke at deltage i vagten, et indtægtsgrundlag.

Regionen har en **uddannelsesforpligtelse over for yngre læger**. Antallet af uddannelseslæger er ca. 100 om året fordelt på alle tre faser af speciallægeuddannelsen. Læger i KBU og intro kører ikke selvstændige vagter, men kører sammen med deres tutorlæge eller en anden vagtlæge. Læger i hoveduddannelsens fase I, II og III kan have selvstændige kørevagter, hvor der er en bagvagt i form af en visitator. Uddannelseslæger skal deltage i vagtkursus forud for vagtdeltagelse, og derudover skal tutorlægen introducere og vejlede de uddannelsessøgende vedr. faglige udfordringer. En eller flere følgevagter med tutorlægen/eller anden vagtlæge forud for selvstændig vagt skal arrangeres af tutorlægen, som er ansvarlig for at uddannelseslægen er fagligt veludrustet til selvstændig vagt med telefonisk bagvagt. Det forventes ligeledes at tutorlægen efterfølgende gennemgår vagtnotater/problemer med uddannelseslægen, med henblik på at optimere uddannelsesværdien af vagtarbejdet (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland oplyser at der gøres en aktiv indsats for at få uddannelseslæger til at fortsætte i vagten med et vagtydernummer når de har kørt deres uddannelsesvager. Det opleves dog som udfordrende, idet mange af dem er yngre – ofte kvinder – med mindre børn, og det harmonerer ofte dårligt med arbejdet i lægevagten, vurderer sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland.

Ud over lægerne i vagten, er der også **sygeplejersker** tilknyttet konsultationen i Aalborg, en ordning der har eksisteret siden før regionsdannelsen i 2007. I begyndelsen var der tale om en samfinansieret ordning, men nu er den 100 % regionsfinansieret. PLO Nordjylland har ifølge sekretariatschefen et ønske om at brugen af sygeplejersker i lægevagten udbredes til andre matrikler. Der er tale om én sygeplejerske i vagttiden, dog med dobbeltdækning i fire timer på hverdage og ni timer i weekender på de tidspunkter, hvor der er størst behov. Sygeplejerskernes opgaver er at være med til at sikre, at de rigtige patienter kommer ind til lægen, at holde opsyn med venteværelse, og at fungere som lægelig medhjælp, i det omfang der er tid til det. Desuden koordinerer de besøg, som de visiterende læger henviser til, ved at fordele dem til de kørende læger og lægge en rute. I tvivlstilælde konfererer de med den koordinerende visitator. Derudover er det også sygeplejerskerne i Aalborg som lægerne ude på de andre konsultationssteder kan ringe til ved fx IT-problemer eller andre tekniske udfordringer. Vagtchefen beretter at sygeplejerskerne har nogle kliniske opgaver, men han så gerne at omfanget af dette blev større. Vagtchefen så gerne, at sygeplejerskerne fik en rolle på linje med sygeplejefagligt praksispersonale i dagtiden, og i større omfang varetog opgaver

som fx at stixe urin, måle blodtryk, temperatur, INR/CRP (blodprøver), tage sig af mindre sår og lignende. Vagtchefen påpeger at denne liste ikke er udtømmende, men blot eksempler på den type sygeplejefaglige opgaver, han finder det relevant at sygeplejersker i højere grad kunne tage sig af, end det vagtchefen oplever, der er mulighed for i dag. Han peger også på, at nogle af de mere administrative opgaver, som sygeplejerskerne tager sig af i dag, med fordel kunne varetages af andet personale. Vagtchefen understreger således at han gerne så en udvidet brug af sygeplejersker i lægevagten. Han oplever at de nuværende sygeplejerskeressourcer mest går til administrative, koordinerende og logistiske opgaver, og i mindre omfang til sygeplejefaglige patientrelaterede opgaver.

3.4.2 Region Midtjylland: Bemanding

Som det fremgår af Tabel 3.11, s. 60, har Region Midtjylland den højeste andel af praktiserende læger (inkl. enkelte almenmedicinere ansat i ledige ydernumre) i vagten. Således udgør de praktiserende læger 84 % af alle vagtaktive læge og i 2016 tegnede de sig for 77 % af det samlede honorarer til vagtlægeordningen i regionen.

Blandt lægerne med vagtydernummer, som tegner sig for de resterende 16 % af de vagtaktive læger og 23 % af honoraret i 2016, er ca. 2/3 almen medicinere – ligeligt fordelt på tre grupper: Tidligere praktiserende læger, almenmedicinere som endnu ikke har købt praksis og den sidste tredjedel er uddannelseslæger i fase III.

Regionen har den højeste andel af praktiserende læger, som deltager i vagten og således ikke er fritaget grundet alder, sygdom eller andet: 80 % af de praktiserende lægerne deltager i vagtarbejdet.

Lægevagten i Midtjylland har valgt at formulere krav til hvem der kan deltage i vagten, og på hvilke vilkår. Således beskriver vagtinstruksen at vagtlæge maximalt kan have 10 vagter pr. måned. Vagtchefen påpeger desuden at mindst 30 % af de afholdte vagter skal være konfrontationsvagter (besøgs- og/eller konsultationsvagter). Begrundelsen er, at vagtudvalget finder det vigtigt at lægerne ikke kun visiterer, men at de også har føling med patienterne i lægevagten og arbejdsvilkårene i konsultationer og på besøg. Er man over 60 år kan man – som overenskomsten foreskriver – blive fritaget for vagt, men man har i Region Midtjylland desuden valgt at sætte et loft ved 75 år. Vagtchefen begrundet det med hensynet til at sikre at alle vagtlæger er "*fit for fight*", og at 75 år er en høj alder at køre vagter i. Ikke mindst når alle vagtaktive skal afholde konfrontationsvagter og man kan derfor ikke nøjes med visitationsvagter. Man kan fritages for vagtforpligtelsen ved ansøgning til vagtudvalget som følge af sygdom eller alder. Ifølge vagtchefen betyder disse krav, at der ikke er en læge i regionen under 60 år, som ikke kører vagt, med mindre vedkommende er fritaget som følge af sygdom, og med mindre det ligeledes er begrundet i sygdom, skal man have alle vagttyper.

Vagtydernumrene tildeles kun læger med tilknytning til almen praksis, og tæller kun uddannelseslæger i fase II (uden visitationsret) og fase III, speciallæger i almen medicin som endnu ikke har erhvervet egen praksis, og tidligere praktiserende læger, som har afhændet deres praksis. Vagtydernumre tildeles kun for 3 år ad gangen, og kun speciallæger i almen medicin kan søge forlængelse for 1 år. Læger som er på vej ind i praksis, skal fremlægge en konkret plan der sandsynliggør, at de inden for de næste 12 mdr. nedsætter sig i almen praksis eller får fast ansættelse. Desuden skal læger på vej ind i praksis i gennemsnit være 2,5 dage ugentligt i praksis. Hvis det er læger som har solgt deres praksis, skal der foreligge dokumentation for samlet set mindst 1 måneds vikariat om året. Vagtchefen påpeger dog, at langt de fleste har mere end det. Uddannelseslæger kan ikke søge om forlængelse af vagtydernumre (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Baggrunden for disse krav er ifølge vagtchefen, at lægevagten skal fungerer som vikar for egen læge i vagttiden, og derfor skal have indgående og vedvarende kendskab til arbejdet i almen praksis. Derfor ønskes ikke læger, der har lægevagten som hovedbeskæftigelse, og derfor ønskes det, at alle har så meget tilknytning til arbejdet i dagtid, som muligt, påpeger vagtchefen.

Ifølge vagtchefen er der i henhold til overenskomstens grænser for vagtbelastning, stadig et stykke vej op til et fuldt vagtsæt i Region Midtjylland, så hvis der bliver behov for det, er det muligt at pålægge de praktiserende læger flere vagter, end tilfældet er i dag. Det er der dog aktuelt ikke behov for. Men ifølge vagtchefen er det ikke så nemt som tidligere at få vagterne besat. Også i Region Midtjylland opleves en tendens til at flere ikke ønsker at køre vagt og kun passe deres patienter i dagtiden. Vagtchefen forklarer at det blandt andet betyder, at man har valgt at aktivere alle de læger, som helst ville være vagtfrie. De kører 60-70 % af et fuldt vagtsæt (i hh.t. overenskomsten rammer), og når de er tildelt vagterne, står det den enkelte frit for at bytte vagter væk eller afsætte vagter til kolleger.

Regions- og udbudsklinikker har ikke hidtil indgået i vagten, men fra marts 2018 er der indgået aftale om at regions- og udbudsklinikker fremadrettet vil indgå i vagten på lige fod med regionens øvrige praktiserende læger (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2018). Aftalen gælder fremadrettede kontrakter som er trådt i kraft efter marts 2018, oplyser Region Midtjylland.

Uddannelseslægerne kan både deltage i vagten som led i deres uddannelse og ved at søge vagtydernummer. Pt. er ca. 1/3 af lægerne med vagtydernummer i regionen fase III-læger. For de læger, der deltager i vagten som led i deres uddannelse, gælder følgende: KBU-læger, introduktionslæger og fase I introduceres til lægevagten ved at ledsage deres tutorlægen eller anden vagtlæge på vagt og har ikke mulighed for at køre selvstændig vagt. Uddannelseslæger i fase II tildeles 4-6 besøgs- og konsultationsvagter, mens fase III tildeles 10-12 besøgs-, konsultations- og visitationsvagter. Dette er flere vagter end kravet i målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin. Uddannelseslægerne introduceres til vagtsystemet af distriktets vagtchef og skal desuden have en eller flere følgevagter med tutorlæge eller anden vagtkørende læge forud for selvstændig vagt. Det forventes, at tutorlægen efterfølgende gennemgår vagtnotater/problemer med uddannelseslægen, for at uddannelsesværdien i lægevagtarbejdet optimeres.

Som beskrevet i afsnit 3.1.2, s. 37, deltager **skadestuesygeplejersker** på akutafdelingerne og **behandlersygeplejersker** på akutklinikkerne i løsningen af lægevagten opgaver via det udvidede samarbejde, som følger af akutaftalen i Region Midtjylland. Og som det fremgik af Tabel 3.13 anvender Region Midtjylland hospitalsansat sygeplejefaglige hjælpepersonale i lægevagten i et markant større omfang end de andre lægevagtsregioner.

Sygeplejerskernes rolle er at assistere lægevagten med diverse undersøgelser mens de selv udfører andre, fx halspodning, urinundersøgelse, injektioner (fx stivkrampe), klargøring af patienter til undersøgelse, måler vitale værdier, bestiller prøver og undersøgelser og giver evt. svar på disse, herunder måler de hæmoglobin, blodsukker og infektionstal (CRP), de vasker og renser sår samt behandler mindre sår (syre eller limer), de udfører bandagering, tager EKG (og overfører elektronisk til akutafdelingen på fx Skejby) og har kontakt til den kommunale hjemmepleje. Desuden holder sygeplejerskerne øje med venteværelserne og sikrer at patienter, der viser sig at være mere syge end oprindeligt antaget, kommer hurtigere til. Behandlersygeplejerskerne på akutklinikkerne kan varetage en del ting selv, mens lægen i distriktet kører besøg. Generelt vurderer vagtchefen at sygeplejerskerne laver de ting, som praktiserende læger også i dagtiden bruger hjælpepersonale til. Og i forhold til småskader oplever vagtchefen at behandlersygeplejerskerne ofte er bedre til dem end lægerne, qua deres erfaring og deres behandleruddannelse.

Samlet set oplever vagtchefen at lægevagten har god gavn af sygeplejerskerne i vagten, og at samarbejdet fungerer rigtig godt. Han påpeger, at hvis lægerne skulle løse de opgaver, sygeplejerskerne løser i dag, skulle der væsentligt flere i vagt.

3.4.3 Region Syddanmark: Bemanding

I Region Syddanmark findes to typer af vagter i vagtlægeordningen: Blandede visitations- og konsultationsvagter på de fast bemandede konsultationssteder, samt blandede konsultations- og kørevagter. Den første type vagter findes på de fem faste visitations- og konsultationslæger. Den anden type anvendes på ad hoc konsultationerne samt varetagelse af besøg.

Vagtchefen har oplyst bemandingen for lægerne i vagt mundtligt, og da de oplyste tal og tidspunkter for bemanding samtidig oplyses at være meget fleksible, kan VIVE ikke på den baggrund udregnes et antal timer for en standarduge for lægernes vedkommende. Dog har vagtchefen efterfølgende oplyst, at det ugentlige lægelige timetal er ca. 3.000 timer, som det fremgik af Tabel 3.13, s. 63.

Vagtchefen beskriver bemandingsplanen således: Der er normalt 18-23 på vagt i visitation/konsultation og 14-20 i besøg/konsultation. Lægerne i visitation/konsultation møder alle kl. 16:00 på en af de fem fast bemandede matrikler. Der er minimum 2 og normalt maksimalt 4 læger på hver af matriklerne Åbenrå, Kolding, Esbjerg og Vejle, mens resten af de i alt 18-23 læger er i Odense, hvor der ofte er 11-12 læger.

De øvrige læger i besøg/konsultation dækker de 16 ad hoc konsultationer samt besøg. De møder ind kl. 16:00 eller 17:00, idet der ikke er tildelt besøg/ad hoc konsultationer til kl. 16:00.

Overgangen fra aften- til natbemanding sker gradvist og efter behov, indtil sidste konsultation lukker kl. 01:00 i Odense. Der åbnes natten igennem hver 3. time på de fast bemandede konsultationer ved behov, undtagen i Vejle.

Weekendbemanding ligner hverdagene, men der er 1-2 flere læger i vagt samlet set, ligesom der er færre som går tidligere hjem pga. lav aktivitet.

Vagtchefen beskriver, at tidspunkterne for vagtens ophør i høj grad afhænger af aktiviteten. Således er det ikke usædvanligt at en læge som er vagtsat til kl. 23:00 går kl. 20:00, når der ikke er aktivitet nok.

Estimaterne herover omkring gennemsnitlig bemanding er foretaget af vagtchefen, som understreger at der er tale om gennemsnit der varierer. Vagtchefen oplyser at han bruger bl.a. de løbende opgørelser af opfyldelse af servicemål til fremadrettet af justere bemandingen. Desuden er bemandingen på helligdage, hvor der er lukket flere dage i træk i almen praksis, betydeligt højere, end det der fremgår her omkring weekender.

Som det fremgår af Tabel 3.1, s. 32, er 74 % (446 læger) af de vagtaktive læger praktiserende læger i regionen og de tegner sig for 67 % af honoraret. De resterende 26 % (160 læger) er vagtydnumre der tegner sig for de resterende 33 % af honoraret. 57 % af regionens praktiserende læger er vagtaktive. Ud af de 160 med vagtydnummer er godt halvdelen (75) almenmedicinere, der fordeler sig på pensionerede læger i regionen og læger i hoveduddannelse til almen medicin. Vagtchefen beretter at af hensyn til kvaliteten i lægevagten ønskes ikke læger fra andre specialer end almen medicin. Det betyder fx, at hvis en fase III læge med vagtydnummer vælger at skifte speciale, inddrages vagtydnummeret med den begrundelse, at de ikke længere vedligeholder deres kompetencer inden for specialet. Desuden ønskes ikke læger fra andre regioner, som ikke kender (hospitals)logistik mv. i Region Syddanmark.

Tildeling af vagtydernumre sker i regionen men på vagtudvalgets indstilling, og vagtchefen oplever at samarbejdet med regionen om dette fungerer godt. Vagtchefen er således med til at godkende vagtydernumre, hvilket sker på basis af formelle kompetencer, ikke ansættelsessamtaler. Der er i vagtinstruksen fastsat regler for hvor mange vagter den enkelte læge må have i træk – således er dagvagt efter nattevagt ikke tilladt (men det er aftenvagt efter dagvagt, eller nattevagt efter aftenvagt). Dog er ingen former for 16-timers vagter tilladt i visitationen.

Vagtchefen beskriver at han gennem de sidste 10 år kun i et enkelt tilfælde har været med til at tage en praktiserende læge ud af vagten. Vagtchefen har dog altid mulighed for at ophøre med at give en læge vagter. Vagtchefen beskriver desuden at han i nogen tilfælde kan tage en snak med typisk pensionerede ældre kollegaer på vagtydernumre, hvis vagtchefen vurderer at der er gode grunde til at vedkommende stopper med at køre vagter. Vagtchefen oplever, at enkelte læger ikke altid har selvindsigt nok til selv at stoppe i tide.

Det har ifølge vagtchefen ikke været nødvendigt at tvangsudskrive vagter, undtagen lige omkring jul og nytår. Dog har PLO Syddanmarks generalforsamling vedtaget, at der de sidste par år har været opkrævet et ekstra kontingent til lægevagten fra de læger, der ikke tager vagter (i hver vagtperiode på fire måneder). Det beløber sig til max. 21.000 kr. pr. år i ekstra kontingent. Midlerne bruges til at give tillæg til vagter, som er svære at besætte, primært nattevagter i sommerferien og vagter omkring jul/nytår. Vagtchefen beretter at dette har været en medvirkende årsag til, at der i løbet af 2016 har været en tilgang på ca. 100 flere vagtaktive praktiserende læger.

Uddannelsessøgende læger kommer på et introkursus af ca. 3 timers varighed som Vicevagtchefen holder. Kurset handler om de praktiske forhold, de uddannelsessøgende skal kende til, for at kunne fungere i vagten, og ikke om kliniske/faglige forhold. Fokus er fx på en praktisk indførelse i lægevagten IT-system, logistik og struktur i forbindelse med visitation og kommunikation, om hvordan afregningssystemet fungerer i vagten, og hvilke ydelser der skal anvendes hvordan, samt introduktion til vagtinstruksen. Desuden opfordres de uddannelsessøgende læger til at søge et vagtydernummer når de har overstået deres uddannelsesvakter, hvilket de fleste ifølge vagtchefen gør. Samlet set har regionen 84 uddannelseslæger med vagtydernummer, heraf 33 i fase III.

Ud over lægerne i vagten findes en såkaldt **brobyggerordning** på flere matrikler. Funktionen har sit udspring i en forsøgsordning som startede i Odense og i vagtaftalen fra 2014 stk. 5, står at parterne er *"enige om at der implementeres et udvidet integreret samarbejde med sygehusenes FAM'er og større skadestuer, der søges indfriet via permanentgørelse og udbredelse af brobyggerordningen fra OUH"* (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014). Ordningen er finansieret af Region Syddanmark, ifølge vagtaftlen (inkl. bilag).

Der er i dag i varierende omfang brobyggere tilknyttet lægevagten konsultation i Åbenrå, Kolding, Esbjerg, Odense, Vejle samt Sønderborg. Der er ikke brobyggere i hele vagten, men et fast timeantal, dog ikke i Sønderborg, hvor der ikke er fast bemandet konsultation, men hvor lægevagten kan anvende brobyggerne ved behov. Den ansvarlige oversygeplejersken på Sygehus Sønderjylland, som tæller matriklerne Sønderborg og Åbenrå vurderer at ordningen ikke anvendes af lægerne i stort omfang.

Ifølge vagtaftalen (inkl. bilag) er brobyggernes primære funktion at være servicerende over for patienter i lægevagten og skabe gnidningsfrie forløb for patienter, der skal skifte spor mellem lægevagt og FAM. Brobyggerne skal modtage patienter, hjælpe patienter der fx har brug for praktisk bistand, hjemtransport, samt holde opsyn med venteværelse. Brobyggerne skal også hjælpe ved behov i

relation til røntgen, laboratorieundersøgelse, og kan foretage analyser (fx CRP og D-dimer¹³, blod-sukker samt urinanalyser), vaske sår og give stivkrampevaccination, anlægge IV-adgang tage EKG mm. Desuden skal brobyggerne gå til hånde for vagtlægerne omkring behandlinger og undersøgelser (jf. vagtaftalen (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014) bilag 5, "Samarbejdsaftale vedrørende integreret samarbejde mellem FAM og Lægevagten Odense, samt tilsendt beskrivelse af Brobyggerne i Åbenrå).

Vagtchefen oplever dog, at der er forskel på hvad brobyggerne kan på de forskellige matrikler, og at på OUH, hvor ordningen med faste social- og sundhedsassistenter i lægevagten startede, er samarbejdet tættest og mulighederne flest. Men vagtchefens indtryk er at lægerne er glade for ordningen, og han ønsker yderligere dækning, så brobyggerne i højere grad kan varetage den type funktioner, som praksispersonale gør i dagtiden.

Desuden findes et **vagtsekretariat** i Kolding. Sekretariatet er bemandet således at der altid er 1-2 sektærer i vagttiden. De kan – ligesom de visiterende læger – hele tiden se belastningen og ventetid på såvel telefoner som på tværs af konsultationssteder, samt hvor mange besøg/ad hoc konsultationer de udkørende læger er tildelt. Vagtsekretariatet planlægger rute og fordeler besøg og konsultationer på ad hoc konsultationsstederne til de kørende læger (som også bemander de 16 ad hoc konsultationssteder). Ligeledes kan de fjernåbne ad hoc konsultationer, så patienter kan komme ind, hvis de ankommer før den kørende læge. Der er altid 1-2 vagtsekretærer i vagttiden (fra 15.30 på hverdage). På ad hoc konsultationerne er der fastlagte åbningstider, hvor de visiterende læger kan sætte patienter til. Men det er vagtsekretariatet der overvåger belastningen løbende, og hvis der fx kun er sat to patienter til, så indskrænker de den planlagte åbningstid fra fx en hel time til en halv – og omvendt. Det er også vagtsekretariatet som styrer hvor mange spor der skal være åbne på de faste konsultationssteder: Hvis der opstår omkring en times ventetid på konsultation kan de bede den næste læge i rækken (efter et fast system) om at gå fra visitation til konsultation. Men de foretager også en afvejning af, om belastningen på telefonerne kan klare, at en læge går fra visitation til konsultation. Vagtsekretariatet beskrives af vagtchefen som et væsentligt "*logistisk mellemled*" i at få afviklet aktivitet i hele regionen bedst muligt.

3.4.4 Region Sjælland: Bemanding

Som det ses af Tabel 3.11, s. 60, er 62 % af de vagtaktive læger i Region Sjælland praktiserende læger i regionen, mens de resterende 38 % er læger med vagtydernumre. I 2016 tegnede de praktiserende læger sig for 52 % af honoraret, mens vagtydernumrene tegnede sig for 48 % af det samlede honorar til lægevagten i regionen. Region Sjælland er dermed den region, hvor læger med vagtydernumre fylder mest i den samlede produktion i lægevagten (20-33 % i de øvrige tre vagtlægere regioner).

Også i Region Sjælland er der **udfordringer med dækning vagterne i lægevagten**. Ifølge vagtchefen har lægevagten i Region Sjælland i en periode forsøgt at anvende samme model som lægevagten Region Syddanmark, hvor der opkræves ekstra kontingent fra praktiserende læger, der ikke deltager i vagten. Men på Sjælland oplevede lægevagten, at denne ordning var administrativt tung. Derfor valgte man i PLO Sjælland i stedet at hæve alderen for, hvornår man kan fritages for vagter fra 60 til 63 år. Det har betydet, at flere praktiserende læger deltager i vagten. Ultimo 2017 var 326 ud af 461 praktiserende læger vagtaktive, svarende til 71 % af de praktiserende læger. Kun i Region Midtjylland er andelen højere. Men disse 71 % af de praktiserende læger udgør stadig 'kun' 62 % af de vagtaktive læger (den laveste andel i de fire vagtlægere regioner), fordi antallet af vagtaktive vagtydernumre er højere i Sjælland end i de øvrige vagtlægere regioner (201 mod 78-160 i de øvrige

¹³ En blodprøve, der anvendes i forbindelse med diagnostik af blodpropper.

vagtlægeregioner). I vagtaftalen er parterne desuden enige om, at *"som udgangspunkt bør det fortrinsvis være de praktiserende læger i regionen"*, der deltager i vagten. Vikarier i almen praksis kan i Region Sjælland kun deltage i vagtordningen, hvis de er speciallæger i almen medicin.

Som det fremgår af Tabel 3.10, s. 59, oplyser PLO, at der i Region Sjælland primo 2018 var 388 praktiserende læger under 63 år, mens der til sammenligning var 326 under 60 år – en forskel på 62 læger. Læger kan også vagtfritages af andre årsager end alder, fx sygdom. Vagtbelastningen svarer ifølge vagtchefen til, at hver læge ca. skal tage 2-3 vagter pr. måned, og der er altid færre ønsker om vagter fra lægerne, end vagter der skal fordeles blandt lægerne. Men vagtchefen oplyser, at det lykkes at få vagterne besat, men at det kan være udfordrende at skulle presse kolleger til at tage flere vagter, end de egentlig ønsker. Vagtchefen oplever, at det med årene er blevet meget sværere at få vagterne besat, både fordi gennemsnitsalderen blandt lægerne stiger, og fordi den enkelte læge har mere arbejde i dagtiden. Desuden oplever vagtchefen også en anden holdning til vagtarbejdet blandt de yngre praktiserende læger, som i højere grad end tidligere er kvinder, mange af dem med mindre børn. Efter dannelsen af 1813 og nedlæggelsen af lægevagten i Region Hovedstaden har enkelte praktiserende læger herfra fået vagtydnumre på Sjælland, men er tale om ganske få, oplyser vagtchefen. Han vurderer, at de måske har været for sent ude med at rekruttere fra Region Hovedstaden, og at de fleste praktiserende læger i Hovedstaden har vænnet sig til ikke at have vagter. Desuden er køreafstanden fra Hovedstaden til mange steder på Sjælland betydelig. Vagtchefen peger på vigtigheden af, at læger i regions- eller udbudsklinikker også deltager i vagtarbejdet på lige fod med regionernes øvrige praktiserende læger, hvilket endnu ikke var trådt i kraft på interviewtidspunktet (december 2017).

Læger, der ønsker et **vagtydnummer**, er der som hovedregel telefonisk kontakt til, hvis de ikke søger på baggrund af en personlig anbefaling fra en kollega i regionen, forklarer vagtchefen. Der er tilbud om, at de kan komme på det introkursus, som alle uddannelseslægerne skal på. Hvis de er uddannelseslæger, læger fra en anden region eller et andet speciale, skal de deltage. Men der er ikke noget krav om kursus, hvis de er almen medicinere fra regionen.

Vagtchefen forklarer, at der tidligere har været en del læger, som ikke var almen medicinere i de lægevagtordninger, der blev fusioneret til den nuværende Lægevagt Sjælland. Den gruppe bliver stadig mindre, og der ønskes almen medicinere i lægevagten fremadrettet. Vagtaftalen nævner, at samarbejdsudvalget hvert år på baggrund af en rapport fra lægevagtchefen vurderer de givne dispensationer, og samarbejdsudvalget kan til enhver tid kan beslutte, at dispensationer skal godkendes i samarbejdsudvalget – men dette har ikke været aktuelt de forgangne år.

Ikke alle, der ønsker et vagtydnummer, får det, og fx læger fra andre specialer afvises, ifølge vagtchefen. Vagtchefen har også medvirket til at afslutte læger i vagten på grund af faglighed, misbrug, alder og (mistanke om) demens samt anden sygdom. Det løses som regel i mindelighed ifølge vagtchefen ved, at han opfordrer vedkommende til selv at stoppe. I tilfælde, hvor dette ikke lykkes, lukkes lægens profil i vagtlægesystemet ned, så vedkommende ikke kan komme ind i systemet. Vagtchefen har aldrig haft en sag, som vagtudvalget ikke kunne løse, og der har aldrig været sager bragt videre til praksisudvalget.

Lægevagts opgaver i Region Sjælland varetages udelukkende af læger. Der deltager hverken sekretærer (som i Region Syddanmark), sygeplejersker og/eller social- og sundhedsassistenter (som i Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland). Vagtchefen vurderer, at det er meget begrænset, hvilke opgaver andre personalegrupper kan udføre i lægevagten, *"når de ikke må stille diagnoser"* – de kan fx *"stixe en urin eller pøde i halsen"*, men derudover vurderes det at være meget begrænset. Anvendelsen af andet personale har været overvejet i lægevagten Region Sjælland,

men der er ikke fundet grundlag for det, ifølge vagtchefen. I dagtiden kan praksispersonale anvendes til planlagte opgaver, særligt kontroller, påpeger vagtchefen, men i vagttiden er fokus på de akut syge, og her vurderer vagtchefen, at hjælpepersonale ikke er relevant.

3.4.5 Region Hovedstaden: Bemanding

Som det fremgik af afsnittets indledende Tabel 3.12, s. 62, er 160 læger ansat ved Akuttefonen 1813 (svarende til budget til 18,2 årsværk). Ledelsen af Akuttefonen 1813 skønner, at ca. 90 af disse dækker hovedparten af vagterne, mens de resterende har færre vagter. Dog har Akuttefonen 1813 en minimumsgrænse, der betyder, at alle ansatte læger som minimum skal tage 24 timers vagt om måneden (gerne fordelt på 4 vagter) og derudover mindst én nattevagt hver 6. uge. Dette er både af hensyn til lægernes rutine såvel som vagtplanlægning, oplyser 1813.

Der er ikke indgået en samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og PLO om praktiserende lægers ansættelse ved Akuttefonen 1813. Derimod har Region Hovedstaden indgået samarbejdsaftale med FAS (Foreningen af Speciallæger) og YL (Yngre Læger) om ansættelse af speciallæger og yngre læger i Akutberedskabet (1813). Via aftalen med FAS er der også ansat speciallæger i almen medicin, som er nuværende eller tidligere (pensionerede) praktiserende læger.

Lægerne ved Akuttefonen 1813 er ikke underlagt PLO-overenskomstens bestemmelser om, hvilke funktioner de forskellige typer af læger kan varetage. Derfor visiterer alle læger såvel som sygeplejersker ved Akuttefonen 1813. Akuttefonen 1813 har valgt, at ansatte læger skal opfylde et af nedenstående kriterier for at kunne være ansat (jf. "Funktionsbeskrivelse, Akuttefonen 1813, Læge." April 2014, revideret november 2017):

- Speciallæge i almen medicin eller læge ansat i hoveduddannelse i almen medicin.
- Speciallæge i andet klinisk speciale med erfaring med at håndtere patienter med almene medicinske problemstillinger.
- Læge ansat i hoveduddannelse i et klinisk speciale med erfaring med at håndtere patienter med almene medicinske problemstillinger.
- Læge ansat i introduktionsstilling i almen medicin med betydelig erfaring med at håndtere patienter med almene medicinske problemstillinger og positive relevante referencer.
- Læge med b-autorisation (læger med tilladelse til selvstændigt virke efter klinisk basisuddannelse) med betydelig erfaring med at håndtere patienter med akutte almene medicinske problemstillinger og positive relevante referencer.

Mange af lægerne ved Akuttefonen 1813 er også ansat på regionens hospitaler; de ansatte almen medicinere typisk på regionens AMAK, som 1813 henviser patienter til.

Ud over de ansatte læger deltager Akuttefonen 1813 i **uddannelsen** af almen medicinere. Derfor findes en række yngre læger, der som led i deres uddannelse til almen medicinere kører besøg hos patienter. Der er både tale om læger i introduktionsstillinger, som har tre følgevagter med en 1813-ansat læge, såvel som læger i hoveduddannelse, som har vagter, hvor de selvstændigt kører besøg (fase I-læger har 3 vagter, fase II-læger har 4 vagter, mens fase III-læger har 6 selvstændige vagter under deres uddannelse i 1813). I løbet af 2017 var der således 88 læger i introstilling, 60 i fase I, 69 i fase II samt 60 i fase III, der deltog i besøg som led i deres uddannelse. Derudover skal lægerne i fase III have to følgevagter i telefonvisitation. I forbindelse med visitationsvagterne er de tilknyttet en mentor, der er speciallæge i almen medicin, er deres bagvagt og forestår evalueringen efter hver vagt.

Desuden er ansat 96 sygeplejersker, svarende til 76,5 årsværk. En del af sygeplejerskerne er i delstillinger mellem 1813 og hospitalerne i Regionen. Der er ikke noget krav til sygeplejerskerne om, hvor mange vagter de skal tage, da de er ansat på fast timetal, enten fuldtid eller deltid. Sygeplejerskerne er ansat som sundhedsfaglige visitatorer, og der stilles følgende faglige krav i forbindelse med ansættelse (jf. "Funktionsbeskrivelse, Akuttefonen 1813, Sundhedsfaglig visitator" (april 2014, Enhedsledelsen Akuttefonen 1813 (opdateret version)):

- Autorisation som sygeplejerske.
- Bred sygeplejefaglig baggrund, gerne suppleret med erfaring fra lægepraksis, børneafdelinger, akutte modtageafdelinger, ambulatorier, akutmodtagelse/klinik som sundhedsplejerske eller har erfaring fra anden relevant hospitalsafdeling samt kommunalt sundhedsvæsen.
- Erfaring med at foretage en systematisk, korrekt og hurtig vurdering af, hvilken hjælp der er brug for.
- Erfaring med at kommunikere sundhedsfaglige problemstillinger og handlinger klart og præcist til samarbejdspartnere, så patientforløbet opleves som sammenhængende.
- Erfaring med at rådgive borgere tydeligt og informativt.

Jævnfør Tabel 3.13, s. 63, er Akuttefonen 1813 primært bemandet med sygeplejersker, idet deres ugentlige antal normerede timer i vagttiden er 1.747, svarende til 58 % af det samlede antal normerede timer i vagten, mens lægerne er normeret til 1.240 timer – de resterende 42 %.

En anden måde at belyse fordelingen af opgaver mellem de to faggrupper er ved at se på opkaldshåndteringen: I 2016 besvarede sygeplejersker 74 % af alle opkald (inkl. opkald i dagtid), mens de resterende 26 % blev besvaret af læger. Af de 74 %, som initialt blev besvaret af sygeplejersker, blev 11 % viderestillet til en læge (tallene er taget fra Rigsrevisionens beretning (Statsrevisorerne Rigsrevisionen, 2017) og er desuden konfirmeret med ledelsen af Akuttefonen 1813 den 9. januar 2018). Nedenstående Tabel 3.14 viser en beregning af, hvordan opkald blev håndteret i 2016.

Tabel 3.14 Fordeling af opkald i dag- og vagttid på læger og sygeplejersker i Akuttefonen 1813, 2016*

Type af håndtering af opkald	I procent af alle opkald
Initial besvarelse:	
Initialt besvaret af sygeplejerske	74 %
Initialt besvaret af læge	26 %
Besvarelse af det samlede opkald:	
Håndteret udelukkende af sygeplejerske (74-8 % som viderestilles til en læge)**	66 %
Håndteret af læge i alt (26 % direkte + 8 % viderestillet fra sygeplejerske)	34 %

Note: * Denne opgørelse viser alle opkald – også dagtid på hverdage, hvor der udelukkende er sygeplejerskebemanding. Akuttefonen 1813 oplyser, at ca. 25 % af opkaldene sker i dagtid. På baggrund af de tilgængelige data er det ikke muligt at udregne fordelingen af henholdsvis læge- og sygeplejerskehåndtering af opkald i vagttiden. Men det bemærkes, at andelen af lægehåndterede opkald er højere i vagttiden, end tallene her indikerer, fordi de dækker hele døgnet.

** Af de 74 %, som initialt besvares af en sygeplejerske, viderestilles 11 % til en læge, fordi sygeplejersken vurderer, at borgeren har behov for at tale med en læge. Disse 11 % af 74 % svarer til 8 % af samtlige opkald.

Kilde: Egne beregninger foretaget på basis af Rigsrevisionens opgørelser (Statsrevisorerne Rigsrevisionen, 2017).

Tabel 3.14 viser, at ca. to tredjedele af det samlede antal opkald døgnet rundt udelukkende håndteres af en sygeplejerske, mens ca. en tredjedel håndteres af læger. Disse 34 % af opkaldene var i september 2017 næsten ligeligt fordelt på tre typer læger: almen medicinere, andre speciallæger eller uddannelseslæger/læger uden speciallægeautorisation. I alt 8 % af alle opkald håndteres først

af en sygeplejerske, herefter af en læge. Vær opmærksom på, at der her er tale om alle opkald til Akuttelefonen 1813 – både i vagt- og dagtid – og at opkald udelukkende besvares af sygeplejersker i dagtid. Det betyder, at når lægerne kun besvarer opkald i vagttiden, så er det en højere andel end de 34 % af alle opkald, som håndteres af læger i vagttiden (VIVE har ikke data til at beregne denne andel præcist).

I praksis sker fordelingen mellem, hvilke opkald der initialt håndteres af hvem ved, at en række institutioner (fx plejehjem, hjemmeplejer, bosteder og fængsler) kan ringe bag om den almindelige kø direkte til en læge. Hvis disse direkte opkald til lægerne ikke optager hele kapaciteten blandt lægerne ved telefonerne på Akuttelefonen 1813, tager lægerne øvrige opkald fra den almindelige telefonkø af borgere.

Timefordelingen mellem læger henholdsvis sygeplejersker er forskellig i løbet af døgnet, og den faktiske fordeling af opkaldsbelastningen i løbet af døgnet anvendes i Akuttelefonen 1813 til at fastlægge bemanningen. For eksempel er der sidst på eftermiddagen ca. dobbelt så mange sygeplejersker som læger på vagt, mens det om natten forholder sig omvendt (jf. bemandingsplan for 1813). Det skyldes for det første, at normeringen om natten er lavere, og de ca. 3-4 læger, som kører besøg hos patienter, fylder relativt mere i bemanningen om natten. Men det skyldes også, at opkald om natten generelt er mere komplekse, og flere af opkaldene derfor kræver viderestilling til en læge. Derfor er der om natten en mere ligelig fordeling mellem læger og sygeplejersker i telefonvisitationen, end der er eftermiddag/aften og i dagtiden i weekender.

Akuttelefonen 1813 er i dag udelukkende bemannet med læger og sygeplejersker. Der har tidligere været to jordemødre, som tog opkald, men det er der ikke længere. Ledelsen af Akuttelefonen 1813 vurderer, at andre personalegrupper ikke er oplagte til løsning af Akuttelefonen 1813's opgaver, men inden for de to faggrupper (læger og sygeplejersker) peges på relevansen af såvel opgaveglidning som fordele ved specifikke lægelige kompetencer. Således ser ledelsen af Akuttelefonen 1813 det som relevant at have tilknyttet geriatriske speciallæger, idet en stor del af kontakterne, ikke mindst besøgene, vedrører ældre – ofte på plejehjem. Desuden ses også muligheder for opgaveglidning, så sygeplejerskerne i højere grad kunne tage nogle af de opgaver, som sygeplejersker i dagtiden varetager i almen praksis på lægelig delegation. Dette drejer sig fx om bestemte typer af afgrænsede medicinordinationer, fx i forbindelse med øjenbetændelse. Akuttelefonen 1813 påpeger dog samtidig, at antallet af recepter er stærkt reduceret som følge af en målrettet indsats for at eliminere recepter over telefon. Recepter kræver personligt fremmøde – og diagnostik – på AMAK eller henvendelse næste dag i almen praksis. Akuttelefonen 1813 har dog valgt ikke at arbejde aktivt med opgaveglidning mellem faggrupperne for indenværende.

4 Dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten

I dette kapitel beskrives temaer i relation til dokumentation, kommunikation og samarbejde i forhold til arbejdsprocesserne i de fem ordninger. Følgende områder beskrives efter tur:

- Borgernes muligheder for kontakt til ordningerne
- Brugen af eventuelle beslutningsstøtteværktøjer, instrukser og vejledninger mv.
- Journalføring, it-systemer og adgang til patientdata
- Ledelse og koordination under selve vagten
- Kommunikation mellem aktører og sektorer
- De tilgængelige handlemuligheder i forbindelse med visitation, besøg og konsultation.

Oplysningerne stammer i al væsentlighed fra vagtcheferne/ledelsen af 1813, og der er tilstræbt samme opbygning af temaerne. Dog er der forskel på, hvad vagtcheferne lægger vægt på, og dermed også på fremstillingen i de enkelte afsnit.

Efter hvert tema er der indsat en kort opsamling. Den travle læser, som kun ønsker et overblik over hovedtræk, kan med fordel nøjes med at læse disse opsamlinger.

4.1 Borgernes muligheder for at kontakte lægevagten/Akuttelefonen 1813

I dette afsnit beskrives borgernes mulighed for at kontakte vagtlæge/Akuttelefonen 1813, herunder om der kan anvendes andre redskaber eller medier end telefon (fx foto, video mv).

4.1.1 Region Nordjylland: Den initiale kontakt til lægevagten

Patienter kan **ringe** til lægevagten på 70 15 03 00. De kan dog ikke sende foto. Alle **telefonsamtaler optages** og gemmes i 5 år. Kopi af lydfileerne kan rekvireres af Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere Patientombuddet) i forbindelse med klagesager, eller kan anvendes i forbindelse med behandling af klagesager i Samarbejdsudvalget (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Sekretariatschefen oplyser, at muligheden for **foto** har været drøftet i lægevagten, men at det vurderes ikke at være hensigtsmæssig, fordi borgernes egne billeder ikke vurderes at være af en sådan kvalitet, at der kan træffes visitationsbeslutninger på baggrund af dem, og af datasikkerhedsmæssige årsager. Sidstnævnte gælder også drøftelser af muligheden for at anvende fx Skype eller Facetime. Man afventer derfor en eventuel udvikling på nationalt plan, ifølge sekretariatschefen.

4.1.2 Region Midtjylland: Den initiale kontakt til lægevagten

Patienter kan **ringe** til lægevagten på 70 11 31 31, dog har Anholt eget nummer. Telefonen passes i vagttiden af læger. I dagtiden på hverdage, hvor egen læge står for visitation til akutbehandling, er der dog af patientsikkerhedshensyn overløb på lægevagtstelefonen til hospitalsvisitationen på Aarhus Universitetshospital, hvor sygeplejersker besvarer telefonen.

Alle **samtaler optages** og anvendes ved behov i forbindelse med klagesager.

Lægevagten modtager telefonopkald, men ikke **foto** eller **video**. Vagtchefen påpeger, at muligheden for at anvende foto har været drøftet, men det er ikke fundet relevant på nuværende tidspunkt. Generelt mener vagtchefen, at det kun yderst sjældent vil være relevant at anvende andre medier end telefonopkald.

Lægevagten i Region Midtjylland deltager i et forskningsprojekt omkring om at lade borgere, der har hastende problemstillinger, springe køen over ved at taste sig frem i køen. Det er borgeren selv, der vurderer, om problemstillingen, der ringes ind om, er af så hastende karakter, at det er nødvendigt at springe køen over. Ud over Region Midtjylland deltager 1813 også i forskningsprojektet.

4.1.3 Region Syddanmark: Den initiale kontakt til lægevagten

Patienter kan **ringe** til lægevagten på 70 11 07 07 (i dagtiden betjenes nummeret af regionale sygeplejersker, som foretager skadesvisitation). Dog har Ærø en særordning med eget nummer (jf. vagtaftalens bilag 2: "*§ 2-aftale: Forhøjet vagtberedskabshonorar til praktiserende læger og vagtlæger på Ærø samt anvendelse af B-vagthonorar i vagttiden*", 12. september 2004 (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)).

Alle **telefonsamtaler optages** og gemmes. Kopi af lydfilerne kan rekvireres af Patientombuddet (nu Styrelsen for Patientsikkerhed) i forbindelse med klagesager eller kan anvendes i forbindelse med behandling af klagesager i Samarbejdsudvalget (jf. vagtinstruks (PLO i Region Syddanmark, 2014)).

Vagtchefen oplyser, at muligheden for **foto** har været drøftet, men at det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt, fordi det er for ressourcekrævende og involverer for mange mulige fejlkilder. Vagtchefen mener, at hvis nogen er så syge, at de skal ses i lægevagten, så skal de ses.

4.1.4 Region Sjælland: Den initiale kontakt til lægevagten

Patienter kan **ringe** til lægevagten på 70 15 07 00, men kan ikke sende foto. Døve og hørehæmmede kan kontakte lægevagten via en chatfunktion. Alle **telefonsamtaler optages** og gemmes i 5 år. Kopi af lydfilerne kan rekvireres af Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere Patientombuddet) i forbindelse med klagesager eller kan anvendes i forbindelse med behandling af klagesager i Samarbejdsudvalget.

Vagtchefen har også i nogle tilfælde, hvor der har været rejst en borgertvivl om en læges faglighed, lyttet visitationer fra den pågældende læge igennem. Det gøres for at kunne vurdere, om der er et fagligt problem, som har ført til, at lægevagten ikke har ønsket at have den pågældende læge tilknyttet. Vagtchefen påpeger, at det gøres af hensyn til patientsikkerheden.

Vagtchefen finder generelt set ikke **foto** relevant, heller ikke **videokonsultation**. Der kan være særlige tilfælde som fx på øer, eller hvor borgere er langt fra en læge, hvor det kan være nødvendigt, og det kan i nogle tilfælde være relevant, særligt ved udslæt eller sår. Men det udgør en meget lille del af lægevagtens arbejde, og derfor finder vagtchefen det ikke relevant. Der er ingen aktuelle planer om at anvende hverken foto eller videokonsultation i lægevagten i regionen.

Hvis en borger skal henvises til konsultation, får vedkommende oplyst tid og sted af den visiterende læge.

4.1.5 Region Hovedstaden: Den initiale kontakt til Akuttelefonen 1813

1813 modtager **telefonopkald** døgnet rundt. Alle **samtaler optages**. Optagelserne anvendes i forbindelse med audit (se eventuelt afsnit s. 122) og i forbindelse med den løbende kompetenceudvikling af sygeplejersker (fra 2018 også læger) (se eventuelt afsnit s. 121). Ligesom i de øvrige regioner udleveres optagelser af konkrete samtaler også på forespørgsel til Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med konkrete sager.

Derudover har 1813 siden etableringen kunnet modtage **foto via mms**, og der er også mulighed for **sms-kontakt** for døve. 1813 finder, at muligheden for at kunne medsende foto er relevante i flere tilfælde, hvor det drejer sig om synlig sygdom eller skade – fx udslæt eller sår. Akuttelefonen 1813 oplyser, at der er lavet audit på brugen af foto, og at audit konkluderer følgende: Fotoaudit viser, at patientens blufærdighed tilgodeses, at kvaliteten af det indsendte er anvendelig, at det er relevant i den kliniske beslutning, samt at patientsikkerheden skønnes tilgodeset i over 90 % af tilfældene. Foto medvirker til at afslutte til egenomsorg i 80 % af tilfældene. Desuden konkluderes, at svartiderne ikke forlænges væsentligt på grund af anvendelse af foto i 1813.

Ud over de aktuelle muligheder for initial kontakt arbejdes der på udvikling af området via forskellige og i nogen tilfælde forskningsbaserede aktiviteter, som kort beskrives herunder:

Der arbejdes desuden på muligheden for at etablere tovejs **videopkald** for udvalgte patientgrupper, hvor det er relevant. Baggrunden er et forskningsprojekt om videokontakt i forbindelse med hjertestop. Derfor er der p.t. et forskningsprojekt på 112, hvor borgerne kobles til et videopkald, når de ringer. Det ligger uden for rammerne af denne kortlægning af 1813 at beskrive resultaterne af 1813's konkrete forskningsprojekter. Men det konstateres, at 1813 på baggrund af publiceret forskning forventer at indføre videopkald for udvalgte patientgrupper, hvor der kan vises dokumentation for effekten.

Akuttelefonen 1813 er desuden ved at udvikle en **app** til brug ved initialkontakt. App'en er stadig kun på tegnebrættet, men formålet er at gøre det muligt for borgerne at indtaste oplysninger. Det kunne fx være oplysninger om temperatur ved feber, eller det kunne dreje sig om oplysninger om cpr eller andet relevant, som med fordel kan indhentes via en app, og som eventuelt også kan bruges til at fordele patienter på medarbejdergrupper alt efter subkompetencer.

I samarbejde med Forskningsenheden for almen praksis i Region Midtjylland gennemfører 1813 et andet forskningsprojekt om forsøg med, at en indringer selv kan **springe køen over** ved at taste sig frem, hvis indringeren selv vurderer, at det er særligt hastende. 1813 var i udgangspunktet bekymrede for, at for mange ville springe køen over, men det har vist sig, at kun ca. 2 % benyttede muligheden, og de foreløbige resultater af gennemgangen af de 2 % tyder på, at det var relevant. På den baggrund vurderer ledelsen af 1813, at der er sandsynlighed for, at ordningen vil blive gjort permanent.

Endelig peger 1813 på et projekt, som også kan få konsekvenser for den initiale telefoniske kontakt og visitation. I et forsøg er 10.000 indringere blevet bedt om at **vurdere, hvor bekymrede de er** på en skala fra 1-5. Efterfølgende har man vurderet, om indringerne ramte rigtigt ud fra nogle kriterier om det efterfølgende forløb. Ifølge Akuttelefonen 1813 viser projektet en tydelig sammenhæng: Jo mere bekymret en indringer er, jo mere sandsynligt er det, at vedkommende reelt fejler noget. Der spørges i dag ikke til indringers grad af bekymring på 1813, men til en lang række andre sundhedsfaglige parametre. Ledelsen af 1813 peger på, at forskningsresultater som dette skaber viden om, hvad det er væsentligt at afdække i forbindelse med visitation, og at en subjektiv faktor som 'bekymringsgraden' har vist sig at være en relevant parameter.

4.2 Brugen af beslutningsstøtteværktøjer, instrukser, vejledninger o.l.

I dette afsnit beskrives brugen af eventuelle beslutningsstøtteværktøjer instrukser, vejledninger og lignende i lægevagtsordningerne og Akuttelefonen 1813.

4.2.1 Region Nordjylland: Brugen af instrukser, vejledninger o.l.

Det fremgår af en oversigt over instrukser og vejledninger i lægevagten i Region Nordjylland, at der findes instrukser om sår (om sårpleje og om bidsår med infektion), men vagtchefen oplyser, at de er rettet mod sygeplejerskerne, der fungerer i konsultationen i Aalborg, og formålet er at præcisere, hvad sygeplejerskerne må gøre selvstændigt.

Vagtchefen påpeger, at der via lægevagtssystemet er adgang til forskellige eksterne instrukser og vejledninger, fx lægehåndbogen og DSAM's vejledninger. Disse vejledninger mv. kan ifølge vagtchefen anvendes på samme måde som i dagtiden, hvor det er den enkelte læge, som afgør behovet for at anvende dem. Som vagtchefen formulerer det: *"Vi går ud fra, at folk har styr på deres egen praksis"*. Der findes ikke en visitationsguide i regionen.

4.2.2 Region Midtjylland: Brugen af instrukser, vejledninger o.l.

Der anvendes bevidst ikke spørgeguides eller lignende i lægevagten, oplyser vagtchefen. Vagtchefen begrundet det med, at *"vi har så homogen en faglig baggrund og er så vant til at behandle de problemstillinger, vi har i vagten"*.

Lægevagten har sin egen lægevagtshåndbog, som en af de to edb-chefer i lægevagten vedligeholder. Den omhandler praktiske forhold i regionen, kontakt til akutteams og hjemmesygeplejersker, misbrugscentre og politi mv. Den har tidligere også i højere grad indeholdt forskellige akutte behandlingsregimer, men det har lægevagten valgt at tynde ud i. Begrundelsen er ifølge vagtchefen, at den slags kræver megen vedligeholdelse, og det vurderes at være mere relevant at læne sig op ad landsdækkende vejledninger som fx på sundhed.dk, hvor der ligger en håndbog med artikler specifikt rettet mod almen praksis.

I relation til brugen af vejledninger, instrukser og retningslinjer i lægevagten mere generelt påpeger vagtchefen: *"Vi er en gruppe selvstændigt fungerende speciallæger i almen medicin, som har hver vores særpræg. Vi har den samme uddannelse og er omfattet af den samme overenskomst, men man kan gøre det på mange forskellige måder. (...) Der har vi ikke tradition for at udstikke ufravigelige faglige retningslinjer. (...) Men ligesom i dagtiden har vi mulighed for at gøre, som vi finder det rigtigt, med respekt for gældende lovgivning og vejledninger"*.

4.2.3 Region Syddanmark: Brugen af instrukser, vejledninger o.l.

Ifølge vagtchefen anvendes der ikke deciderede beslutningsstøtteværktøjer eller spørgeguides i lægevagten, som forklarer, at lægerne arbejder på samme måde som i dagtiden, hvor man individuelt kan vælge at anvende forskellige opslagsværker ved behov – fx nævner vagtchefen promedicin og lægehåndbogen.

Vagtchefen nævner desuden en instruks om tilbageholdenhed med at udskrive antibiotika i vagten, som p.t. er under revision. Vagtchefen formoder, at man i stedet for egne instrukser i stedet vil henvise på baggrund af Sundhedsstyrelsens retningslinjer på området – men dette er ikke afgjort endnu. Det er vagtchefen, der opdaterer og eventuelt udarbejder instrukser og vejledninger.

Som led i kvalitetsarbejdet i lægevagten sender vagtchefen relevante vejledninger fra fx Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber mv. ud til de vagtaktive læger, når han vurderer, at det er relevant.

4.2.4 Region Sjælland: Brugen af instrukser, vejledninger o.l.

Vagtchefen påpeger, at spørgeguides og beslutningsstøtteværktøjer er bevidst fravalgt i lægevagten, fordi det ikke er hensigtsmæssigt at forsøge at stille *"bløde værdier op i et spørgeskema"*, som vagtchefen formulerer det.

Med hensyn til instrukser og vejledninger (ud over vagtinstruksen) beskriver vagtchefen, at der findes en regional akuthåndbog, som er tilgængelig for lægerne. I regionens beskrivelse af lægevagten fremgår desuden, at lægerne har adgang til lægehåndbogen, promedicin, sundhed.dk samt visitationsguides (Orsholt et al., 2015).

Vagtchefen beskriver, at der findes ganske få egentlige behandlingsinstrukser i lægevagten, men at de ikke er blevet revideret gennem lang tid, og at de ikke er voldsomt relevante for lægevagten og derfor lige så godt kunne fjernes. Der henvises i stedet til bl.a. regionens instrukser, fx infektionshåndbogen, som bliver anvendt.

Vagtchefen beskriver, at vagtudvalget bevidst har valgt ikke at lave behandlingsvejledninger og instrukser med den begrundelse, at der heller ikke ligger vejledninger og instrukser til praktiserende læger i dagtiden. Derfor bør der heller ikke være det i vagttiden, vurderer vagtchefen. Ligeledes påpeger vagtchefen, at læger, der søger et vagtydernummer, selv har et ansvar for at holde sig orienteret om, hvad der foregår i almen praksis. Han påpeger, at der ligger et fagligt ansvar i at bestride jobbet som vagtlæge, som man påtager sig, når man har søgt et vagtydernummer.

4.2.5 Region Hovedstaden: Brugen af instrukser, vejledninger o.l.

Til brug for visitation har Akutberedskabet udviklet et beslutningsstøtteværktøj, der samtidig fungerer som dokumentation for beslutningen. Beslutningsstøtteværktøjet er udviklet med inspiration fra Region Skånes sundhedstelefon og "Dansk Indeks for akuthjælp". Akuttelefonen 1813 oplyser, at anvendelsen af beslutningsstøtteværktøjet er med til at sikre patientsikkerheden, idet der systematisk spørges til borgerens sygdomshistorie ved inddragelse af vitale parametre, og at der ydes sundhedsfaglig rådgivning ud fra et opdateret fagligt vidensgrundlag. Sygeplejerskerne på 1813 skal anvende dette beslutningsværktøj, mens det ikke er et krav til lægerne. Dog oplever ledelsen af 1813, at værktøjet også anvendes af læger som visitationsguide, idet det kan være kompliceret at finde ud af, hvilket hospital/hvilken afdeling patienterne skal visiteres til. Sygeplejerskerne er desuden uddannet i at anvende et andet obligatorisk spørgeværktøj, kaldet en "samtaleproces".

Som det fremgår af kapitel 6, anvendes besøg i mindre grad i Akuttelefonen 1813 end i de øvrige regioner. Det kan skyldes flere faktorer, bl.a. geografi, hvor Region Hovedstaden har en væsentligt højere befolkningstæthed end de øvrige regioner og dermed også væsentligt kortere afstande til akutmodtagelser og akutklinikker. Dette var dog også tilfældet før indførelsen af Akuttelefonen 1813, hvor faldet i antallet af besøg fandt sted. En anden årsag kan derfor også være, at Akuttelefonen 1813 har valgt at udarbejde relativt klare kriterier for anvendelse af besøg. I den efterfølgende Boks 4.1 fremgår Region Hovedstadens kriterier for akutte lægebesøg i hjemmet.

Boks 4.1 Kriterier for akutte lægebesøg i hjemmet i Region Hovedstaden

Lægebesøg i hjemmet bør forbeholdes de tilfælde, hvor der er indikation for akut lægelig klinisk undersøgelse og vurdering, og hvor borgeren ikke kan transporteres til en akutmodtagelse/akutklinik uden væsentlig helbredsmæssig ulempe. Borgere, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan transportere sig selv til hospitalet i fx eget køretøj eller taxa, er således ikke berettiget til besøg. Dette gælder også for familier med syge børn.

Yderligere kan der gives besøg ved læge, såfremt der foreligger tungtvejende sociale og/eller etiske årsager, fx plejehjemsbeboere, borgere med særlige handicap eller borgere med særlige psykiske problemer, eller hvis der fx er tale om en enlig mor med børn eller ældre borgere uden mulighed for anden hjælp eller egen transport.

Kilde: "Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet" (Region Hovedstaden 2018).

Ledelsen af 1813 understreger, at der lægges stor vægt på at følge disse kriterier for anvendelse af hjemmebesøg. Som det fremgår af Tabel 3.3, s. 34, kan besøg ikke rekvireres af sygeplejersker uden forudgående aftale med en rådgivende læge på 1813.

4.3 Journalføring og dataadgang

I dette afsnit beskrives ordningernes journalsystemer og adgangen til øvrige patientdata, herunder vagtchefernes vurderinger af den nuværende adgang til patientdata.

Alle fire vagtlægeordninger bruger det samme journalsystem, MedWin, og alle har adgang til Fælles Medicinkort (FMK) og til vaccinationsregistret.

4.3.1 Region Nordjylland: Journalføring, it-system og øvrig adgang til patientdata

Region Nord anvender samme journalsystem som de øvrige fire lægevagter. Vagtinstruksen understreger væsentligheden af, at særligt de visiterende lægers notater skal være *"fyldestgørende og umiddelbart anvendelige"* for andre læger i vagt. Vagtchefen vurderer, at MedWin fungerer godt (dog at integrationen med FMK fungerer mindre hensigtsmæssigt og er svært tilgængelig).

Lægevagten har desuden mulighed for at slå patienter op via sundhed.dk, men det påpeges af sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland, at lægerne er meget tilbageholdende med at gøre det – bl.a. andet af juridiske grunde. Det kan ses, hvem der har tilgået informationerne, og hvis der er tale om en læge, som ikke har haft patienten i behandling under konsultation eller besøg, men kun via telefonkonsultation, mener man, at det er problematisk. Han påpeger, at der desuden er den udfordring, at det tager tid at slå patienter op – tid, som kunne være brugt på andre ydelser i lægevagten. Men på sigt påpeger han mulige fordele ved at have bedre og mere adgang til patientinformationer. Det påpeges, at mange nyudskrevne patienter har fået besked om at gå til egen læge, hvis der opstår problemer, og når det sker uden for dagtid, går de til vagtlægen. I den situation kunne det være relevant for vagtlægen at kunne tilgå et overblik i form af en handleplan eller epikrise, hvilket måske kunne spare en konsultation eller et besøg. Han påpeger dog samtidig, at ulempen ved yderligere dataadgang er, at det tager tid at slå op og navigere i andre systemer med oplysninger – og det vil påvirke antallet af patienter, som den visiterende læge kan håndtere, og dermed også indtjeningen i vagten.

Vagtchefen ønsker ikke, at lægevagten får adgang til patientjournaler, hverken i hospitalsregi eller hos egen læge. Han ser særligt udfordringer i forhold til, at adgangen til data kan være ansvarspådragende for lægerne. Desuden mener vagtchefen, at det ville påvirke fortrolighed og åbenhed i dialogen mellem patienter og praktiserende læger, hvis andre – fx vagtlæger – fik adgang til journaler i almen praksis. Dog mener vagtchefen, at et register med kroniske diagnoser kunne være relevant for vagtlæger, men at FMK indirekte giver en læge viden om, hvad patienterne fejler, herunder kroniske diagnoser.

4.3.2 Region Midtjylland: Journalføring, it-system og øvrig adgang til patientdata

Journalsystemet MedWin beskrives af vagtchefen som *"ikke svært forkromet"*, men driftssikkert med de funktioner og det indhold, der skal være – og ikke mere end det. Systemet beskrives som intuitivt og nemt at bruge, og det betyder, at nye læger i vagten kan anvende det efter en kort introduktion, hvilket ses som en fordel.

Ud over adgangen til FMK og vaccinationsregistret finder vagtchefen ikke yderligere adgang til fx praktiserende læges journaler eller sygehusjournaler relevant for arbejdet i lægevagten. Vagtchefen peger på, at *"står man med en sygehusjournal, så kommer det meget hurtigt til at gribe om sig, så man skal læse 20 sider for at kunne tage stilling til noget, og det er ikke det, vi er gearet til. Lægevagten er gearet til at kunne løse akutte problemstillinger i vagttiden – ikke til at lave en langtidsudredning, hvor vi er inde og kigge på alle de blodprøver, patienten har fået taget de sidste tre måneder"*. Lægevagts opgave er ifølge vagtchefen kort sagt at tage stilling til, om noget er så akut, at patienten skal på sygehuset; om det er noget, der kan vente til egen læge næste morgen, eller om det kan klares i lægevagten – med telefonisk rådgivning, i konsultation eller ved besøg.

4.3.3 Region Syddanmark: Journalføring, it-system og øvrig adgang til patientdata

I Region Syddanmark påpeger vagtchefen, at **journalsystemet** MedWin fungerer godt, og at lægevagten er tilfreds med systemet.

Vagtchefen beskriver, at det har været drøftet, hvorvidt yderligere adgang til patientdata er relevant i lægevagten, og vagtchefen ser både fordele og ulemper. Hospitalerne i regionen har udtrykt, at det er muligt for vagtlægerne rent teknisk at få adgang til hospitalernes systemer – med forbehold for det juridiske omkring adgang til sundhedsdata. Men det rejser en række spørgsmål, påpeger vagtchefen: Bliver det ansvarspådragende for vagtlægerne, at de får kendskab til oplysninger i andres systemer, som eventuelt kræver handling? Er den tid, det tager at slå patienter op, givet godt ud, og giver det reelt det ønskede overblik og de relevante informationer? Vagtchefen vurderer, at det vil være *"en tidsrøver af betydelig karakter"*, hvor man i lægevagten er vant til at forholde sig til den aktuelle situation hos patienten. Men vagtchefen peger også på, at der kan være situationer, hvor adgang til oplysninger i hospitalsjournaler kan være relevante i lægevagten.

4.3.4 Region Sjælland: Journalføring, it-system og øvrig adgang til patientdata

I Region Sjælland beskriver vagtchefen MedWin som *"et primitivt, gammelt system, men det fungerer til formålet, og er også så primitivt, at det er nemt at finde ud af"*.

Ud over adgangen til FMK og vaccinationsregisteret ønsker vagtchefen ikke adgang til hverken hospitals- eller praksisjournaler. FMK giver – indirekte via medicinlisten – et overblik over kroniske diagnoser, som kan være nyttige. Og problemet med adgang til fx sygehusjournaler er, at de *"ofte er kæmpestore og umulige at overskue"*, påpeger vagtchefen.

4.3.5 Region Hovedstaden: Journalføring, it-system og øvrig adgang til patientdata

Akuttelefonen 1813's it-system, Computer Assisted Dispatch (Logis CAD), er en udbygget og tilpasset version af det system, der anvendes på 112. Det betyder fx, at medarbejdere på 1813 kan stille en borger direkte om til 112 og samtidig gøre de oplysninger, som 1813 har fået, tilgængelige for 112 ved at skifte faneblad, så medarbejdere her kan arbejde direkte videre der, hvor 1813 slipper.

Ved opkald til Akuttelefonen 1813 eller 112 vises en liste over tidligere 1813-journaler samt en markering, såfremt der inden for 3 timer har været opkald til 112 fra samme cpr-nr. eller fra samme adresse. Adgangen til FMK er integreret i CAD, så det kræver ikke et særskilt login at tilgå denne.

I løbet af første halvdel af 2018 forventer 1813 at få læseadgang til sundhedsplatformen. Akuttelefonen 1813 understreger, at det i forbindelse med visitationsopgaven ikke handler om at få adgang til alle detaljer, men om at få et relevant overblik, bl.a. over CAVE, kroniske sygdomme og nylige indlæggelser.

4.4 Ledelse og koordination i vagttiden

I dette afsnit beskrives den løbende ledelse og koordination, der sker i hver vagt – herunder de særlige koordinerede funktioner, som findes i alle fem regioner. Desuden beskrives, hvorvidt der i forbindelse med koordination og ledelse i vagten anvendes gps eller andre systemer til lokalisering af kørende læger.

4.4.1 Region Nordjylland: Ledelse og koordination i vagten

I vagtinstruksen er **koordinationsvagtens** funktion beskrevet (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012). Koordinationsvagten (i praksis en visiterende læge i Aalborg) fungerer som vaggens leder og har til opgave at overvåge, at alle læger møder ind. En læge er i rådigheds-vagt, og koordinator kan ved sygdom eller forfald kalde rådighedsvagten ind. Ifølge vagtchefen er koordinationsvagtens primære funktion at sikre, at besøg afvikles hensigtsmæssigt. Koordinator kan ved behov omfordele besøg mellem distrikter og flytte lægeressourcer mellem funktioner (fx bede kørende eller konsultationslæger foretage visitation, hvis ventetiden bliver for lang, eller flytte visitationsvagter til konsultation). Ved mindre aktivitet end forventet kan koordinator også give læger fri inden vaggens ophør, hvilket ifølge vagtchefen sjældent sker.

Det er ligeledes koordinationsvagten, som **sygeplejerskerne** konfererer med, hvis der er tvivl i forbindelse med fordeling og prioritering af besøg blandt de kørende læger, og det er koordinators ansvar at overvåge fordelingen og afviklingen af besøg. Instruksen slår dog fast, at besøg afvikles i den rækkefølge, som den kørende læge skønner er mest hensigtsmæssig – både af hensyn til ruten såvel som af hensyn til eventuelt hastende besøg (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Ved kombinerede besøgs- og konsultationsvagter er det lægen selv, som vurderer, hvorvidt en konsultation mest hensigtsmæssigt kan aflægges som et besøg (fx hvis lægen er tættere på patientens bopæl end på konsultationen) (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Såvel koordinator som de øvrige visiterende læger kan se, hvor mange der venter i telefonkøen, men ikke hvor lang den aktuelle ventetid er. Sygeplejersker og koordinator kan se, hvor mange besøg der er sat til hvilken kørelæge, og dermed hvor mange der venter på besøg. De kan se, hvor kørende læger sidst har været, men ikke hvor de aktuelt befinder sig, idet der ikke er **gps-lokalisering** i lægevaggens biler.

4.4.2 Region Midtjylland: Ledelse og koordination i vagten

Alle visiterende læger har via deres it-system et aktuelt overblik over aktuel ventetid på telefonerne i visitationslokalerne.

En af de visiterende læger i hver vagt har rollen som **koordinator**. Koordinationsvagtens funktion er beskrevet i vagtinstruksen (Region Midtjylland, PLO Midtjylland, 2017). Koordinator fungerer som leder i sin vagt, og de øvrige læger i vagten har pligt til at følge koordinators anvisninger.

Det er koordinators opgave at overvåge, at alle møder ind og ved udeblivelse enten indkalde rådighedsvagt eller løse det på anden vis. Vagtchefen forklarer, at der i aftenvagt er flere i vagt, og derfor er der mere elastisk i forhold til at kunne klare fravær, mens rådighedsvagten oftere kaldes ind, hvis der er fravær i nattevagter, hvor der er færre i vagt. I ca. 10 % af døgnene indkaldes rådighedsvagten for en del af døgnnet, oplyser vagtchefen. Lægevagten afholder et koordinatorkursus, som ca. 100 læger har deltaget i.

Koordinator overvåger løbende besøg og afviklingen af dem, og hvis koordinator skønner, at der er opstået for lange ventetider, kan vedkommende ændre bemanningen og hidkalde assistance – enten fra konsultationerne eller fra de kørende læger. Ligeledes kan koordinator flytte visitationsvagter til konsultation eller besøg, hvis der er behov for det. Vagtchefen forklarer desuden, at det ikke er ualmindeligt, at nogle læger i løbet af vagten bliver sendt hjem inden vagtens skemasatte ophør, når det bliver roligt ud på aftenen.

Ud over den fleksibilitet, som koordinator kan skabe ved at flytte læger mellem funktioner og kalde rådighedsvagten ind, så er lægernes bemanning til en vis grænse også fleksibel i forhold til de skemasatte funktioner: Nogle vagter er skemasat som blandede køre-konsultationsvagter – dem der dækker distrikter med behandlersygeplejersker i akutklinikker. Ligeledes starter en del konsultationsvagter på de to visitationssteder med en times telefonvisitation fra kl. 16:00-17:00, inden konsultationsvagterne går i konsultation – dette fordi der er pres på telefonerne fra kl. 16:00, mens der først er patienter i konsultationerne omkring kl. 17:00. Noget af fleksibiliteten er således indbygget i skemalægningen, mens anden fleksibilitet skabes ad hoc via de muligheder, som koordinatoren har.

I kørselsudbudsmaterialet har Region Midtjylland stillet krav om, at *"Bilerne skal være udstyret med opdateret **gps**-system. Region Midtjylland skal have adgang til data fra gps-systemet"*. Der er således gps-lokalisering i de biler, som køres af vognmænd, og regionen kan efter behov efterspørge denne data hos vognmændene. Men da lægerne i Region Midtjylland også har mulighed for at køre i egen bil, er der ikke gps-lokalisering i alle biler. Desuden kan regionens kontaktperson oplyse, at der ikke de seneste 3 år (minimum) har været efterspurgt gps-data fra regionens side.

Region Midtjylland oplyser, at det har været drøftet med lægevagten, om de kunne investere i gps-trackere til de mobile pc'er, således at den koordinerende vagtlæge kan følge lægerne på et elektronisk kort, hvilket de i dag ikke har mulighed for. Der er dog kun tale om drøftelser, og der er endnu ikke truffet nogen afgørelse i sagen.

4.4.3 Region Syddanmark: Ledelse og koordination i vagten

I vagtinstruksen er beskrevet en **ansvarshavende visitator**, der også er visitator, og som i samarbejde med **vagtsekretariatet** sikrer, at alle er mødt (PLO i Region Syddanmark, 2014). Det er vagtsekretariatet, som forestår de logistiske opgaver omkring fordeling af konsultationer og besøg i vagten. Vagtsekretariatets rolle er nærmere beskrevet i afsnit 3.4.3.

Det er ikke læger i rådighedsvagt, som kan kaldes ind ved akut opstået sygdom eller pludseligt forfald af andre årsager. Det er ansvarshavende koordinator, som i tilfælde af manglende fremmøde har ansvaret for at omstrukturere bedst muligt. Det er ligeledes ansvarshavende, som har kompetencen til at træffe beslutninger, der sikrer, at vagten afvikles hensigtsmæssigt, herunder er det ansvarshavende eller vagtsekretariatet, som skal godkende det, hvis der under vagten sker en udtynding – at nogen går hjem før tid som følge af lav aktivitet.

Der har tidligere været installeret **gps-lokalisering** i lægevagts biler, så det var muligt at se, hvor bilerne befandt sig, men vagtchefen beskriver, at der var udfordringer med systemet i form af udfald mv. Så man besluttede, at det ikke var væsentligt, og at vagtsekretariatet via informationer om afviklede besøg og nye besøg på listen havde information nok om lægernes position til at kunne løse deres opgaver omkring planlægning af ruter og tildeling af besøg til de kørende læger. Derfor er der i dag ikke gps-lokalisering i bilerne.

4.4.4 Region Sjælland: Ledelse og koordination i vagten

I hver vagt findes en visitator, som også er **koordinator**. Vedkommende sørger for at sikre bemandingen, kan indkalde de to standby-vagter ved behov og overvåger fordelingen af besøg og konsultationer samt ventetider. Via skærme er alle visiterende læger fuldt orienteret om aktuell ventetid og antal ventende patienter i telefonkøen. De kan også se, hvor mange borgere der er sat til i de enkelte konsultationer, og hvor mange der venter hvert sted, og det samme gælder for de kørende lægers belastning, når der visiteres til besøg. Besøg og konsultationer fordeles automatisk til et bestemt område på baggrund af postnummer, og det er koordinators opgave at flytte belastningen i det omfang, der er behov for det – andre kan og må ikke flytte aktivitet. Koordinator skal tilstræbe, at ventetiden ikke overstiger 3 timer fra besøget er visiteret, jf. servicemål.

Inden for hvert distrikt er det den kørende læge, som afgør rækkefølgen af egne besøg ud fra hensynet til rationel planlægning af ruten og eventuelt hastende besøg, idet det af visitators information skal fremgå, om besøg er hastende. Ligeledes kan konsultationslægerne selv vurdere, hvilken rækkefølge patienterne skal tilses i – uagtet hvilken rækkefølge de er tildelt tid i.

Der anvendes ikke **gps** til at lokalisere bilerne, men der findes en kortfunktion, hvor det er muligt at se, hvor sidste besøg er aflagt, og hvor kørende læge er på vej hen. I 2007 var det intentionen at indføre gps-lokalisering i lægevagts biler: *"Som en obligatorisk ordning transporteres alle besøgs-læger med vognmand i egnede biler, som udstyres med gps m.v."* (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007a). Og i 2015 gennemførte man et testprojekt: *"Projekt gps-positionering og gps-smartphone kommunikation"* i den kørende lægevagt. Formålet var at undersøge mulighederne for at benytte gps-smartphone kommunikation i lægevagtsbiler, således at en lægevagtsbil med hjertestarter kunne deltage i genoplivning i forbindelse med hjertestop: En lægevagtsbil med hjertestarter kunne af Alarmcentralen søges visiteret til at deltage i den basale primære genoplivning i forbindelse med hjertestop, hvis lægevagtsbilen kunne være fremme ved patienten inden for 10 minutter og mindst 5 minutter før nærmeste præhospital enhed (ambulance, akutbil eller nødbehandlerenhed). Forsøget kørte i et halvt år, men det viste sig, at der i forsøgsperioden ikke var et eneste opkald fra AMK til lægevagten, hvorfor projektet ifølge den regionale kontaktperson ikke blev videreført.

4.4.5 Region Hovedstaden: Ledelse og koordination i vagten

Alle visiterende medarbejdere – læger og sygeplejersker – har via deres it-system et overblik over aktuell ventetid på telefonerne, hvor mange patienter der venter i telefonkø, samt ledige tider på de forskellige hospitalsmatrikler (AMAK).

Der er altid en **vagtleder** på vagt. Vagtlederne udgøres af en mindre gruppe sygeplejersker, som har særlige opgaver og kompetencer ud over kompetencer som sygeplejefaglig visitator. Vagtleders opgaver er at fordele besøg på lægebilerne. Derudover har vagtleder et særligt ansvar for koordination af den samlede drift. Ved behov er det også vagtlederen, som kan justere antallet af læger, der kører, og antallet der tager telefoner (visiterer), men der er dog sjældent behov for at ændre fordelingen af ressourcerne, oplyser Akuttefonen 1813.

Vagtleder kan via **gps**-lokalisering se, hvor de kørende læger befinder sig, mens medarbejdere på 112, der sidder i samme lokale som vagtleder og resten af 1813, har det fulde overblik over, hvor alle akutberedskabets køretøjer, inkl. ambulancer, befinder sig.

Ud over vagtleder findes altid to **rådgivende læger** til stede i vagttiden. De rådgiver de sygeplejersker, der fungerer som sundhedsfaglige visitatorer, og foretager visitation til besøg (hvilket kræver lægelig beslutning). Desuden håndterer de rådgivende læger de laboratoriesvar på prøver taget i dagtiden i almen praksis, som det vurderes ikke kan vente til dagen efter i almen praksis. Ud over disse opgaver tager de to rådgivende læger også opkald fra indringere.

4.5 Kommunikation mellem aktører og sektorer

I dette afsnit beskrives, hvordan kommunikationen mellem aktører og sektorer foregår i vagten både internt mellem funktioner i lægevagten og Akuttefonen 1813 og med aktører i andre sektorer.

4.5.1 Region Nordjylland: Kommunikation mellem aktører og sektorer

Den visiterende læges notat går elektronisk videre til kørende læge eller konsultationslæge – alt efter, hvad patienten er visiteret til. Vagtinstruksen beskriver, at det er konsultationslægen, som anvender notatet til at bestemme den rækkefølge, som patienterne skal tilses i. Hvis en visitator ønsker, at en patient skal tilses øjeblikkeligt efter ankomst i konsultationen, skal visitator informere konsultationslægen om dette (Praksisudvalget i PLO-Nordjylland, Region Nordjylland, 2012).

Ved **indlæggelse ringer** vagtlægen til hospitalets centrale visitation. Sekretariatschefen i Lægeforeningen Nordjylland påpeger dog, at der både er en medicinsk og en kirurgisk central visitation, at nogle medicinske områder (fx kardiologi og børneområdet) ligger uden for den centrale medicinske visitation, og forskellige specialer behandles på forskellige sygehusematrikler – og at det således er en opgave for lægevagten at navigere i dette system.

Vagtlægerne kan afkrydse i MedWin, hvis de ønsker at modtage kopi af **epikriser** på patienter, de har indlagt. Vagtchefen oplyser dog, at der er store tekniske udfordringer med dette i praksis, men at han finder det relevant, at vagtlæger har mulighed for at få epikriser, fordi det kan give læring.

Kontakt til **kommunernes hjemmesygepleje** og akutfunktioner kræver også telefonisk kontakt, ifølge vagtchefen. Lægevagten oplever dog, at dette er tidkrævende og kompliceret. Både fordi det er svært at få fat i de rigtige telefonnumre til de enkelte kommuner, og fordi hver kommune kan have 4-5 distrikter, som ikke har samme indgang. Vagtchefen oplever det således: *"Hvis man sidder i Farsø og har vagt, og en borger ringer fra Frederikshavn, så er det meget svært lige at finde ud af, hvordan man får fat på en sygeplejerske i Frederikshavn. Derfor er der brug for ét nummer til kommunale indgange i vagten"*. Lægevagten har således et ønske om én direkte indgang for lægevagten til de kommunale akutsygeplejefunktioner i regionen – på linje med den enstrengede indgang, som kommuner og borgere har til lægevagten i regionen på tværs af matrikler. Vagtchefen vurderer, at det i dag ofte tager for lang tid for den visiterende læge af forsøge at finde frem til den relevante

kommunale (akut)sygepleje, som måske kunne have afværget en konsultation eller et besøg, og derfor vurderer han, at det fravælges i et vist omfang, idet lægen i stedet prioriterer at tage flere visitationer. Vagtchefen har derfor et ønske om et mere enstrengt og tættere samarbejde mellem lægevagten og de kommunale akutfunktioner i vagttiden. Han vurderer, at de kommunale (akut)sygeplejefunktioner kan være en relevant fremskudt enhed, som lægevagten kan kontakte med henblik på at få en (akut)sygeplejerske ud og vurdere, om borgeren bør ses af en læge, eller om det er noget, der kan håndteres i kommunalt regi eller i almen praksis dagen efter.

Alle vagtlægenes notater sendes til **egen læge**, både vedrørende visitation, besøg og konsultation.

4.5.2 Region Midtjylland: Kommunikation mellem aktører og sektorer

Kommunikation fra visitator til besøgs- og konsultationslæger om konsultationer og besøg sker elektronisk. Vagtchefen forklarer, at formen på visitationsnotater er individuel, og at det er det samme, lægerne gør i dagtiden, når de fører journaler, bortset fra at deres notater i dagtiden ofte kun læses af dem selv eller deres kompagnoner. I vagten er det en læge, de ikke kender, som skal tage besøget eller konsultationen på baggrund af deres visitationsnotat. Derfor er det et område, som *"vi hundser lidt med"*, som vagtchefen udtrykker det. Med det mener han, at det er vigtigt, at visitationsnotaterne gøre rede for, *hvorfor* en patient skal ses i en konsultation eller på et besøg, og ikke blot *at* de skal ses.

Tilkald af **ambulance** sker telefonisk direkte til den regionale vagtcentral.

Ved **indlæggelse** sendes en elektronisk henvisning via lægevagtsystemet, og lægen ringer og melder patienten til visitationen på det sygehus, som patienten hører til, og aftaler med dem, hvilken sygehusafdeling patienten skal indlægges på. Bagefter skal lægen kontakte AMK for at lave en aftale om transporten, hvis det er nødvendigt. Den samme procedure gælder også, hvis en læge sidder i en lægevagtskonsultation og skal have taget fx røntgen.

Ved behov for **kommunal kontakt** skal vagtlægerne ringe. Vagtchefen oplever, at der de seneste år er kommet flere akutteams og sygeplejersker, som kan køre ud og fx tage prøver eller måle værdier. Et eksempel er sygeplejersker, som vagtlægen beder om at køre ud til en borger for at tage blodprøver eller anden paraklinik eller måle værdier og herefter give lægevagten besked. Vagtchefen oplever, at lægevagten generelt kan få (akut)sygeplejersker i kommunerne til at tage paraklinik og måle værdier, omend der er stor variation kommunerne imellem. Men det er vagtchefens indtryk, at området er under kraftig udbygning, og at det fungerer bedre og bedre.

Egen læge modtager elektronisk alle vagtlægenes journalnotater vedrørende deres patienter.

Tilsendelse af **epikriser** til indlæggende vagtlæger har haltet rigtig meget, ifølge vagtchefen. Han forklarer, at når vagtlæger laver en henvisning til indlæggelse, så skal de sætte et flueben, hvis de ønsker epikrisen. Men der har været det problem, at vagtydnumre ikke havde et lokationsnummer, som epikriser kunne sendes til. Og mange af de yngre almene medicinere og uddannelseslæger, som netop kan have god brug for epikriser i læringsøjemed, har vagtydnumre. Nu er der fundet en teknisk løsning, hvor epikriserne lægges ind på en lukket hjemmeside, som kun lægerne i vagten har adgang til. Det fungerer dog stadig ikke helt optimalt ifølge vagtchefen, men der arbejdes på at finde tekniske løsninger på udfordringerne.

Desuden oplever vagtchefen, at der har været udfordringer med at få udarbejdet epikriser til indlæggende læge. Hertil kommer, at mange patienter indlægges på en akutafdeling og er der kort tid, hvilket betyder, at den epikrise, som indlæggende læge får, ofte blot lyder *"indlagt af vagtlæge for 'det og det', overflyttes til 'den og den' afdeling"*, plus en medicinliste. Det er ikke relevant set i et

læringsperspektiv – og gælder både epikriser på patienter indlagt i dagtid såvel som i vagttid. Det væsentligste i et læringsperspektiv er, at epikriserne forholder sig til den problemstilling, patienten er indlagt for, så indlæggende læge kan se, om hun har vurderede korrekt. Vagtchefen peger på, at disse udfordringer er bragt op, og at der arbejdes på at løse dem.

4.5.3 Region Syddanmark: Kommunikation mellem aktører og sektorer

Visiterende læge skriver et visitationsnotat. Ved behov for konsultation eller besøg indeholder det visiterende læges vurdering af, hvorfor der er behov for en kontakt, samt yderligere relevant information til den modtagende læge. Desuden lægger den visiterende læge en besked ind i det elektroniske system, som vagtsekretæren ser, og hun lægger det efterfølgende ud på den relevante læges computer. De kørende læger tager besøg/konsultationer i den rækkefølge, der er angivet fra sekretariatet. Det er således vagtsekretariatet, som er det *"logistiske mellemlid"* i Region Syddanmark, ifølge vagtchefen.

Ved ønske om **indlæggelse** ringer lægen altid selv og sender indlæggelsesnotatet elektronisk til afdelingen. Lægerne ringer for at få en dialog med afdelingen – det kan være såvel sygeplejersker som læger, denne dialog foregår med. Formålet er at få en dialog om indlæggelse, og som vagtchefen beskriver det, så opleves det *"ikke sjældent, at modtagende afdeling ikke er af samme opfattelse som os"*. Undtagelser er fx akutte hjertepatienter, hvor lægevagten rekvirerer en **ambulance** direkte.

Efter indlæggelse modtager vagtlægerne i nogen tilfælde **epikriser**, men vagtchefen oplever store udfordringer med dette. Såvel hospitalssektor som lægevagt finder det relevant, men det har vist sig meget vanskeligt at få det til at fungere i praksis, selvom der har været arbejdet med det i alle årene, ifølge vagtchefen. Lægevagten ønsker muligheden for at få epikriser tilsendt, fordi vagtchefen vurderer, at der er et stort læringspotentiale i det for indlæggende læger. De første udfordringer var af juridisk karakter og omhandlede, hvorvidt det var tilladt at indlæggende læge – og ikke kun egen læge – fik tilsendt epikriser. Denne udfordring er afklaret, og det er gjort teknisk muligt, men det fungerer ikke i praksis, oplever vagtchefen. Han henviser til tekniske udfordringer med den arbejdsgang, der skal til, som kræver, at såvel indlæggende læge som hospitalets ansatte skal gøre noget bestemt, for at det virker. Og det gør det sjældent, vurderer vagtchefen. Men han understreger, at udfordringerne er tekniske/logistiske. Det er ikke juridiske problemer eller uvilje mod det.

Alle vagtlægernes notater sendes til **egen læge**, både vedrørende visitation, besøg og konsultation.

4.5.4 Region Sjælland: Kommunikation mellem aktører og sektorer

Den visiterende læges notat går elektronisk videre til konsultations- eller besøglæge. Det er helt op til den enkelte visiterende læge at vurdere, hvad der skrives i notatet, idet lægevagten har valgt ikke at have en fast skabelon for, hvad der skal stå.

Ved **indlæggelse** ringer vagtlægen til den relevante akutafdeling eller vagthavende læge, og ved behov for kontakt til **hjemmeplejen** kræves også telefonisk kontakt. Også i Region Sjælland har vagtchefen som følge af nye kommunale akutfunktioner fra 2018 ønske og forhåbninger om *"en helt anden mulighed for samarbejde med kommunerne"*.

Alle notater fra vagtlæger sendes elektronisk videre til **egen læge**.

I forhold til **epikriser** til vagtlægerne berettes om den samme type tekniske/procesmæssige udfordringer som i andre regioner: Systemet, der skal sikre, at en vagtlæge – efter indhentning af samtykke fra en patient – kan få epikrisen tilsendt efterfølgende, fungerer ikke, ifølge vagtchefen. Men

der arbejdes på sagen, og der er lovning på, at det vil komme til at køre korrekt. Vagtchefen finder det vigtigt i uddannelsesøjemed, at særligt yngre læger kan få epikriser tilsendt. Og hvis det nuværende system kom til at fungere i praksis, ville det løse behovet, vurderer han.

4.5.5 Region Hovedstaden: Kommunikation mellem aktører og sektorer

Når der visiteres fra 1813 til et af **de tre spor i AMAK**, sendes en elektronisk henvisning fra Logis CAD til hospitalernes it-system, Sundhedsplatformen. Derudover medsendes oplysninger om borgerens placering i køen og 1813's journalnotater.

Akuttelefonen 1813 oplyser, at der ved ydelse af lægelig telefonkonsultation automatisk sendes journalnotat fra Akuttelefonen 1813 til **egen læge**. Journalnotatet sendes som MedCom korrespondancemeddelelse. Ifølge gældende lovgivning sker dette uden samtykke fra borgeren.

Akuttelefonen 1813 oplyser desuden, at hvis sygeplejerskerne på 1813 vurderer, at et journalnotat er relevant for egen læge, og patienten giver samtykke, sendes journalnotatet på samme vis til egen læge. I henhold til gældende lovgivning kan sygeplejerskerne dog, hvis de vurderer, at det er nødvendigt af hensyn til patientsikkerheden i et aktuelt behandlingsforløb, sende journalnotatet til egen læge uden patientens samtykke, oplyser ledelsen af Akuttelefonen 1813.

Ved **indlæggelse** – enten direkte fra 1813 eller i forbindelse med besøg – ringer indlæggende læge til hospitalets centrale visitation.

Ved **besøg** har lægen adgang til Logis CAD og lægen kan se aktuelt journalnotat fra 1813, 112 samt tidligere kontakter. Hvad der skrives i Logis CAD, kan ses af alle i akutberedskabet samtidig.

Hverken læger eller sygeplejersker på 1813 modtager som standard **epikriser** eller anden **feedback** fra hospitalerne i forbindelse med indlæggelse. Ledelsen på 1813 oplever dog, at der nogle gange er medarbejdere, som har et fagligt ønske om at følge et forløb og vide, hvad der videre skete, typisk hvis de har stået med en patient, der har været tvivl om. Hvis en patient visiteres til AMAK, kan medarbejderne selv slå op og se, om patienten er blevet indlagt. Og hvis de har rekvireret en kørsel A (udrykning), kan de også se, om det har været en kørsel A, når ambulancen kørte derfra. Der holdes løbende øje med dette på aggregeret niveau – altså hvorvidt patienternes faktiske tilstand afviger fra den melding, der er afgivet – og det stemmer i 90 % af tilfældene. Og i de 10 % af kørslerne (som er rekvireret primært via 112, men også via 1813), kan patientforløbene gennemgås manuelt. Dette sker ugentligt, men også i forbindelse med audit. Ledelsen af 1813 ser dog et læringspotentiale i en mere systematisk tilbagemelding til alle personalegrupper, både læger og sygeplejersker, efter indlæggelse/rekvirering af kørsel. Når det ikke sker i dag, peges der primært på juridiske grænser for adgang til og deling af sundhedsdata.

4.6 Handlemuligheder i lægevagten og Akuttelefonen 1813

I dette afsnit beskrives først fællestræk i de handlemuligheder, der findes i de forskellige ordninger. Dernæst beskrives regionale handlemuligheder, herunder vagtchefernes/ledelsen af 1813's vurdering af de nuværende handlemuligheder i ordningerne.

I alle fem regioner kan visitator visitere til **besøg** eller **konsultation** (i Region Hovedstaden ambulans kontakt i AMAK/børnemodtagelse). Derudover kan visitator **indlægge** eller henvise til **skadestue/akutmodtagelse, akutklinik/skadesklinik**.

På **besøg** medbringer lægerne egen lægetaske og kan foretage det, som af flere beskrives som en *"almindelig klinisk undersøgelse"*.

I varierende grad kan lægevagten og Akuttefonen 1813 gennemføre en række **undersøgelser** i forbindelse med konsultation og/eller besøg. I nedenstående Tabel 4.1 ses en oversigt over typer af undersøgelser, som kan gennemføres af lægevagten eller Akuttefonen 1813.

Der skal gøres opmærksom på, at Region Midtjylland og PLO har indgået en § 2-aftale, som betyder, at der anvendes andre ydelseskoder som følge af aftale om lavere honorartakster for seks af laborietestene (Region Midtjylland, 2013). Herudover skal det bemærkes, at de undersøgelser, som Akuttefonen 1813 kan gennemføre, alene er knyttet til besøg hos patienten, idet der ikke gennemføres konsultationer i regi af 1813. For de øvrige regioner er det ikke systematisk oplyst, om undersøgelserne kun gives i konsultation eller også i forbindelse med besøg.

Tabel 4.1 Typer undersøgelser, som lægevagten henholdsvis Akuttefonen 1813 kan foretage med de til rådighed værende utensilier henholdsvis kan rekvirere i 2016

Undersøgelsestype	Ydelses- kode	Region				
		Nord- jylland	Midt- jylland	Syd- danmark	Sjæl- land	Hoved- staden [#]
Vagtlægekonsultation og/eller besøg						
Urinundersøgelse ved stix	7101	+	++	+	+	+
B-hæmoglobin (fotometer)	7108	+	++	+++	+	+
Svælg-streptokok antigen	7109	+	++	+	+	-
C-reaktivt protein (CRP)	7120	+	++	+	-	-
B glukose, fotometer	7136	+	++	+++	+	+
Elektrokardiografi, inkl. præcordialafledninger	7156	+	++	+++	-	-
Svangerskabereaktion, urinchoriondonatotropin	7175	+	+	+	+	-
Lungefunktionsundersøgelse (peak flow)	7183	+	+	-	+	-
Henvi sning - direkte til sygehus						
Røntgen		++	++	+++	--	--

Anm.: # Kun i forbindelse med besøg, idet alle øvrige kontakter foregår som hospitalsaktivitet.

Note: + Kan foretages.

++ Kan rekvireres.

+++ Skeletrøntgen kan rekvireres (foretages dog kun i Odense og Aabenraa).

- Kan ikke foretages, da der ikke er de fornødne utensilier hertil.

-- Kan ikke rekvireres.

++ Anvender en anden ydelseskode og får en lavere honorering for pågældende ydelser (Region Midtjylland, 2013).

+++ Kan foretages i Kolding, Vejle, Esbjerg, Aabenraa og Odense.

+++ Kan kun foretages i Odense.

Kilde: Vagtcheferne i henholdsvis Region Syddanmark og Region Sjælland. Regionalt leverede data fra Region Midtjylland henholdsvis Region Hovedstaden. Sekretariatet i Lægeforeningen Nordjylland har verificeret data for Region Nordjylland.

Det fremgår af Tabel 4.1, at der er et stort sammenfald i de undersøgelser, der kan foretages af de fire vagtlægeordninger. I Region Hovedstaden har lægerne mulighed for at foretage tre af de otte anførte undersøgelser ved besøg hos patienter. Dog skal det bemærkes, at ved ambulante kontakter i Region Hovedstaden (som altid sker på et hospital) kan alle undersøgelser udføres.

I lægevagterne har lægerne i nogle tilfælde mulighed for at henvise patienterne direkte til undersøgelse på hospital. I Region Nordjylland og Region Midtjylland er det således muligt for vagtlægerne at henvise til røntgen, mens det i Region Syddanmark alene er muligt at henvise til skeletrøntgen (jf. Tabel 4.1).

Nedenfor beskrives øvrige handlemuligheder i de respektive regioner.

4.6.1 Region Nordjylland: Handlemuligheder i lægevagten

Som tidligere beskrevet har lægevagten i Region Nordjylland et ønske om en bedre og mere direkte kommunikation med den **kommunale (akut)sygepleje**, og at det bliver en mere integreret og benyttet handlemulighed i lægevagten.

Vagtchefen vurderer, at der generelt ikke er behov for flere diagnostiske muligheder i vagten. Dog vurderer han, at adgangen til røntgenbeskrivelser kunne forbedres: I konsultationerne på de matrikler, hvor der er skadestue, er der mulighed for at få taget **røntgen**. Men efter røntgen går patienterne til skadestuen for at få svar. En hurtigere og bedre mulighed for at få røntgensvar i lægevagten ville gøre det muligt at afslutte flere afkræftede mistanker om fraktur direkte fra lægevagten.

4.6.2 Region Midtjylland: Handlemuligheder i lægevagten

Ved visitation kan visitator anmode den kørende læge eller konsultationslægen om et **hastebesøg** ved at ringe direkte til vedkommende. Også konsultations- og kørelæger kan på baggrund af fagligt skøn ændre rækkefølgen af de patienter, der er i kø til dem.

Med afsæt i akutaftalen kan lægevagten også henvise borgere til diverse **laboratorieydelser** (jf. Tabel 4.1) eller **røntgen**, i nogle tilfælde via sygeplejerskerne i lægevagten. Åbenlyse brud visiteres direkte til skadestuen. Ved mistanke om brud ses patienterne i lægevagten, som kan henvise direkte til røntgen. Det er dog ikke muligt at få en røntgenbeskrivelse med det samme, og derfor henvises patienterne til at gå i skadestuen og få svar, fordi skadesvagterne har større rutine end vagtlæger i at se på billeder, forklarer vagtchefen. Dog håber han, at der findes en løsning, så der kan laves røntgenbeskrivelser hurtigt, som kan gå direkte tilbage til lægevagten, der så ville kunne få bandageret alle dem, som ikke har brækket noget – og nøjes med at sende dem i skadestuen, der har brækket noget. Helt generelt oplever vagtchefen, at samarbejdet med akutaftaler og -klinikker efter seks år med akutaftalen er godt og velfungerende. Ud over et ønske om hurtige røntgenbeskrivelser til lægevagten har vagtchefen ikke andre ønsker til flere handlemuligheder i vagten.

Spørgsmålet om, hvilke handlemuligheder der er relevante i vagten, hænger sammen med synet på, hvad lægevagten er, og dermed også hvad opgaven er. Vagtchefen peger på, at det er et spørgsmål, om man ser lægevagten som en integreret del af et akutsystem eller som "vikar" for almen praksis i dagtiden og skal kunne det samme som i dagtiden. Region Midtjylland er den lægevagtsregion, som via den regionale akutaftale har mest samarbejde og integration mellem akutområdet i hospitalsregi og lægevagten. Men hvor grænsen for lægevagts virke skal gå, og hvad lægevagten grundlæggende set skal være, findes der forskellige perspektiver på.

4.6.3 Region Syddanmark: Handlemuligheder i lægevagten

Der er i varierende grad etableret samarbejde med FAM'er og skadestuer om **røntgen** og **laboratorieydelser** i lægevagten, mest udbygget i Odense.

Lægevagten har mulighed for at kontakte hjemmeplejen i alle **kommuner**, og vagtchefen beskriver samarbejdet som fint.

Under **besøg** beskriver vagtchefen, at det er lidt forskelligt, hvad lægerne medbringer, men at de grundlæggende kan foretage en almen klinisk undersøgelse – dog kan de ikke tage blodprøver.

I **konsultationerne** på de matrikler, hvor der er skadestue, er der mulighed for at få taget røntgen, som muliggør, at patienter uden fraktur kan afsluttes direkte fra lægevagten, ligesom mulighederne for laboratoriedelser på nogle matrikler – fx måling af D-dimer¹⁴ i Odense – muliggør afslutning af nogle patienter direkte fra lægevagten.

Vagtchefen peger på, at flere og mere ensartede muligheder for diagnostik på tværs af matrikler i samarbejde med hospitalerne i regionen ville muliggøre afslutning af flere patienter direkte fra lægevagten. For eksempel ønskes ved alle konsultationssteder mulighed for EKG, røntgen og D-dimer, hvilket blot er eksempler, påpeger vagtchefen.

4.6.4 Region Sjælland: Handlemuligheder i lægevagten

Ifølge vagtaftalen tilbydes **besøg** til de patienter, *"... der på grund af sygdommens karakter ikke på forsvarlig måde kan transporteres til en vagtkonsultation"*. Dog tilstræbes ydelserne i nattevagten så vidt muligt gennemført som besøg, ifølge vagtinstruksen.

Vagtchefen beskriver, at PLO Sjælland har valgt, at de **diagnostiske muligheder** i vagttiden bør være de samme som i dagtiden, idet lægevagten er etableret som almen praksis tilbud uden for åbningstiden. Med den begrundelse finder vagtchefen det heller ikke relevant, at lægevagten fx skal kunne henvise direkte til røntgen eller tage blodprøver, hvilket ikke er muligt i Region Sjælland. Lægevagten kan ifølge vagtchefen gøre det samme som i dagtiden: stixe urin, måle blodsukker og blodprocent, foretage graviditetstest og halspodning samt sy ved mindre skader. I lægevagten biler findes desuden hjertestartere og ilt. I konsultationer beliggende på regionens hospitaler forefindes de samme muligheder, mens det i varierende omfang også gælder for konsultationer beliggende uden for regionens hospitaler.

Vagtchefen udtrykker tilfredshed med de nuværende handlemuligheder i vagten. Hans perspektiv på handlemulighederne udspringer af hans vurdering af lægevagten's rolle – både set i forhold til almen praksis i dagtiden såvel som i relation til hospitalernes akutfunktioner:

"Vi skal ikke have et tilbud, der er bedre end det, vi har i dagtiden. Det er ikke det, der er meningen med lægevagten. Vi skal ikke til at udrede patienter i lægevagten, det vil tage alt for lang tid. Hvis vi skal have taget blodprøver eller røntgen, så henviser vi til akutafdelingen, og så er det dem, der overtager. Vi har selv valgt de diagnostiske muligheder, vi har i dag, og vi er godt tilfredse med dem".

Vagtchefen vurderer desuden, at der er meget begrænsede muligheder for at afslutte flere patienter ved at inkludere flere diagnostiske muligheder i lægevagten.

Vagtaftalen understreger væsentligheden af at sikre et velfungerende **samarbejde mellem vagt-lægeordningen og skadepoliklinikkerne** i regionen:

"Der er enighed mellem parterne om, at lægevagten skal arbejde tæt sammen med regionens skadestuer og skadepoliklinikker, således at lægevagten i de yderområder, hvor regionen har placeret skadepoliklinikker, skal samarbejde med klinikkerne på en måde, der gør, at borgerne oplever et sammenhængende og servicebaseret akuttilbud i regionen". (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007a)

Visitation til skader sker gennem regionens døgndækkende **akuttelefon**. Ved mistanke om brud eller ved større skader sender lægevagten en elektronisk henvisning til ambulant undersøgelse på

¹⁴ En blodprøve, der anvendes i forbindelse med diagnostik af blodpropper.

relevante akutafdeling, som tager stilling til det videre forløb, fx behov for røntgen eller anden diagnostik, idet lægevagten ikke kan henvise direkte til røntgen. Hvis lægevagten – enten ved visitation, konsultation eller besøg – vurderer, at der er behov for, at patienten skal ses i skadesklinik, beder lægevagten patienten ringe til akuttelefonen, fordi lægevagten ikke kan give patienter en tid til skadesbehandling – det kan kun akuttelefonen. Ligeledes oplever lægevagten, at hvis skadesklinikkerne har nogen, de mener, at lægevagten skal tage sig af, så beder de borgerne ringe til lægevagten. Vagtchefen oplever dog meget få krydshenvisninger og peger på, at samarbejdet er velfungerende.

Samarbejdet med det øvrige **sygehusvæsen** opleves af vagtchefen som velfungerende, dog opleves samarbejdet med den akutte **psykiatri** som ”tungt”, ligesom samarbejdet med de **kommunale hjemmeplejere** opleves som ”ualmindeligt tungt i visse kommuner”. Vagtchefen oplever særligt, at det afhænger af, hvem fra kommunerne der har kontakten til vagtlægerne, og han fremhæver enkeltkommuner, hvor vagtlægerne oplever, at det er ”fagligt kompetente sygeplejersker”, der har kontakten til lægevagten. Omvendt opleves det som tungt i de kommuner, hvor kontakten går gennem social- og sundhedsuddannede medarbejdere. Han understreger, at samarbejdet er bedre i dagtiden, hvor der ofte er flere sygeplejersker på arbejde.

4.6.5 Region Hovedstaden: Handlemuligheder i Akuttelefonen 1813

Akuttelefonen 1813 har følgende responsmuligheder (i parentes er tilføjet procentfordelingen for 2017 på de forskellige responstyper):

- Rådgivning om **egenomsorg** (20 %).
- Opfordring til at henvende sig til **egen læge** i normal åbningstid (20 %).
- Udstedelse af **recept** (kun læger) (2 %).
- Visitation til **lægebesøg i hjemmet** (2 %).
- Henvisning til **akutmodtagelse/akutklinik** eller til **børnemodtagelse** (39 %). (Heraf er de 33 % henvist til behandlersporene skade eller sygdom og de 6 % henvist til vurderingsspor).
- Henvisning til **indlæggelse** (7 %).
- Henvisning til **psykiatrisk telefonvisitation** eller **psykiatrisk akutberedskab** (psykiatrisk udrykningstjeneste) (0 %).
- Henvisning til **tandlægevagt** (ikke oplyst).
- Henvisning til **speciallæge** (1 %).
- **Andet** (bl.a. kommunale ordninger, herunder sundhedspleje, politi, ambulance/akutlægebil samt borgere, der har ringet forkert og ikke har behov for sundhedsfaglig vejledning) (8 % i alt. Akuttelefonen 1813 oplyser desuden, at i ca. 3 % af alle opkald til Akuttelefonen 1813 blev der rekvireret en ambulance).

Note: Vær opmærksom på, at opgørelsen viser fordelingen på responstyper for alle opkald, også dagtid.

Kilde: Procentfordelingerne kommer fra Den Præhospitale Virksomhed, Region Hovedstaden.

Som det fremgår ovenfor, henvises den største gruppe til AMAK til enten behandler- eller vurderingsspor (39 % i alt i 2017), mens 20 % henvises til at søge egen læge i dagtiden, og atter 20 % afsluttes til egenomsorg.

Akuttelefonen 1813 efterlyser ikke yderligere handlemuligheder, dog ser man også her et stort potentiale i et tættere og mere integreret samarbejde med de **kommunale akutfunktioner** i hjemme-sygeplejen, som er under udbygning i disse år. Akuttelefonen 1813 oplever, at der siden etableringen er kommet et væsentligt tættere og mere velfungerende samarbejde med de kommunale sygeplejersker, men at der fortsat er et stort potentiale i at udbygge samarbejdet yderligere. Både i forhold til at kunne foretage diverse målinger i hjemmet, herunder blodprøver, og foretage procedurer som fx kateterskift eller give intravenøs injektion i hjemmet, og i forhold til at kunne sikre løbende observation og udføre sundhedsfaglige opgaver, som kræver mere tilstedeværelse af sundhedsfaglige kompetencer i hjemmet end et enkelt besøg.

Ved **besøg** medbringer lægerne udstyr, der muliggør en almindelig klinisk undersøgelse, herunder måling af temperatur, puls, blodtryk, blodsukker og saturation (iltmætning). Desuden er der hjertestartere i de taxaer, som 1813's læger benytter ved besøg.

Akuttelefonen 1813 vurderer ikke, at der er oplagte diagnostiske/behandlingsmuligheder, med hvilke væsentligt flere patienter kunne afsluttes efter besøg. Dog ses som nævnt et potentiale i et udbygget samarbejde med den kommunale sygepleje med henblik på fx mere kontinuer observation, behandling eller indbringelse på kommunal akutplads efter lægebesøg.

5 Servicemål, klager, patientsikkerhed og kvalitetsudvikling

I dette kapitel beskrives først de enkelte regioners individuelle servicemål samt graden af opfyldelse og den lokale anvendelse af servicemål i praksis. I afsnit 5.2, s. 101, kortlægges udviklingen i antallet af utilsigtede hændelser samt det lokale arbejde omkring patientsikkerhed. I afsnit 5.3, s. 113, beskrives systemerne for klagesager- og tilsyn vedrørende lægevagtsordninger og 1813, og i kapitlets afsluttende afsnit 5.4, s. 118, beskrives øvrige tiltag i hver region omkring kvalitetsudvikling.

5.1 Servicemål

I dette afsnit beskrives servicemål samt graden af opfyldelse i 2016 på tværs af regioner. Efterfølgende beskrives arbejdet med servicemål i de enkelte regioner.

I de efterfølgende tre tabeller præsenteres servicemål, mål og opfyldelsesgrad for henholdsvis ventetid på besvarelse af telefoniske henvendelser (Tabel 5.1), ventetid til konsultation (Tabel 5.2) og ventetid til besøg (Tabel 5.3). Da der ikke er indgået aftale om servicemål i Region Nordjylland, medtages regionen ikke i de tre tabeller. Bemærk, at tabellerne udelukkende viser de servicemål, der foretages opfølgning på i de respektive regioner. Da regionerne har forskellige tidsmæssige afgrænsninger for deres servicemål, er alle felter i tabellerne ikke udfyldt.

Tabel 5.1 Mål for ventetid for besvarelse af telefoniske henvendelser til vagtlæge og akuttefoner i procent af alle opkald samt opfyldelsesgrad i procent fordelt på type servicemål, 2016

Type servicemål	Region									
	Midtjylland (vagtlæge)		Syddanmark (vagtlæge)		Sjælland (vagtlæge)		Sjælland (akuttefon)		Hovedstaden (Akuttefonen 1813)**	
	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse
Opkald besvaret inden for 2 min.	-	-	80	69,6	-	-	-	-	-	-
Opkald besvaret inden for 3 min.	-	-	85	76,4	-	-	90	Ca. 89*	90	45
Opkald besvaret inden for 5 min.	90	80,8	90	85,0	80	70,4	95	Ca. 94*	-	-
Opkald besvaret inden for 10 min.	-	-	-	-	-	-	-	-	100	75

Note: * På akuttefonen i Region Sjælland opgøres opfyldelsen månedsvis. I tabellen er anført et simpelt gennemsnit af den månedlige opfyldelsesgrad i 2016. Den månedlige målopfyldelse for besvarelse inden for 3 minutter svinger mellem 85-91 %, og målopfyldelsen for 5 minutter svinger mellem 92-95 %. Vær opmærksom på, at der er tale om ventetider for hele døgnet, ikke kun for vagttiden.

** Vær opmærksom på, at der er tale om ventetider for hele døgnet, ikke kun for vagttiden.

Kilde: Region Hovedstaden (kontaktperson), Region Syddanmark (kontaktperson), Region Midtjylland (kontaktperson og vagtchef), Region Sjælland (kontaktperson for vagtlægeordningen samt Leder af Akuttefonen)

Tabel 5.1 viser, at de fire regioner har forskellige tidsmæssige grænser for servicemål for ventetid ved besvarelse af telefoniske henvendelser. Målene for den procentvise andel, der skal besvares inden for de givne tidsrum, er også forskellige. Ingen af de fire regioner har opfyldt målene for besvarelse af telefoniske henvendelser i 2016. Regionerne Midtjylland, Syddanmark og Sjælland ligger

5-10 procentpoint under målene, mens akuttelefonen i Region Sjælland næsten har opfyldt målene, og Akuttelefonen 1813 er henholdsvis 45 og 25 procentpoint fra målene i 2016.

Tabel 5.2 Mål for ventetid til konsultation i de fire regioner med vagtlæge i procent af alle konsultationer samt opfyldelsesgrad i procent fordelt på type servicemål, 2016

Type servicemål	Region					
	Midtjylland		Syddanmark		Sjælland	
	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse
Påbegyndt 30 minutter efter tildelt tid	-	-	-	-	90	94,6
Tilset af en læge inden for 1 time efter fremmøde i konsultation	90	87	-	-	-	-
Tildelt tider til konsultationer inden for 3 timer fra henvisning	-	-	-	-	90	95,4
Konsultationen skal være afholdt 3 timer fra aftalens indgåelse	-	-	90	93,4	-	-

Kilde: Kilde: Region Syddanmark (kontaktperson), Region Midtjylland (kontaktperson og vagtchef), Region Sjælland (kontaktperson)

Som det fremgår af Tabel 5.2, har de tre regioner forskellige tidsmæssige grænser for henholdsvis servicemålene og målene for ventetid til konsultationer. Både Region Syddanmark og Region Sjælland ligger over deres mål, mens Region Midtjylland ligger 3 procentpoint under målet i 2016.

Tabel 5.3 Mål for ventetid til besøg af vagtlæge procent af alle besøg samt opfyldelsesgraden i procent fordelt på type servicemål, 2016

Type servicemål	Region					
	Midtjylland		Syddanmark		Sjælland	
	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse	Mål	Opfyldelse
Besøg er henholdsvis aflagt/påbegyndt indenfor 3 timer	90	91	90	91	90	93,6

Kilde: Region Syddanmark (kontaktperson), Region Midtjylland (kontaktperson og vagtchef), Region Sjælland (kontaktperson)

Tre regioner har servicemål for ventetid til besøg, som det ses af Tabel 5.3. Alle tre regioner har i 2016 nået målet om, at 90 % af besøgene skal være enten aflagt eller påbegyndt inden for 3 timer.

Driftsledelsernes perspektiv på servicemål

Servicemål er relateret til patientoplevelt kvalitet, og dermed er arbejdet med servicemål samt deres anvendelse i driften et aspekt af kvalitetsarbejdet. Hermed ikke sagt, at god tilgængelighed – i form af høje mål for givne servicemål – nødvendigvis er lig med patientoplevelt kvalitet. Men driftsledelsernes perspektiv på servicemål i praksis er en dimension af kvalitetsarbejdet, som derfor er medtaget i dette afsnit. Da der er stort sammenfald i vagtchefernes perspektiv på dette tema, beskrives det samlet inden de individuelle regionale afsnit.

Vagtcheferne peger på en række dilemmaer og sammenhænge i relation til forholdet mellem tilgængelighed (responstid) i vagttiden versus tilgængelighed i dagtiden.

Servicemålene er vedtaget regionalpolitisk i fire ud af fem regioner, idet der ikke findes servicemål i Region Nordjylland. Dog oplever vagtchefen i Region Nordjylland de samme grundlæggende dilemmaer i relation til forholdet mellem tilgængelighed i dag- og vagttid, som de øvrige vagtchefer giver

udtryk for. I Region Midtjylland og Region Syddanmark indgår servicemålene i det fælles aftalegrundlag mellem region og PLO-regionalt, idet PLO Sjælland opsagde den del af vagtaftalen, som vedrører servicemål ved aftalens indgåelse.

Den faktiske responstid i vagttiden – og dermed også graden af overholdelse af servicemålene – er både relateret til udbuddet af kapacitet (hvor mange læger der er på vagt og hvornår) og til efterspørgslen efter ydelser (hvor mange der kontakter ordningerne). Vagtcheferne oplever, at efterspørgslen ikke kun er en funktion af sygdom/skade blandt patienterne, men også er påvirket af andre faktorer. De oplever således, at hvis der er væsentligt bedre tilgængelighed i vagttiden end i dagtiden, så kan det flytte aktivitet fra dagtid til vagttid – både akutte tilstande/skader, som bør håndteres i almen praksis i dagtiden, og aktivitet, som ikke falder inden for vagtlægeordningens område (akut opstået sygdom, akut forværring af eksisterende sygdom eller skade).

Generelt peger vagtcheferne på, at der forekommer henvendelser i lægevagten, som ligger uden for målgruppen og dermed ifølge dem burde håndteres af almen praksis i dagtiden. De vagtchefer, der sætter tal på, anslår, at mellem 20-50 % af alle henvendelser kunne håndteres i dagtiden i stedet for af lægevagten. Vagtcheferne vurderer, at en af årsagerne til dette er forskellene i tilgængelighed mellem dag- og vagttid.

Flere vagtchefer peger dog på, at de ikke-akutte henvendelser i vagttiden også handler om andre forhold end blot forskellen mellem tilgængelighed i dagtid og vagttid. Således peger nogle vagtchefer på, at det også handler om en generel tendens til udvidede åbningstider i samfundet, kombineret med at mange henvendelser vedrører børn, som først hentes i institutionen efter kl. 16:00, altså i vagttiden. Hertil kommer, at nogle borgere ikke ved, at vagtlægeordningen kun er målrettet akutte tilstande/skader og ikke blot er en udvidet åbningstid.

Samlet set betyder disse forhold, at vagtcheferne oplever, at en del af aktiviteten i vagttiden burde flyttes til dagtid. Og hvis den blev det, vurderer flere vagtchefer, så ville responstiden – alt andet lige – blive forbedret i vagttid.

I flere regioner har man, enten i samarbejde mellem region og PLO-regionalt eller i regionalt regi alene, gennemført forskellige typer af befolkningsrettede kampanjer for at oplyse borgerne om, hvilke henvendelser der hører hjemme i lægevagten, og hvilke der hører hjemme i dagtid hos egen læge (fx receptfornyelser).

Desuden har en enkelt region – Region Midtjylland – indgået aftale med PLO-Midt om forbedring af responstiden i dagtid via såkaldte akutlinjer i almen praksis, hvor målet er, at opkald skal besvares inden for 2 minutter, hvilket 75 % af regionens praksisser levede op til i efteråret 2017.

Det er denne oplevelse af sammenhæng, som gør det relevant for vagtcheferne også at forholde sig til tilgængelighed i dagtiden, når de som driftsledere i nedenstående afsnit beskriver deres perspektiv på servicemål i praksis.

5.1.1 Region Nordjylland: Servicemål i praksis

Der er ikke fastsat servicemål i forbindelse med vagtaftalen i Region Nordjylland. Såvel regionens kontaktperson som PLO's sekretariatschef giver udtryk for, at det gennem længere tid har været et ønske fra regionen at få indført servicemål for responstid på telefonopkald. Det har hidtil ikke været muligt at finde en fælles holdning til dette.

Regionen overvåger dog ventetiden til telefonkonsultationer. For at give et indtryk af niveauet for ventetid til konsultation i den eneste region, som ikke har servicemål, har VIVE valgt at inkludere en

opgørelse fra Region Nordjylland, som viser, hvor stor en andel af telefonkonsultationerne der besvares inden for givne tidsmæssige grænser i perioden maj-oktober 2017. Opgørelsen ses i Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Andelen af besvarede opkald til lægevagten i Region Nordjylland opgjort for specificerede ventetider (maj-oktober 2017 i procent)

Ventetid for besvarelse	Andel besvarede opkald (%)
Opkald besvaret inden for 1 minutter	27 %
Opkald besvaret inden for 2 minutter	44 %
Opkald besvaret inden for 3 minutter	56 %
Opkald besvaret inden for 4 minutter	66 %
Opkald besvaret inden for 5 minutter	75 %
Opkald besvaret inden for 10 minutter	100 %

Kilde: Kontaktperson for Region Nordjylland.

Det fremgår af Tabel 5.4, at 75 % af alle opkald til lægevagten i Region Nordjylland er besvaret inden for 5 minutter. Ved sammenligning med opgørelserne i Tabel 5.4 ses det, at ventetiden i Region Nordjylland ligger på niveau med de øvrige tre vagtlægeregioner, idet 70-85 % af alle opkald er besvaret inden for 5 minutter i de tre vagtlægeregioner med servicemål.

5.1.2 Region Midtjylland: Servicemål i praksis

Servicemålene er beskrevet i vagtaftalen fra 2007 og ikke justeret siden. Som det fremgår af Tabel 5.1, Tabel 5.2 og Tabel 5.3, ligger lægevagten i Region Midtjylland i 2016 små 10 procentpoint under servicemålet for besvarelse af telefoner, få procentpoint under servicemålet om, at patienterne skal være tilset inden for 1 time fra fremmøde i konsultationen, og over servicemålet for aflæggelse af besøg inden for 3 timer.

Servicemålene er i vagtaftalen formuleret som en *"hensigtserklæring"* om servicemål. Vagtchefen er bevidst om og har forståelse for, at overholdelsen af servicemålene har stor betydning for regionens politikere. Samtidig oplever vagtchefen, at servicemålene medvirker til at skabe en bedre tilgængelighed i vagttiden end i dagtiden, hvilket øger efterspørgslen i vagttiden, vurderer vagtchefen. Han finder dette problematisk. Vagtchefen oplever et behov for at finde løsninger, der muliggør en mere differentieret tilgængelighed, så *"dem, der er rigtigt syge og har et akut behov, kan komme hurtigt igennem"*. I lægevagten prioriteres det derfor, at samarbejdsparter som hjemmesygepleje, AMK, politi, apoteker, Falck mv. kan komme uden om telefonkøen.

Vagtchefen oplever, at der i lægevagten gennem årene har været forsøgt mange justeringer for at tilpasse bemanningen til servicemålene, men at dette er vanskeligt, primært fordi der er høj efterspørgsel i løbet af få timer (hverdag i tidsrummet kl. 16:00-18:00 og lørdag/søndag formiddag). Vagtchefen mener, at denne efterspørgsel også skyldes en generel samfundsudvikling, hvor fx småbørnsfamilier med udearbejdende forældre *"kommer hjem fra arbejde og henter deres børn, som måske er klattede, og det var de måske også i morges, da de kom afsted på en Panodil, og så vil de gerne ses på nu, hvor mor og far er kommet hjem, selvom egen læge er lukket. Og det skulle også gerne være inden apoteket lukker, og inden de skal hjem og spise og inden ulvetimen"*. Vagtchefen oplever, at denne form for brug af lægevagten er med til at skabe et stort pres i timerne umiddelbart efter kl. 16:00.

Region Midtjylland og lægevagten har i samarbejde udarbejdet en kampagne, som har været afholdt i sommeren og vinteren 2015 og gentages i 2018 med titlen: *"Din egen læge er bedst – brug lægevagten med omtanke"*. Kampagnen bestod bl.a. af husstandsomdelt folder, outdoor-kampagne, avisannoncer og Facebook-film. Evalueringen af kampagnerne i 2015 peger på et lavere forbrug af telefonkonsultationer i månederne efter, men herefter kunne ikke vises nogen effekt (Region Midtjylland, 2017).

Da efterspørgslen i vagttiden kædes sammen med tilgængelighed i dagtiden, er det også relevant at nævne, at der i forbindelse med indgåelsen af akutaftalen i 2011 blev formuleret et mål om tilgængeligheden i dagtiden: *"Tilgængeligheden hos de praktiserende læger er afgørende for visitationsmodellens funktionalitet. Som det fremgår af overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner, er tilgængelighed ved akut opståede behov i dagtiden defineret som adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16:00 samme dag hos egen læge. (...) Det er målet, at der oprettes en akutlinje i alle praksis"*. (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011). Andelen af praksisser med akutlinje har været stigende, og i efteråret 2017 havde 78 % af regionens praksisser en akutlinje, mens 75 % af alle praksisser besvarer telefonen inden for 2 minutter, oplyser regionens kontaktperson.

5.1.3 Region Syddanmark: Servicemål i praksis

Opfyldelse af servicemålene er et fast punkt på to årlige vagtchefmøder mellem region og lægevagt. Ifølge den regionale kontaktperson drøftes opfyldelse af servicemål for besøg og konsultation ikke, idet lægevagten, som det fremgår af Tabel 5.2 og Tabel 5.3, opfylder disse to servicemål. Målopfyldelsen for telefonventetid har tidligere været drøftet mere, men fylder mindre og mindre ifølge kontaktpersonen, ikke mindst fordi målopfyldelsen er blevet bedre med årene. Således ligger besvarelsen inden for henholdsvis 2 og 3 minutter ca. 10 procentpoint under servicemålet i 2016, mens besvarelsen inden for 5 minutter ligger ca. 5 procentpoint under servicemålet, jf. Tabel 5.1, s. 95.

Vagtchefen anvender overholdelsen af servicemålene, primært for besvarelse af telefonopkald, til fremadrettet justering af bemanningen.

Vagtchefen oplever, at de aktuelle servicemål er med til at skabe en høj tilgængelighed i lægevagten, og af vagtchefens årlige præsentation i samarbejdsudvalget fremgår det, at vagtchefen foreslår, at regionen *"mindsker servicemålene"*. Baggrunden for dette er, at vagtchefen mener, at tilgængeligheden i lægevagten er bedre end i dagtid, og at det medvirker til at flytte aktivitet fra dagtid til vagttid.

Vagtchefen påpeger, at vagtlægeordningen skal håndtere akut opstået sygdom, akut forværring i eksisterende sygdom og mindre skader, og på den baggrund anslår han, at mellem 25-50 %¹⁵ af alle henvendelser til lægevagten i stedet kunne håndteres af egen læge dagen efter. Vagtchefen understreger, at disse konsultationer set i et patientperspektiv ikke nødvendigvis er overflødige – men set i et lægeligt perspektiv er de ikke akutte. For eksempel oplever lægevagten, at mange ringer i vagten for at få fornyet recepter – en udfordring, som flere andre vagtchefer også peger på.

Vagtchefen vurderer desuden, at en del borgere ringer, fordi de ikke er klar over, at lægevagtens formål er at håndtere akut sygdom eller forværring samt mindre skader. Men han vurderer også, at mange ringer, fordi tilgængeligheden er bedre, idet borgerne kommer hurtigt igennem til en læge, og samtidig er lægevagten åben på det tidspunkt, hvor mange borgere har fri og tid til at gå til læge.

¹⁵ Der er udelukkende tale om en vurdering, og tallet kan måske synes højt. Men til sammenligning fremgik det af afsnit 4.6.5, der viste fordelingen på responstyper i Region Hovedstaden, at i alt 40 % blev henvist til egenomsorg eller kontakt til egen læge dagen efter.

I regi af Samarbejdsudvalget arbejder Region Syddanmark i samarbejde med PLO Syd på at ændre dette mønster via en kampagne i 2017 målrettet befolkningen. Formålet er et oplyse om, hvilke kontakter der skal gå til lægevagten, og hvilke der ikke skal. For eksempel gør en ny telefonbesked ved opkald til lægevagten opmærksom på, at receptfornyelse ikke skal ske i lægevagten, hvilket har fået antallet af henvendelser om receptfornyelse til at falde, oplyser vagtchefen.

5.1.4 Region Sjælland: Servicemål i praksis

Som det fremgår af Tabel 5.1, Tabel 5.2 og Tabel 5.3, ligger lægevagten i Region Sjælland ca. 10 procentpoint under servicemålet for besvarelse af telefoner, men over servicemålene for konsultationer og besøg.

Servicemålene er beskrevet i vagtaftalen fra 2007, men det fremgår også af vagtaftalen, at lægerne ved indgåelsen valgte at opsigte den del, der vedrørte servicemål, hvilket kunne ske med virkning fra 1. januar 2009. Der er således formelt set ikke nogen aftale om servicemål i Region Sjælland, idet lægerne har opsagt den ved indgåelsen, og der er ikke siden indgået anden aftale om servicemål. Men i praksis følges der løbende op på de servicemål, der er beskrevet i vagtaftalen fra 2007, uagtet at denne del af aftalen siden 2009 har været opsagt.

Vagtchefen oplever ikke, at graden af overholdelse af servicemål giver anledning til drøftelse mellem regionen og lægevagten, fordi regionen ifølge vagtchefen vurderer, at lægevagtsordningen *"normalt ligger pænt"* i forhold til servicemålene.

Ifølge vagtchefen anvendes graden af overholdelse ikke i forbindelse med bl.a. planlægning af bemanning, fordi det ifølge ham kræver mere detaljerede analyser af belastningen på de enkelte konsultationer eller besøgsdistrikter at foretage justeringer i bemanningen.

I relation til servicemål peger vagtchefen dog på det samme dilemma, som han også påpegede i relation til omfanget af handlemuligheder og diagnostik i lægevagten, nemlig at lægevagten i hans perspektiv ikke bør være et væsentligt bedre tilbud end almen praksis i dagtiden. Hvis tilgængeligheden – i form af ventetiden – er væsentligt bedre i vagttiden end i dagtiden, oplever vagtchefen, at det kan medvirke til at flytte aktivitet fra dagtid til vagttid. For at modvirke dette præciseres det i vagtinstruksen, at lægevagten ikke omfatter *"regelmæssigt opstående og forudsigelige problemer, som skal søges løst ved egen læges foranstaltning, f.eks. ved hjemmeplejen eller anden instans. Som princip bør smertebehandling være afklaret med egen læge i dagtiden og bør ikke foregå i lægevagten. Vagtlægen bør kun udstede recepter på livsvigtig medicin og medicin til behandling af akut opstået sygdom. Almindelig receptfornyelse henvises til egen læge i dagtiden"*. Formålet er at sikre, at lægevagtens opgaver begrænses til de relevante målgrupper, som er *"akut opstået sygdom, akut forværring af eksisterende sygdom og mindre skader"* (Orsholt et al., 2015).

5.1.5 Region Hovedstaden: Servicemål i praksis

Servicemålene er også i Region Hovedstaden politisk fastsatte, og ifølge Akuttefonen 1813 arbejdes der med forbedring af opfyldelsen. Der laves daglige opgørelser af ventetid og graden af opfyldelse af servicemål, og den akutte ventetid er synlig for alle medarbejdere på skærme i 1813.

Som det fremgår af Tabel 5.1, s. 95, lå Akuttefonen 1813 45 procentpoint under servicemålet for besvarelse inden for 3 minutter og 25 procentpoint under servicemålet for besvarelse inden for 10 minutter i 2016. Akuttefonen 1813 oplyser, at man i 2017 har haft de bedste svartider siden ordningens opstart. Således er godt 51 % af alle opkald i 2017 besvaret inden for 3 minutter – en

stigning på 6 procentpoint fra 45 % i 2016. Godt 82 % blev i 2017 besvaret inden for 10 minutter – en stigning på 7 procentpoint fra 75 % i 2016.

Akuttelefonen 1813 har de samme servicemål døgnet rundt, og således ses ikke den samme drøftelse af betydningen af forskelle mellem serviceniveauer i dag- og vagttid som i de øvrige vagtlægere regioner. Dog beskriver ledelsen af Akuttelefonen 1813 de samme udfordringer omkring relevansen af opkald, herunder ønsker om receptfornyelser, som Akuttelefonen 1813 påpeger, skal ske via egen læge i dagtiden.

Ledelsen af 1813 understreger, at ventetiden og overholdelsen af servicemål er væsentlig. Sammenhængen mellem servicemål i form af svartid og patienttilfredshed er dog ikke ligefrem: Akuttelefonen 1813 samkører individuelle og løbende målinger af patienttilfredshed (se eventuelt afsnit s. 122) med den individuelle ventetid, og der ses kun en meget svag sammenhæng mellem svartid og patienttilfredshed. Det er primært ved de meget lange svartider, hvor denne sammenhæng er til stede.

5.2 Patientsikkerhedsarbejdet og utilsigtede hændelser

Med afsæt i opdraget til denne kortlægning præsenterer dette afsnit antallet og alvorlighedsgraden af utilsigtede hændelser (UTH) for vagtlægeordningerne og Akuttelefonen 1813 for årene 2012-2016¹⁶. Desuden præsenteres antallet af hændelser, hvor variabelen i rapporteringssystemet "andet opdragelsessted" er udfyldt. Afsnittet indledes med en introduktion til utilsigtede hændelser. Det skal bemærkes, at Styrelsen for Patientsikkerhed, som har forestået alle træk vedrørende vagtlægeordningerne, påpeger en række væsentlige forbehold, som betyder, at det ikke er muligt at foretage meningsfulde sammenligninger af utilsigtede hændelser på tværs af regioner. Dette gælder både Akuttelefonen 1813 sammenlignet med vagtlægeordningerne og vagtlægeordningerne sammenlignet med hinanden. Ud fra de tilgængelige data om antallet af rapporteringer kan der således ikke drages konklusioner om patientsikkerheden i de respektive ordninger.

5.2.1 Introduktion: Hvad er utilsigtede hændelser?

En utilsigtet hændelse er en hændelse, som ikke burde have fundet sted – fx fejl. Nogle hændelser har ingen konsekvenser, andre kan i værste tilfælde have dødelig udgang. Nogle hændelser opdaget i tide, inden de medfører skade for patienterne. I sundhedsloven defineres en utilsigtet hændelse som *"en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospitals indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder"* (§ 198, stk. 5 i (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

Siden 2004 har det været lovpligtigt for sundhedsfaglige med autorisation at rapportere utilsigtede hændelser til Styrelsen for Patientsikkerhed; siden 2010 har rapporteringspligten også inkluderet kommunerne, og siden 2011 har patienter/borgere samt pårørende også kunnet rapportere utilsigtede hændelser¹⁷. Det gælder både hændelser, som de selv er impliceret i, og hændelser de obser-

¹⁶ Region Sjællands akuttelefon er døgnåben og fungerer parallelt med vagtlægeordningen. Antallet af utilsigtede hændelser for Region Sjællands akuttelefon er ikke medtaget i denne analyse, hvis hovedfokus er vagtlægeordningerne og 1813.

¹⁷ Specifikt for praksissektoren – som vagtlægeordningerne ligger under – har Sundhedsstyrelsen i 2010 udarbejdet følgende retningslinjer for indberetning: https://www.sundhed.dk/content/cms/50/90050_rapportering_praksissektor.pdf.

verer hos andre. Rapportering sker via Styrelsen for Patientsikkerhed til Danske Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)¹⁸. I 2016 udgjorde rapporteringer fra patienter og pårørende sammenlagt 1 % af alle afsluttede utilsigtede hændelser (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

I Boks 5.1 er der en kort beskrivelse af fakta om rapporteringspligten af utilsigtede hændelser.

Boks 5.1 Fakta om rapporteringspligt af utilsigtede hændelser i sundhedssektoren

Rapporteringspligtige personer: Sundhedspersoner, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Alle læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som i nogle lægevagter har patientkontakt, er autoriserede sundhedspersoner.

Rapporteringspligtige hændelser: Rapporteringspligten omfatter utilsigtede hændelser, som den rapporteringspligtige person direkte observerer i forbindelse med, at hændelserne finder sted, herunder hændelser, som personen selv er impliceret i, og hændelser, som den pågældende observerer hos andre. Endvidere omfatter rapporteringspligten hændelser, som personen efterfølgende bliver opmærksom på i forbindelse med udøvelse af sin faglige virksomhed.

Rapporteringspligten omfatter utilsigtede hændelser, som forekommer i forbindelse med:

- En patients behandling i sygehusvæsenet, herunder ambulant- og skadestuebehandling.
- En patients behandling inden for vagtlægevirksomhed og privatpraktiserende sundhedspersoners virksomhed.
- En patients behandling i botilbud, plejeboliger, døgninstitutioner for børn og unge, sundhedsplejen, den kommunale tandpleje, herunder omsorgstandplejen og specialtandplejen, i hjemmesygeplejen samt i forbindelse med genoptræning, forebyggelse, alkoholbehandling eller stofmisbrugsbehandling mv.
- En patients behandling i den præhospital indsats.
- Forsyning af og information om lægemidler fra apotekssektoren.

Rapporteringspligten omfatter følgende hændelser:

- I praksissektoren og den præhospital indsats er alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange og anvendelse af medicinsk udstyr, rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. Derudover er infektioner rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.
- I regionale botilbud er alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med medicinering og sektorovergange, rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. Derudover er patientuheld og infektioner rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.
- I den kommunale sundhedssektor er alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med medicinering og sektorovergange, rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten. Derudover er patientuheld og infektioner rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.
- I apotekssektoren er alle utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange, rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.
- I sygehusvæsenet er alle utilsigtede hændelser rapporteringspligtige, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.

Kilde: (Sundheds- og Ældreministeriet, 2011).

¹⁸ Rammerne for patientsikkerhedsarbejdet, herunder utilsigtede hændelser, har hjemmel i Sundhedslovens § 198-202 i kapitel 61, LBK nr. 191 af 28/02/2018. Der findes desuden følgende bekendtgørelse og vejledning: [Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.](#) (BEK nr. 1 af 03/01/2011) og [Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.](#) VEJ nr. 1 af 03/01/2011).

Utilsigtede hændelser klassificeres efter alvorlighedsgrad i fem kategorier, jf. Tabel 5.5.

Tabel 5.5 Oversigt over typer af utilsigtede hændelser

Alvorlighed	Skade
Ingen skade	Ingen skade
Mild skade	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat skade	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling
Alvorlig skade	Permanente skader, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling
Dødelig skade	Dødelig udgang

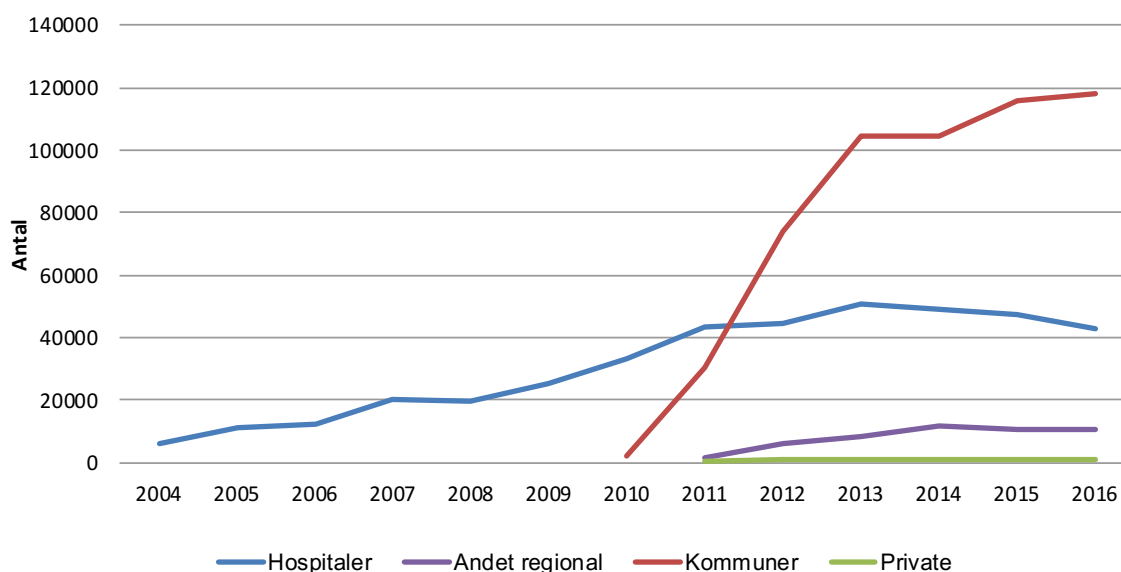
Kilde: Årsberetning for Dansk Patientsikkerhedsdatabase 2016 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

Frem til 2014 var det lokale risikomanagers, som foretog klassificeringen af alvorlighed, mens det siden 2014 har været rapportøren selv, som foretager klassificeringen af skade (dog ikke hvis rapportøren er patient eller pårørende – her foretages vurderingen af en risikomanager). Når det er den enkelte rapportør, som klassificerer graden af skade, bliver data alt andet lige klassificeret mere heterogent. Styrelsen for Patientsikkerhed påpeger, at der formodentligt kan være en tendens til, at rapportøren klassificerer efter, hvilken skade der *kunne* være sket, og dermed generelt set vurderer graden af skade højere end de uddannede risikomanagere. Blandt andet derfor foretager lokale risikomanagere i nogle tilfælde omklassificering af UTH'erne, hvor de ændrer på rapportørens oprindelige vurdering af alvorlighedsgraden.

5.2.2 Den generelle udvikling i antallet af rapporterede utilsigtede hændelser

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser har ændret sig meget gennem de år, systemet har eksisteret. I Figur 5.1 ses udviklingen i antal sagsafsluttede utilsigtede hændelser i perioden 2004-2016:

Figur 5.1 Udviklingen i antallet af utilsigtede hændelser fordelt på hændelsessted og år (2004-2016)



Note: 1813 og vagtlægeordningerne er indeholdt i gruppen "Andet regional", som også omfatter almen praksis i øvrigt.

Kilde: Årsberetning for Dansk Patientsikkerhedsdatabase 2016 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

Samlet set blev der i 2016 rapporteret næsten 190.000 utilsigtede hændelser, og der var samme år 172.708 sagsafsluttede hændelser¹⁹ (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

5.2.3 Kortlægningens opdrag om utilsigtede hændelser

For at få et mere præcist billede af udviklingen i vagtlægeordningerne og 1813, er Styrelsen for Patientsikkerhed (Kontoret for Vidensformidling og Læring), jf. opdraget til denne analyse, blevet bedt om at udarbejde en opgørelse over antallet af utilsigtede hændelser fra 2007-2016.

Styrelsen oplyser, at Dansk Patientsikkerhedsdatabase er overgået til et andet it-system, hvilket betyder, at det kun muligt at trække data tilbage fra 2012. Dansk Patientsikkerhedsdatabase indeholder den generelle kategori "vagtlæger" under variablen "hændelsessted". Det samme gør sig ikke gældende for Akuttefonen 1813. Derfor oplyser styrelsen, at dataudtræk vedrørende Akuttefonen 1813 skal foretages af Region Hovedstaden, som kan afgrænse udtrækket for egne enheder.

På denne baggrund har styrelsen leveret udtræk af antallet, alvorlighedsgraden såvel som en variabel, der i rapporteringssystemet benævnes "*andet opdagessted*", for vagtlægeordningerne for årene 2012-2016. Region Hovedstaden har foretaget tilsvarende udtræk for Akuttefonen 1813 for årene 2014-2016.

5.2.4 Forbehold for tolkning og sammenligning af utilsigtede hændelser

Styrelsen for Patientsikkerhed påpeger en række væsentlige forbehold i forbindelse med tolkningen og sammenligning af disse data.

Antallet af rapporteringer er en funktion af flere faktorer ud over omfanget af aktivitet på de enkelte områder, herunder det fokus, der lokalt og i den enkelte sektor er på at bruge systemet til rapportering af utilsigtede hændelser som indgang til arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed. I større organisatoriske enheder – som fx hospitaler i modsætning til almen praksis – er der ansat risikomanagere, hvis opgave det er at arbejde med patientsikkerhed med afsæt i UTH'er. Dette medvirker til at skabe et organisatorisk fokus på området. Det er dog ikke ensbetydende med, at der ikke arbejdes med kvalitet og patientsikkerhed andre steder end der, hvor UTH-systemet er stærkt indarbejdet. Men omvendt betyder det heller ikke, at patientsikkerheden er ringere der, hvor der foretages mange rapporteringer. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser er således i høj grad en funktion af rapporteringskultur og ledelsesmæssigt fokus, ifølge styrelsen.

Styrelsen peger på, at antallet af rapporteringer skal ses i forhold til regionernes størrelse og antallet af kontakter i de enkelte enheder. Antallet af kontakter er en funktion af flere forhold, herunder bl.a. åbningstider, og her har 1813 døgnåbent, mens lægevagten kun har åbent i vagttiden.

Variablen "*andet opdagessted*" kan give en indikation af, om de rapporterede hændelser er opdaget og dermed rapporteret i den enhed (fx Akuttefonen 1813 eller en lægevagtsordning), hvor hændelsen fandt sted, eller om det er en ekstern rapportør (fra "*andet opdagessted*"), som har opdaget og rapporteret hændelsen. Der må dog tages en række forbehold for anvendelsen af denne variabel: Styrelsen for Patientsikkerhed understreger, at man bør være forsigtig med at drage konklusioner ud fra andelen af hændelser med anført "*andet opdagessted*". Det skyldes bl.a., at det ofte vil være tilfældet for steder med akutte, korte patientkontakter, at de vil have et andet opdagessted end der, hvor hændelsen er sket. Ydermere er feltet ikke obligatorisk, hvorfor det ikke nødvendigvis vil være udfyldt i alle situationer, hvor hændelsen reelt er opdaget og rapporteret et andet

¹⁹ Se Årsberetning for Dansk Patientsikkerhedsdatabase for beskrivelse af forskel mellem rapporterede og sagsafsluttede UTH'er (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

sted end hos vagtlægerne eller 1813 selv. Antallet er således et minimumsantal, som er opdaget og rapporteret fra et andet sted end vagtlægeordningerne eller 1813.

Styrelsen for Patientsikkerhed påpeger desuden, at det er vigtigt at være opmærksom på, at utilsigtede hændelser ikke kun indeholder situationer med telefonopkald til vagtlæger eller 1813, men kan dreje sig om alle visitations-, pleje- og behandlingstiltag udført i forbindelse med vagtlægefunktionen eller 1813 afhængigt af organiseringen i de forskellige regioner.

Samlet set har Styrelsen for Patientsikkerhed således påpeget en række væsentlige forbehold, som bevirker, at det ikke er muligt at foretage meningsfulde sammenligninger på tværs af regioner – både 1813 sammenlignet med vagtlægeordningerne og vagtlægeordningerne sammenlignet med hinanden. Ud fra de tilgængelige data om antallet af rapporteringer kan der således ikke drages konklusioner om patientsikkerheden i de respektive ordninger.

Med disse forbehold fra Styrelsen for Patientsikkerhed in mente har VIVE valgt ikke at opgøre antallet af UTH'er pr. 1.000 indbyggere, da det ville antyde, at opgørelserne er meningsfulde at sammenligne på tværs af regioner.

5.2.5 Utilsigtede hændelser i lægevagtsordninger og Akuttelefonen 1813

I nedenstående Tabel 5.6 har Styrelsen for Patientsikkerhed anvendt søgekriterier, som betyder, at hændelserne er registreret under vagtlægeordningerne og rapporteret mellem 1. januar 2012 og 31. december 2016. Alle hændelserne er færdigbehandlede²⁰ ("lukket") og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Opgørelserne er opgjort med hensyn til alvorlighedsgrad. Tallene for Region Hovedstaden i 2012 og 2013 gælder den daværende vagtlægeordning i regionen.

²⁰ Ifølge Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. (BEK nr. 1 af 03/01/2011) skal sagsbehandlingen afsluttes senest 90 dage, efter rapporteringen er modtaget. Det skyldes, at sager om alvorlighedsgrad ikke opgøres, før de er lukket. Der kan således være forekommet utilsigtede hændelser i sidste kvartal af et år, som først klassificeres med hensyn til alvorlighedsgrad – og lukkes – i det efterfølgende kalenderår. I denne opgørelse er alle sager, som er rapporteret i hvert år, medtaget – uanset hvornår de er lukket.

Tabel 5.6 Antal og type af utilsigtede hændelser i vagtlægeordningerne fordelt på regioner og år, 2012-2016

År	Regional vagtlægeordning	Antal UTH'er i alt (antal med "andet opdagelsessted")*		Klassifikation af alvorlighed			
				Ingen skade	Mild skade	Moderat skade	Alvorlig/dødelig**
2012	Region Midtjylland	56	(45)	18	18	9	11
	Region Nordjylland	15	(10)	3	5	4	3
	Region Sjælland	31	(14)	12	3	12	4
	Region Syddanmark	25	(16)	11	8	2	4
	Region Hovedstaden	70	(30)	19	12	24	15
2013	Region Midtjylland	52	(43)	20	16	12	4
	Region Nordjylland	24	(17)	8	8	2	6
	Region Sjælland	46	(18)	21	11	14	0
	Region Syddanmark	31	(6)	12	5	8	6
	Region Hovedstaden	79	(28)	19	16	25	19
2014	Region Midtjylland	73	(50)	26	23	21	3
	Region Nordjylland	37	(16)	7	15	7	8
	Region Sjælland	45	(17)	20	12	12	1
	Region Syddanmark	44	(9)	27	6	8	3
2015	Region Midtjylland	79	(59)	35	14	23	7
	Region Nordjylland	31	(13)	5	12	8	6
	Region Sjælland	51	(20)	21	10	10	10
	Region Syddanmark	25	(11)	22	2	1	0
2016	Region Midtjylland	73	(53)	22	20	24	7
	Region Nordjylland	46	(20)	10	15	12	9
	Region Sjælland	39	(11)	14	10	8	7
	Region Syddanmark	46	(17)	24	9	9	3

Note: Styrelsen for Patientsikkerhed har anvendt nedenstående søgekriterier som grundlag for ovenstående tabel. Desuden er tilføjet variabelen "rolle i hændelsen" for at kunne udskille andelen med "andet opdagelsessted":

Sagsstatus = "Lukket"

Lokation contains "Vagtlæge"

Opret dato >= "01-01-2012"

Opret dato <= "31-12-2016"

Region <> "Region Hovedstaden"

Styrelsen for patientsikkerhed oplyser, at søgekriterierne betyder, at hændelserne er rapporteret mellem 1. januar 2012 og 31. december 2016, og alle hændelser er færdigbehandlede og indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Hændelserne er registreret under vagtlægeordningen, og hændelser i Region Hovedstaden er ekskluderet i ovenstående søgning. For hændelser i forbindelse med vagtlægeordningen i Region Hovedstaden for år 2012 og 2013 er der foretaget et særskilt dataudtræk. Søgekriterierne for dataudtrækket vedrørende vagtlægeordningen i Region Hovedstaden er:

Sagsstatus = "Lukket"

Lokation contains "Vagtlæge"

Opret dato >= "01-01-2012"

Opret dato <= "31-12-2013"

Region = "Region Hovedstaden"

* Variabelen "andet opdagelsessted" kan give en indikation af, om de rapporterede hændelser er opdaget og dermed rapporteret i den "enhed" (fx Akuttefonen 1813 eller en lægevagtsordning), hvor hændelsen fandt sted, eller om det er en ekstern rapportør ("andet opdagelsessted"), som har opdaget og rapporteret hændelsen. Der må dog tages en række forbehold for anvendelsen af denne variabel: Styrelsen for Patientsikkerhed understreger, at man bør være forsigtig med at drage konklusioner ud fra andelen af hændelser med anført "andet opdagelsessted".

** Af hensyn til anonymitet oplyser Styrelsen for Patientsikkerhed kun tallene for kategori 4 og 5 – alvorlig eller dødelig skade – samlet, fordi antallet er så lille.

Kilde: Styrelsen for Patientsikkerhed, særudtræk i Dansk Patientsikkerhedsdatabase foretaget for VIVE.

Det fremgår af Tabel 5.6, at antallet af rapporterede utilsigtede hændelser i lægevagtsordningerne ligger relativt stabilt med under 100 UTH'er pr. år i hver af regionerne. Dog ses samlet set en stigning

i de fire vagtlægere regioner, således at der i 2012 var i alt ca. 130 indrapporterede hændelser, mens der fra 2014-2016 har været ca. 200 indrapporterede hændelser årligt.

Nedenstående tabeller vedrørende Akuttelefonen 1813 (Tabel 5.7 og Figur 5.2) viser antal utilsigtede hændelser, der er rapporteret i perioden 1. januar 2014-31. december 2016. Opgørelserne, der omfatter færdigbehandlede UTH'er for perioden 2014-2016, er opgjort med hensyn til alvorlighedsgrad (Tabel 5.7) henholdsvis pr. måned (Figur 5.2).

Tabel 5.7 Antal og type af utilsigtede hændelser, der vedrører Akuttelefonen 1813 (inkl. hjemmebesøg) fordelt på år, 2014-2016

År	Regional vagtlægeordning	Antal UTH'er i alt (antal med "andet opdagelsessted")	Alvorlighedsklassifikation			
			Ingen skade	Mild skade	Moderat skade	Alvorlig eller dødelig*
2014	Region Hovedstaden	902 (274)	397	204	184	117
2015	Region Hovedstaden	310 (118)	116	82	54	58
2016	Region Hovedstaden	236 (80)	109	31	48	48

Note: Region Hovedstaden oplyser, at der er anvendt følgende søgekriterier: Der er i DPSD-II trukket på følgende kriterier:
Opret dato 1. januar 2014 til 31. december 2016
Sagsstatus = Lukket
Hændelsessted 'Akuttelefonen 1813' eller 'besøg 1813'
'Rolle i hændelsen' udfyldt.

Kilde: Region Hovedstaden, Akutberedskabet.

Af Tabel 5.7 fremgår det, at antallet af UTH'er for Akuttelefonen 1813 falder markant i perioden, idet antallet af UTH'er i 2013 udgør mindre end 1/3 af antallet UTH'er i 2016 (beregnet på basis af data i Tabel 5.7).

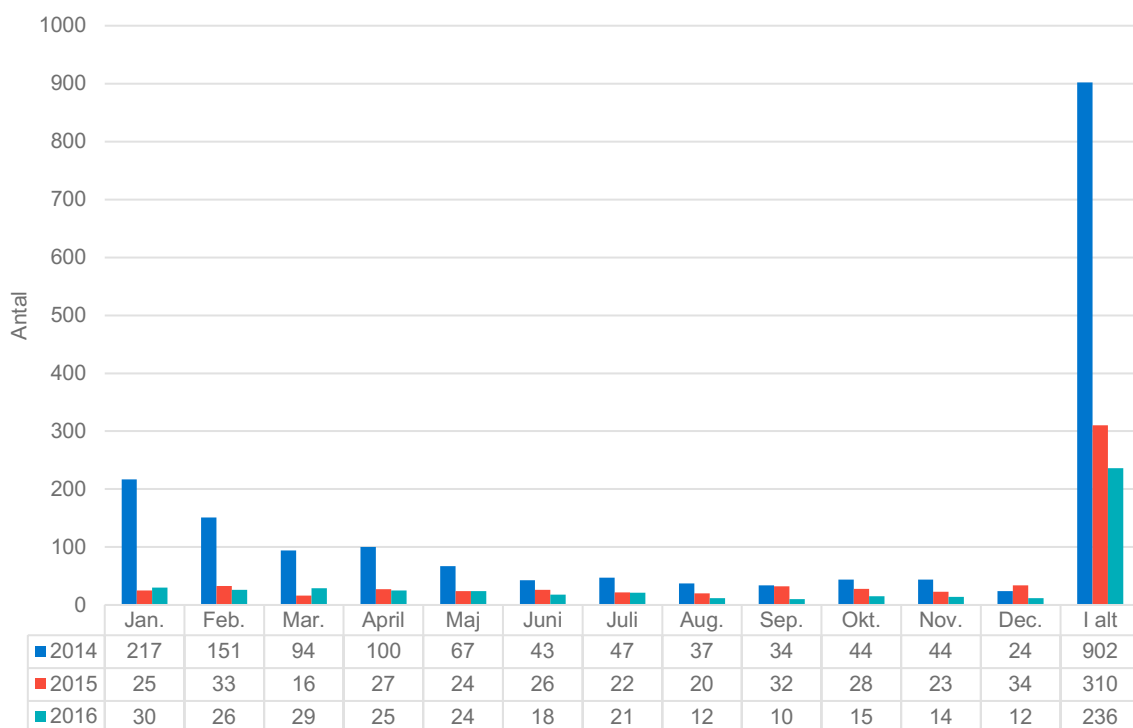
I perioden 2014-2016 er der for Akuttelefonen 1813 en ensartet fordeling med hensyn til alvorlighedsgrad. Det er således 37-46 % af UTH'erne, der er med ingen skade, mens 13-20 % har været alvorlige eller dødelige hændelser (beregnet af VIVE på baggrund af Tabel 5.7).

Som beskrevet må variablen "andet opdagelsessted" fortolkes med forsigtighed. Der er store forskelle på, hvor stor en andel af hændelserne, som har opgivet "andet opdagelsessted". I 2016 var det samlet set 50 % af hændelserne i vagtlægeordningerne og 34 % af hændelserne i Akuttelefonen 1813, som havde rapporteret "andet opdagelsessted" (beregnet af VIVE på basis af Tabel 5.6 henholdsvis Tabel 5.7), mens det for sundhedsvæsenet som helhed var 8 % af hændelserne, hvor der var rapporteret "andet opdagelsessted"²¹. Som Styrelsen for Patientsikkerhed gør opmærksom på, så vil andelen af hændelser med et andet opdagelsessted ofte vil være højere de steder i sundhedsvæsenet, hvor der er mange akutte og korte patientkontakter, hvilket i høj grad er tilfældet for vagtlægeordningerne og for Akuttelefonen 1813.

Udviklingen i antal UTH'er for Akuttelefonen 1813 på månedsbasis ses i Figur 5.2.

²¹ Ifølge DPSDs årsberetning 2016 var der i alt 189.467 indberetninger og 172.708 sagsafsluttede UTH'er. Samme år var der 13.530 UTH'er, hvor der var opgivet et andet opdagelsessted. De 13.530 udgør ca. 8 % af de sagsafsluttede UTH'er i 2016 (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017a).

Figur 5.2 Udvikling i antal rapporterede utilsigtede hændelser for Akuttelefonen 1813 fordelt på måneder og år, 2014-2016



Kilde: Region Hovedstaden, Akutberedskabet.

Det fremgår af Figur 5.2, at antallet af rapporteringer var højt de første måneder efter opstart af Akuttelefonen 1813 i 2014. Jævnfør de beskrevne forbehold fra Styrelsen for Patientsikkerhed skal det understreges, at udviklingen i antallet af rapporteringer over tid ikke kan anvendes til at vurdere, hvordan patientsikkerheden har udviklet sig i perioden. Således kan de første måneders høje antal rapporteringer for Akuttelefonen 1813 skyldes et øget fokus – både internt og eksternt – på rapportering af UTH'er.

Patientsikkerhedsarbejdet foregår lokalt i regionerne, idet *"regioner, kommuner og private sygehuse modtager, registrerer og analyserer rapporter om utilsigtede hændelser. Den nærmere organisering er betinget af lokale forhold, herunder bl.a. i hvilket omfang rapporteringssystemet integreres i allerede eksisterende kvalitetstiltag"* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2011). I de følgende afsnit beskrives, hvordan arbejdet med utilsigtede hændelser og patientsikkerhed – ifølge nøglepersoner i hver region – foregår i praksis.

5.2.6 Region Nord: Arbejdet med patientsikkerhed

Arbejdet med patientsikkerhed i relation til lægevagten i Region Nord er beskrevet via oplysninger fra risikomanager (RM) med ansvar for området samt vagtchefen.

RM forklarer, at der er i løbet af 2017 er opbygget en systematik for arbejdet med utilsigtede hændelser i lægevagten. Denne systematik er ikke nedskrevet, men er et resultat af de arbejdsgange, der følges, og som RM har medvirket til at få etableret i løbet af det seneste år.

Når en utilsigtet hændelse indberettes, læses den igennem af såvel RM som en praksiskonsulent fra kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland (Nord KAP) – både med henblik på at sikre korrekt klassifikation af alvorlighedsgrad såvel som indhentning af eventuelt supplerende oplysninger fra rapportøren. Herefter indhentes information om, hvem den/de involverede læger er via vagtsekretariatet, og lægen/lægerne orienteres. Er der tale om alvorlighedsgrad 4 eller 5, vil RM tage det op med vagtchefen og formanden for vagtudvalget og i samarbejde aftale, om hændelsen skal gennemgå en hændelsesanalyse. Der har, i det år RM har haft denne funktion, været ganske få hændelser i vagtlægeordningen med alvorlighedsgrad 4 eller 5. To af disse har ført til yderligere analyse.

To gange årligt holder RM og en praksiskonsulent fra Nord KAP et møde med vagtchefen og formanden for vagtudvalget. Der har indtil nu være afholdt to sådanne møder. Formålet er at gennemgå det seneste halve års utilsigtede hændelser med fokus på temaer og tendenser – som eksempler kan nævnes temaerne hygiejne, visitation og ordination. Det er lægen fra Nord KAP, som udvælger temaerne, og lægen fra Nord KAP udvælger også et mindre antal relevante enkelthændelser, som drøftes på mødet.

Efterfølgende er det vagtchefen og vagtudvalgsformanden, som er ansvarlige for yderligere læring på baggrund af hændelserne og den efterfølgende gennemgangen på mødet. Vagtchefen oplyser, at hvis han og vagtudvalgsformanden synes, at der er et gennemgående træk i UTH'erne, der kan drages læring af, så skriver vagtchefen ud til lægerne *"en gang i mellem"* om det. Det aftales desuden på møderne, hvilke hændelser der egner sig til at danne grundlag for en såkaldt *"læringsartikel"*, herunder *"ugens UTH"* i Nord KAPs nyhedsmail, der sendes til de praktiserende læger, som har tilmeldt sig nyhedsmailen (som ikke automatisk går til læger med vagtydnummer).

Vagtchefen oplever, at den organisering og det samarbejde, som er blevet opbygget på området, er relativt ny, men velfungerende. Han undres dog over antallet af indrapporterede UTH'er, som han finder lavt, hvilket får ham til at vurdere, at der bliver underrapporteret: *"Jeg tror, at vi i almen praksis underrapporterer, fordi det er lidt tungt at sætte sig ned og indberette alt det her"*. Han vurderer således, at systemet i sig selv kan være tungt og medvirke til, at det bruges i mindre grad.

5.2.7 Region Midtjylland: Arbejdet med patientsikkerhed

Det er formanden for vagtudvalget, der sammen med et andet PLO-medlem af udvalget har samarbejdet med den regionale risikomanager (RM) om patientsikkerhedsarbejdet og behandlingen af UTH'er.

Den regionale risikomanager, der har været på området siden 2010, beskriver arbejdet med patientsikkerhed således: Når der indberettes en hændelse, finder RM via kontakt til lægeforeningens sekretariat i regionen frem til den involverede læge og får udlåst vedkommendes private mail. Da dette ikke er sikre postkasser, sender RM kun et resumé af hændelsen uden personfølsomme data til den involverede vagtlæge. For at få oplyst navn og cpr-nr. på patienten – som er nødvendigt, for at lægen kan finde frem til den relevante patientkontakt – er lægen nødt til efterfølgende at kontakte RM.

Med den initiale kontakt til lægen sendes også en standardmail fra RM, som understreger, at UTH'er har et læringsfokus og ikke sanktioner. Hændelsen sendes til kommentering hos lægen, som enten svarer skriftligt, ringer til RM eller undlader at svare. RM oplyser, at en del undlader at svare, og at en medvirkende årsag til dette kan være, at lægerne som beskrevet er nødt til først at kontakte RM vedr. cpr-nr. og navn på patienten, før lægen kan finde frem til den relevante patientkontakt, fordi der ikke findes et system med direkte adgang til sikre mails for alle læger i vagtlægeordningen.

RM foretager omklassifikation af hændelser i de tilfælde, hvor de vurderes at være klassificeret forkert.

RM foretager ikke kerneårsagsanalyser af hændelser i lægevagten, men i den standardmail, som lægerne får, opfordres de til at forholde sig til fire spørgsmål som led i en hændelsesanalyse. RM oplever, at lægerne relativt sjældent anvender dette. RM påpeger dog, at i de tilfælde, hvor der opnås en (telefonisk) dialog med de involverede læger, der er dialogen positiv, og RM oplever, at de enkelte læger via dialogen får en bedre forståelse af formålet med og læringspotentialet ved UTH'er.

RM søger at se mønstre i UTH'erne med henblik på at uddrage mere generel læring af hændelserne, hvilket dog kan være vanskeligt, bl.a. fordi der er relativt få hændelser, og derfor kan det være vanskeligt at se mønstre.

RM har to årlige møder med de to PLO-udpegede vagtudvalgs-læger på området – et samarbejde, som har fungeret i ca. 4 år. På disse møder drøftes enkelthændelser ikke, men der er i stedet fokus på generelle forhold. Her en dialog omkring, hvordan der kan skabes mere læring på basis af UTH'erne sat på dagsorden i 2018. RM oplever, at der er en god dialog med de to PLO-repræsentanter i forhold til læringspotentialet i UTH'er. Ud over de to faste møder har RM ad hoc kontakt til de to PLO-repræsentanter ved behov. Det kan dreje sig om sager, som RM vurderer, er principielle eller vedrører organisatoriske forhold.

RM skriver nyhedsmails til lægerne, og når der er noget, som vedrører patientsikkerhed i lægevagten, er en af PLO-repræsentanterne medunderskrivere. Disse nyhedsmails sendes til alle de praktiserende læger i regionen og til de læger med vagtydnummer, som har valgt at abonnere på nyhedsmailen fra RM. Der er ikke en fast frekvens for disse mails, men de sendes mindre end fem gange årligt, oplyser RM.

5.2.8 Region Syddanmark: Arbejdet med patientsikkerhed

Arbejdet med patientsikkerhed i relation til lægevagten i Region Syddanmark er beskrevet via oplysninger fra vagtchefen. Ifølge vagtchefen er der ikke tilknyttet en risikomanager til vagtlægeordningen.

Vagtchefen ser alle indberettede UTH'er, tager stilling til dem, og der, hvor vagtchefen vurderer, at det er relevant, høres den læge, som har været involveret. I fald der er generel læring at uddrage, informeres alle læger af vagtchefen.

Vagtchefen oplever, at mange indberettede UTH'er drejer sig om "*petitesser*" og foretrækker direkte kommunikation – at indberetter fx ringer til ham i stedet, så de kan få en snak om det. Han kommer med eksempler på fx en skadestue, der indberettede 12 UTH'er på en weekend, som han vurderer, omhandlede "*minimale ting*", der snarere omhandlede samarbejdsproblemer end UTH'er, ifølge vagtchefen. Det samme oplever han kan gøre sig gældende med hjemmeplejen. Han oplever ikke, at systemet med indberetninger er den bedste eller hurtigste vej til læring, som han ser som det primære formål.

Vagtchefen forklarer, hvorfor han ikke oplever, at der er noget læringsmæssigt formål i at indberette i lægevagten – og lægevagten: Han påpeger, at indberettede hændelser skal håndteres internt i lægevagten, og derfor vurderer han, at det er lige så virkningsfuldt at håndtere hændelsen med det samme uden at bruge tid på at foretage en indberetning. Derfor vurderer han, at UTH-systemet kun er relevant til at indberette hændelser, der er sket i andre institutioner: "*Det tjener ikke noget formål*

at en institution indberetter en UTH om sig selv. Det er noget, man gør om andre, så andre bliver opmærksomme på det”.

Ifølge vagtchefen indrapporterer vagtlægerne stort set ikke UTH'er, og i det omfang, de gør, er det om forhold uden for vagtlægeordningen. En UTH, som ofte opleves af lægerne i vagten, men som efter vagtchefens vurdering ikke indberettes så ofte, er, når plejehjem – eller endnu hyppigere bosteder uden sundhedsfagligt personale – kontakter vagtlægen vedrørende forkert givet medicin. Vagtchefen går ud fra, at personalet disse steder selv indberetter disse UTH'er, og at den læring, der skal ske, foregår på de institutioner, hvor fejlene sker igen og igen. Vagtchefen påpeger, at det ikke er lægevagts opgave at gå ind i sådanne udfordringer i andre organisationer.

Vagtchefen ser dog også meget relevante UTH'er. Et eksempel er en UTH fra en ambulance, som indberetter, at vagtlægen var kørt, inden ambulancen kom. I sådanne tilfælde ser vagtchefen det som relevant, og hans arbejdsgang er at sende UTH'en ud til den læge, der har været indblandet i sagen, og give ham mulighed for at svare. Og i de tilfælde hvor vagtchefen vurderer, at det har principiel karakter, skriver han det ud som en såkaldt *short news*-mail til lægerne i vagten. Et andet eksempel på en UTH, som vagtchefen finder relevant, er en borger, som ringer med ondt i brystet og udstråling til arm, hvor beskeden fra en visiterende læge havde været, at borgeren skulle ringe 112. Men det skal lægen gøre, og derfor vurderer vagtchefen, at den slags UTH'er er vigtige at skrive ud til alle læger i vagten om for at sikre læring bredt.

5.2.9 Region Sjælland: Arbejdet med patientsikkerhed

I Region Sjælland er det en områdevagtchefen, som har patientsikkerhedsområdet som sit ansvarsområde. Områdevagtchefen har et tæt samarbejde omkring UTH med den regionale risikomanager (RM).

RM oplyser, at hun modtager alle indberettede hændelser vedrørende lægevagten. Hvis UTH initialt er klassificeret med alvorlighedsgrad 4 eller 5, orienterer den regionale risikomanager ugentligt den patientsikkerhedsansvarlige områdevagtchef og den koordinerende vagtchef. Når det er nødvendigt, foretager risikomanageren – ofte i samarbejde med områdevagtchefen – omklassifikation af hændelser til en lavere alvorlighedsscore, da hun oplever, at mange rapportører klassificerer UTH ud fra potentiel alvorlighed og ikke – som det er meningen i DPSD – som faktisk alvorlighed.

RM oplyser, at det i lægevagtsordningen er aftalt, at den involverede vagtlæge skal inddrages i analysen af UTH'er. Risikomanageren sender resumé af hændelsen til den involverede vagtlæge sammen med et analyseskema, som lægerne udfylder og returnerer. Lægerne bliver informeret om, at analysearbejdet sker med henblik på læring. Dette for at sikre, at vagtlægerne er bekendte med systemet og med, at UTH ikke hænger sammen med klagesystemet.

Når lægernes skriftlige kommentarer returneres i analyseskemaet, kan RM i nogle tilfælde tage kontakt til lægen for at få uddybet analysen. Risikomanager vurderer sammen med vagtchef og eventuelt den involverede læge, om der behov for en kerneårsagsanalyse, hvilket sker relativt sjældent.

Kvartalsvis sender RM en oversigt til områdevagtchefen over UTH'er og analyser fra DPSD. Derudover har RM løbende kontakt til områdevagtchefen, fx i forbindelse med konkrete UTH'er og kerneårsagsanalyser.

På baggrund af tendenser og mønstre i UTH kan RM anbefale temaer eller konkrete pointer til læring. Det er dog op til vagtchefen at pege på de områder, hvor det vurderes, at der er grundlag for generel læring.

Vagtchefen peger på, at i de sager, hvor lægevagten vurderer, at der er grundlag for generel læring, lægges det op på lægevagtens hjemmeside til lægernes orientering.

Vagtchefen oplever, at det primært er sundhedspersonale på plejehjem og sygehuse, der indberetter UTH'er omkring lægevagten, og at det i mindre grad er lægevagten, der indberetter. I det omfang lægevagten selv indberetter, er det vagtchefens oplevelse, at det drejer sig om forhold i andre sektorer, fx udfordringer i hjemmeplejen. Men hans oplevelse er, at det meget sjældent er læger der indberetter.

Vagtchefen oplever, at UTH'erne i varierende grad er relevante og fører til læring: En del af de UTH'er, der indberettes via kommunerne er ifølge vagtchefen *"overdramatiseret voldsomt, og det gør det svært at trække læring ud af det"*. Men han nævner også områder, han finder relevante, særligt indberetninger fra bl.a. AMK vedrørende transport af patienter. Her er man blevet opmærksom på de fejl og risici, der kan opstå i forbindelse med kommunikationsbrist i overdragelsen af patienter. Således har der tidligere været overgangsproblemer, hvor kommunikation er gået tabt i forbindelse med indlæggelse, og hvor indberetning af UTH'er har ført til, at man har implementeret en *overdragelsesseddel*, som lægen udfylder med symptomer, bestilt transport, navnet på lægen, og som ligger ved patientens side, så de der kommer og henter patienten i hjemmet kan læse det og på denne måde sikre, at oplysningerne følger patienten på et stykke papir.

5.2.10 Region Hovedstaden: Arbejdet med patientsikkerhed

Akuttelefonen 1813 oplyser, at alle utilsigtede hændelser, der rapporteres i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), scores ud fra alvorlighedsskalaen (jf. Tabel 5.5, s. 103). Ved rapportering scorer rapportøren alvorligheden, men når Akutberedskabet modtager rapporteringen, vurderer risikomanageren og kvalitetskonsulenten den rapporterede alvorlighedsscore med henblik på at fastlægge den videre sagsbehandling. Efter endt analyse tager risikomanageren og kvalitetskonsulenten sammen med 1813-sektionslederne stilling til, om hændelsen skal omscores i forhold til Region Hovedstadens retningslinjer på området.

Alle nye rapporterede UTH'er gennemgås dagligt af Akutberedskabets risikomanager og en kvalitetskonsulent. Såfremt en UTH vurderes som *"alvorlig"* eller *"dødelig"*, orienteres ledelsen omgående, og der iværksættes en proces, som sikrer hurtig igangsættelse af en analyse af hændelsen samt stillingtagen til, hvorvidt der skal tages direkte kontakt til patient/pårørende. Desuden orienteres direktionen og ledelsen ugentligt om den foregående uges utilsigtede hændelser med henblik på at iværksætte relevante tiltag, sikre læring og kvalitetsudvikling. Ledelsen og kvalitetsteamet gennemgår sammen UTH'er hver uge og danner på denne måde et overblik over, hvad der er sket, hvad hændelserne handler om, og hvad der eventuelt kan uddrages af læring. Ligeledes ugentligt er der fast UTH-møde med det sygeplejefaglige personale, som er til stede, hvor den forrige uges UTH'er og konklusioner gennemgås. Endelig formidles stort set alle hændelser og konklusioner til alle medarbejdere i 1813's interne nyhedsavis.

Alle hændelser analyseres således med henblik på at uddrage temaer, tendenser og læring, og efter afsluttet analyse sikres det, at der uddrages læring af hændelsen, herunder bred formidling til personalet og eventuel revision af vejledninger og opdateringer af it-systemer. Desuden anvendes UTH'er i forbindelse med de individuelle statussamtaler og medarbejderudviklingssamtaler med personalet.

5.3 Tilsynsforanstaltninger og klager

I dette afsnit beskrives systemet omkring tilsynsforanstaltninger og klager i relation til vagtlægeordningerne samt 1813.

Først beskrives tilsynsområdet og dernæst klageområdet. Der skelnes mellem to forskellige former for klager: Klager over sundhedsfaglig behandling, som Styrelsen for Patientsikkerhed (tidligere Patientombuddet) har myndighed til at behandle (afsnit 5.3.2, s. 114), og klager over service eller sundhedsfaglige adfærd, som behandles i den enkelte region (afsnit 5.3.3, s. 115).

5.3.1 Tilsyn og tilsynsforanstaltninger på området

Dette afsnit er baseret på informationer fra og godkendt af Bente Møller, Sektionsleder for Tilsyn og Rådgivning Øst, i Styrelsen for Patientsikkerhed.

Der skelnes mellem klagesagsområdet og tilsynsområdet, som beskrives i dette afsnit, på følgende måde: I klagesager handler det om at se *bagud* og afgøre, om den konkrete hændelse/det konkrete forløb giver anledning til kritik i et eller andet omfang. I tilsynssager handler det om at vurdere sagen i et *fremadrettet* perspektiv, herunder om en organisatorisk enhed eller en konkret sundhedsfaglig person er til fare for patientsikkerheden i et sådant omfang, at der fremadrettet skal sanktioneres i et eller andet omfang.

Der føres to former for tilsyn: det individrettede, som vedrører specifikke sundhedsfaglige personer, og det organisatoriske tilsyn, som vedrører behandlingssteder. De to typer beskrives nedenfor.

Det individrettede tilsyn

Tilsynssager med konkrete sundhedspersoner kan oprettes som følge af såkaldte "bekymringshenvendelser" fra andre, fx patienter eller pårørende, andre fagpersoner, ledere eller kollegaer. Men Styrelsen kan også selv indlede en tilsynssag, fx som følge af en afdækning i pressen. Endelig kan det ske på baggrund af klagesager, hvor der er givet kritik. Alle sundhedsfaglige klager, hvor der er givet kritik, sendes i kopi til tilsynsenheden fra den enhed, som behandler klagerne (et andet kontor i Styrelsen for Patientsikkerhed). Der oprettes således altid en tilsynssag på de sundhedspersoner, som har modtaget kritik. Herefter vurderes det, om der skal gås videre med sagen, hvilket ofte er tilfældet, hvis der har været flere tidligere klager over samme person, eller hvis kritikken er særligt alvorlig.

Ved alle sager – ikke kun dem med baggrund i en klagesag med kritik – vurderes det, om der er behov for at indhente yderligere information, og dernæst om der er behov for at gå videre med sanktionsmuligheder. Den mildeste sanktion er "skærpet tilsyn", og derudover er der forskellige former for "indskrænket virksomhed" over til den alvorligste, som er midlertidig fratagelse af autorisation, idet permanent fratagelse af autorisation kræver en domstolsafgørelse.

Dette system betyder, at der er meget stor forskel på, hvor mange tilsynssager der oprettes, og hvor mange der ender med en form for sanktion.

Det registreres ikke, hvorvidt hændelser, der fører til tilsynssager, er sket i vagt eller dagtid – hverken for praktiserende læger eller for andre sundhedsfaglige på fx hospitaler. Hverken antallet af oprettede sager eller antallet af sager, som ender med en sanktion, er muligt at opgøre for lægevagten eller 1813 via udtræk fra database. Det kræver at manuel gennemgang af sagerne (hvilet man gjorde i 2009, da man lavede en større undersøgelse af området i regi af Sundhedsstyrelsen).

Det organisatoriske tilsyn

Indtil indførelsen af det risikobaserede tilsyn i 2017 blev der ført frekvensbaserede tilsyn med plejecentre, speciallægepraksis samt det kosmetiske område. I 2017 ændredes det proaktive risikobaserede tilsyn til at omfatte alle typer af behandlingssteder, herunder både offentlige og private steder.

Der udføres planlagte såvel som reaktive tilsyn:

I 2017 er der foretaget planlagte risikobaserede tilsyn i almen praksis (i form af stikprøver), men ikke i vagtlægeordninger eller 1813. Der har således ikke været gennemført planlagte tilsyn i vagtlægeordninger eller 1813 i 2017.

Ud over de planlagte tilsyn har der både før og nu været reaktive tilsyn, altså tilsyn på baggrund af fx forløbsklager, pressesager, bekymringshenvendelser mv. Omfanget af disse sager afhænger af problemstillingen. Styrelsen for Patientsikkerhed har foretaget et reaktivt tilsyn på 1813 den 6. april 2017. Konklusionen var, at der blev fundet *"få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden"*; og at Styrelsen for Patientsikkerhed på den baggrund ikke ville foretage sig yderligere (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2017b).

Med en lovændring i 2015 fik styrelsen mulighed for at anvende organisatoriske sanktioner i form af påbud eller forbud. Der har ikke tidligere været sanktionsmuligheder i forbindelse med organisatoriske tilsyn.

Det er muligt at opgøre antallet af (reaktive) organisatoriske tilsynssager, som vedrører lægevagterne eller 1813, men der kan ikke skelnes mellem antal oprettede sager og antal sager, hvor der er fundet grundlag for sanktion, da styrelsen først fra 2017 har opgjort sagerne på den måde, og da sanktionsmuligheden først er indført fra 2015. Styrelsen påpeger, at antallet af oprettede tilsynssager ikke siger noget om forholdene på det enkelte behandlingssted, men kun noget om, hvor mange sager der har været oprettet, muligvis af vidt forskellige årsager. Styrelsen vurderer, at antallet af oprettede tilsynssager både er en funktion af klagekulturen lokalt, pressemæssig bevågenhed på et område såvel som politisk og befolkningsmæssigt fokus området.

VIVE konkluderer på den baggrund, at da det kun er muligt at opgøre antallet af oprettede tilsynssager og ikke antallet af sager, som har medført kritik eller sanktion, er antallet af oprettede sager ikke en relevant indikator for kvalitet. Derfor er Styrelsen for Patientsikkerhed ikke blevet bedt om at opgøre antallet af oprettede sager. Det vil dog være relevant fremadrettet – som følge af de muligheder, som de nye opgørelsesmetoder giver – at følge udviklingen på området tættere.

5.3.2 Klager af sundhedsfaglig karakter (behandlet i Styrelsen for Patientsikkerhed)

Dette afsnit er baseret på informationer fra og godkendt af kontorchef Lisbet Stihøj Kristensen, Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen for Patientsikkerhed har kompetence til at behandle klager over sundhedsfaglig behandling. Når Visitationskontoret i Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en klage, får kollegaerne i tilsynskontorerne i Styrelsen for Patientsikkerhed besked, hvis det ud fra klagen bliver vurderet, at der er tale om aktuel overhængende fare for patientsikkerheden, der kræver umiddelbar handling, eller hvis der er begrundet mistanke om alvorligere fare for patientsikkerheden.

Når styrelsens afgørelse i klagesagen foreligger, bliver den sendt til tilsynskontorerne.

Når Styrelsen for Patientsikkerhed modtager en klage, skelnes der mellem, hvad der vedrører den sundhedsfaglige behandling, og hvad der eventuelt i samme klage måtte vedrøre service eller adfærd. Hvis det vurderes, at der i klagen er noget væsentligt, der vedrører service eller adfærd, sendes den videre til regionen, og patienten, der har klaget, informeres om dette (og om at regionen selv vurderer, om den vil behandle service- eller adfærdsdelen af klagen). Hvis styrelsen vurderer, at der er tale om noget mere bagatel-agtigt vedrørende service eller adfærd, så informeres patienten om muligheden for selv at gå videre med en service- eller adfærdsklage i regionalt regi.

Fokus i klagesagsbehandlingen er den enkelte hændelse eller det enkelte forløb, der klages over, og om der skal udtales kritik af den eller de sundhedsfaglige, der har været involveret i forløbet. Om der skal sanktioneres, ligger uden for klagesagsbehandlingen. Det er styrelsens tilsynskontorer, der tager stilling til sanktionering.

Klagesagsbehandlingen har altid haft fokus på at behandle den enkelte klage ud fra præcis dét, som klageren har skrevet i klagen, herunder at vurdere om der skal gives kritik i den konkrete situation. Klagerne har været registreret på en måde, der ikke gør det muligt at søge på en bestemt lokalitet, som fx lægevagten eller 1813. Der arbejdes på at ændre dette fremadrettet, så det bliver muligt at identificere bestemte behandlingssteder (og enkeltpersoner) bedre, dette bl.a. for at kunne understøtte tilsynskontorerne og det nye risikobaserede tilsyn. Det betyder, at det i dag ikke er muligt at lave en opgørelse over antallet af sundhedsfaglige klager relateret til lægevagten eller 1813.

5.3.3 Klager over service eller fagpersoners adfærd (behandlet i regionerne)

Den anden type klager – over service eller sundhedsfagliges adfærd – indgives til den enkelte region. Den regionale klagesagsbehandling beskrives i nedenstående regionale afsnit. Men fælles for de fem regioner er, at klagerne er af meget forskellig art: Ifølge de regionale kontaktpersoner kan de være over alt fra ventetid, lægens talemåde og at kaffen i venteværelset er kold, til mere substantielle udfordringer. Flere kontaktpersoner peger på, at klager, som ikke vedrører telefonkonsultationer, ofte ender i *"påstand mod påstand"*. Desuden peger nogle regionale kontaktpersoner på, at de kan se udsving i antallet af klager som følge af pressebevågenhed på fx en enkeltsag i en regions lægevagt, hvilket ofte afføder en øget klageintensitet i kølvandet på sådanne sager.

At foretage en sammentælling af så forskelligartede forhold, som kontaktpersonerne beskriver, vil ikke give et retvisende eller sammenligneligt billede af forholdene i den enkelte lægevagt/1813. Derfor har VIVE valgt ikke at skildre området kvantitativt med en sammentælling af antal klager. I stedet er klagesagsbehandlingen beskrevet i den enkelte region ud fra kvalitative data.

Region Nord: Behandling af serviceklager

Behandlingen af klagesager i lægevagten i Region Nord er beskrevet i en klagesagsprocedure for almen praksis (Samarbejdsudvalget for læger i Region Nordjylland, 2016). Her gengives de elementer, som er relevante for klager over vagtlægeordninger, suppleret med oplysninger fra regionens kontaktperson.

En klage kan rejses på flere måder: direkte til lægen, til vagtchefen, til Region Nordjylland eller til Lægeforeningen Nordjylland/PLO Nordjylland.

Men ikke alle henvendelser fra borgere er skriftlige, og ikke alle har form af egentlige klager. Region Nordjyllands kontaktperson påpeger således, at der er et niveau af kritiske henvendelser, der ligger under egentlige klager, og hvor borgeren ikke ønsker at klage, men bare gerne vil tale med vagtchefen om en kritisk oplevelse. Disse henvendelser går direkte videre til vagtchefen, og dem hører regionen ikke mere om. Ifølge vagtchefen drejer disse henvendelser typisk om borgere, der *"gerne*

vil sige noget til eller om en læge, og de vil gerne sikre sig, at det ikke gentager sig". Alt efter, hvad det drejer sig om, skriver eller ringer vagtchefen til borgeren – og i nogle tilfælde kontakter han den involverede læge.

Når der klages skriftligt, foretager regionen i samarbejde med PLO Nordjylland en umiddelbar vurdering, hvor temaet afgrænses og eventuelt uddybes med yderligere oplysninger fra klager. Det vurderes også, hvorvidt klagen omhandler service/adfærd eller faglighed, og ved faglige klager oplyses der om, at Styrelsen for Patientsikkerhed er rette klageinstans.

Hvis der er tale om klager over lægevagten, sendes kopi til vagtchefen, der bedes om at fremsende relevante oplysninger og sagsmateriale vedrørende klagen til regionen. PLO Nordjylland beder vagtchefen om at sende kopi af det relevante sagsmateriale til den læge, der er klaget over.

Sagen behandles ved, at der foretages partshøring, hvor den læge, der er klaget over, kommer med et skriftligt svar. Efter høringsprocessen og eventuel indhentning af supplerende oplysninger udarbejder regionen et udkast til afgørelse af klagen, som sendes til samarbejdsudvalgets medlemmer for kommentarer. Hvis samarbejdsudvalget er enig, sendes afgørelsen til indklager.

Region Midtjylland: Behandling af serviceklager

Proceduren for håndtering af klager i Region Midtjylland er som følger, jf. regionens kontaktperson: Klage kan indgives digitalt med NemID eller ved indsendelse af klageformular (udskrift af pdf-dokument). Begge dele sker via regionens hjemmeside, og der sendes kvitteringsbrev til klager. Indklagede læge høres i klagen, og indklagede læges udtalelse til sagen sendes i høring hos klager. Hvis klagen vedrører en telefonsamtale – og regionens administration vurderer, at det er relevant – indhentes lydfil af samtalen via vagtchefen. I så fald høres begge parter i lydfilen. Er der tale om en mere generel sag, som ikke vedrører en enkelt vagtlæge, men i stedet lægevagten som system, sendes sagen i høring/til udtalelse hos formanden for lægevagtsudvalget. Når begge parter er hørt i behørigt omfang, og sagen må anses for tilstrækkeligt oplyst, er sagen klar til afgørelse i Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Alle serviceklager, der vedrører en læges opførsel, sendes således udelukkende til pågældende læge med henblik på en udtalelse og ikke til vagtudvalgsformand eller vagtchef, der således ikke orienteres om serviceklager vedrørende enkeltlæger. Kun serviceklager, der vedrører lægevagten mere generelt, går til vagtudvalgsformanden. Vagtchefens rolle er alene at fremsende lydfiler – og i sjældne tilfælde også journalnotater – i de tilfælde, hvor regionens administration vurderer, at det er relevant for sagen.

Nogle sager afgøres dog administrativt af regionen uden at blive forelagt Samarbejdsudvalget for almen praksis. Det drejer sig om serviceklager over en vagtlæges opførsel under konsultation i lægevagten eller besøg, idet der ikke findes lydfiler af disse, og det vil som oftest medføre, at det ikke er muligt at afgøre, hvad der er sket, og dermed heller ikke, hvem der har ret. I de tilfælde, hvor den indklagede læge ikke er enig i klagers påstande, afgøres sagen administrativt i regionen til lægens fordel, idet der ikke vurderes at være dokumentation for at give klager medhold. Klager, der er indgivet, efter klagefristen er udløbet, afvises ligeledes administrativt.

I alle sager, der afgøres administrativt, vejledes såvel klager som den indklagede læge om muligheden for at klage over den administrative afgørelse og indbringe klagen for Samarbejdsudvalget for almen praksis.

Det er dog ikke alle henvendelser, der bliver til klager, forklarer vagtchefen. Ligesom i Region Nordjylland opleves borgere, som ikke ønsker at indgive en skriftlig klage, men som gerne vil tale med

vagtchefen om en hændelse i lægevagten. Vagtchefen beskriver: *"Hvis nogen bare vil have en snak med vagtchefen, så henvender de sig til mig, og så tager jeg en snak med dem. Og nogle gange er der nogen, der siger: 'Vi kunne godt tænke os, at den og den læge bliver gjort opmærksom på sådan og sådan, for det viste sig, at jeg fejlede sådan og sådan'. Og så tager jeg den snak med den kollega. Og så kan jeg sige til patienten, der har henvendt sig, at nu har jeg orienteret vedkommende læge om det. Det er ofte fuldt tilstrækkeligt for patienterne, og så er det dér, den ender. Det er ikke alle, der ønsker at lave en klage. Mange ønsker bare at gøre opmærksom på noget, fordi de nødtigt vil have, at andre kommer i den samme situation. Og det er al ære værd, og det tager vi til os"*.

Vagtchefen pointerer, at alle, der henvender sig til ham, bliver orienteret om, hvilke muligheder der er for at klage, søge erstatning eller henvende sig til regionen, hvis de oplever, at lægen ikke har opført sig passende.

Region Syddanmark: Behandling af serviceklager

Behandlingen af klagesager i lægevagten i Region Syddanmark er ikke beskrevet i en skriftlig klageprocedure, dog står i vagtaftalen, at det er samarbejdsudvalget, der behandler og træffer afgørelser om patientklager, der vedrører service. Udarbejdelsen af udkast til afgørelse sker i regionalt regi. Vagtchefen deltager ikke i behandlingen af klagesagsafgørelser, det gør derimod formanden for vagtudvalget, som får alle afgørelser til kommentering.

Vagtchefen forklarer, at han ser alle klager, både serviceklager og sundhedsfaglige klager (idet der bliver efterspurgt journalmateriale og eventuelle lydfiler fra lægevagten). Og han får alle afgørelser, hvilket han oplever positivt, og vagtchefen anvender dem i hans vejledning af kollegaerne. Ligesom ved UTH'er vurderer vagtchefen, om der er generelle og principielle forhold, som de øvrige vagtlæger bør orienteres om, og i de tilfælde kommunikerer han det – enten via såkaldte "short news" eller nyhedsbreve.

Ud over skriftlige klager er der også et niveau under dette, hvor en borger bare ønsker at tale med vagtchefen. Nogle ønsker på den baggrund ikke at klage, forklarer vagtchefen.

Region Sjælland: Behandling af serviceklager

Serviceklager behandles i samarbejdsudvalget, hvor den koordinerende vagtchef ikke deltager. Regionen indhenter i forbindelse med udarbejdelsen af udkast til afgørelser udtalelser fra den involverede læge uden om vagtchefen, som ikke er direkte involveret i processen. En af områdevagtcheferne koordinerer indsamling af udtalelser fra involverede læger og indhenter journalnotater og lyd-filer (Orsholt et al., 2015).

Inden Samarbejdsudvalgets behandling af serviceklagen har PLO mulighed for at kommentere regionens oplæg til afgørelse. Vagtchefen bliver kun spurgt, hvis der noget specifikt, han skal udtale sig om.

Som i andre regioner er der også på Sjælland tit borgere, som bare vil have en snak med vagtchefen eller orientere om noget, der ikke har været hensigtsmæssigt, forklarer vagtchefen: *"Så forhører jeg mig, om de vil klage, eller det bare er en orientering. Og hvis det er det sidste, så tager jeg en snak med dem, eller gør det via mail. Nogle gange ønsker de at tale med lægen, der har været involveret, og så kontakter jeg lægen og beder vedkommende – hvis vedkommende har lyst til det – om at kontakte borgeren"*.

Region Hovedstaden: Behandling af serviceklager

På Akuttelefonen 1813 er der ligesom i vagtlægeordningerne forskellige former for respons, og ikke alle henvendelser bliver til service-/adfærdsklager eller sundhedsfaglige klager.

Alle patienter, der henvender sig, bliver kontaktet telefonisk med det samme for at få klagen uddybet og for at vise patienterne, at klager tages alvorligt, forklarer ledelsen af Akuttelefonen 1813. Og de, der ønsker det, får et skriftligt svar, mens andre i stedet blot ønsker en snak og eventuelt et dialogmøde. I tilfælde af dialogmøder, afholdes de med ledelsen og eventuelt relevante medarbejdere.

Optagelser af visitationssamtaler anvendes i arbejdet med klager, hvis det vedrører en samtale. Det gør det muligt at tage fat i de konkrete sager for at uddrage læring omkring adfærd og kommunikation, idet det ofte er disse temaer, som klager (såvel som UTH'er) centrerer sig om, oplever ledelsen af 1813.

Serviceklager vedrørende Akuttelefonen 1813 behandles ligesom klager på regionens hospitaler, og her forelægges individuelle svar ikke politisk. Men ledelsen af 1813 forklarer, at der foretages en årlig redegørelse i sundhedsudvalget, hvor bl.a. antallet af klager også indgår.

5.4 Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Kortlægning af kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde er et element i opdraget. Men som det fremgår af kortlægningen, så fungerer vagtlægeordningerne som det, nogle vagtchefer beskriver som en 'vikarordning for almen praksis uden for dagtiden'. Der er tale om en gruppe af selvstændige – praktiserende læger, der har en kollektiv forpligtelse til at dække vagterne. Der er ikke tale om ansatte medarbejdere i samme enhed, hvor der fx bedrives kompetenceudvikling som led i en ansættelse. Vagtcheferne peger gentagne gange på, at de ikke har det direkte lægefaglige ansvar for kvaliteten af den enkeltes arbejde – herunder for udvikling eller vedligeholdelse af den enkeltes faglige kompetencer. Gennemgangen af kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde skal ses i dette lys.

I dette afsnit beskrives de temaer og tiltag, som vagtcheferne og ledelsen af 1813 har peget på i relation til kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde. Gennemgående temaer er introduktion af nye læger og øvrige medarbejdere samt de former for kompetenceudvikling, der måtte eksistere, eventuelle målinger af patienttilfredshed samt øvrige kvalitetsrelaterede tiltag, herunder forskningsaktivitet. Det skal bemærkes, at arbejdet med patientsikkerhed, som blev beskrevet i afsnit 5.2, s. 101, også er relateret til kvalitetsarbejdet.

5.4.1 Region Nordjylland: Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Medarbejderintroduktion og kompetenceudvikling

Vagtlægeordningen har et éndags **intro-lægevagtskursus**. Vagtchefen forklarer, at kurset primært omhandler praktiske forhold, herunder introduktion til, hvordan journalsystemet fungerer, viden om hvad en lægetaske skal indeholde o.l. Kurset afholdes af læger fra vagtudvalget. De fleste yngre læger har taget dette kursus, mens de pensionerede praktiserende læger med vagtydnummer ikke vurderes at have behov for det. De har dog mulighed for det, hvis de ønsker.

Desuden oplyser vagtchefen, at der for nylig har været afholdt **visitationskursus** for første gang i mange år. Kurset omhandlede kommunikation med patienter – *"de problematikker der ligger i at møde folk, høre efter og kommunikere"*, som vagtchefen formulerer det. Samtidig oplever vagtchefen, at kurset skaber en fælles forståelse af, hvad lægevagten skal/ikke skal håndtere, herunder fx

udfordringer omkring recepter. Kurset var frivilligt, men blev godtgjort som efteruddannelse, og der var 90-100 deltagere. Vagtchefen ønsker kurset afholdt fast 1-2 gange årligt, og han ønsker, at kurset bliver en del af en ny vagtaftale, som p.t. er under forhandling i Region Nordjylland.

Desuden foregår sidemandsoplæring, idet ingen kan visitere, før de har gennemført to følgevagter i visitationen med en erfaren visitator.

Patienttilfredshed og øvrige kvalitetstiltag

Der foregår ikke øvrige målinger af patienttilfredshed eller øvrige kvalitetstiltag i relation til lægevagten i Region Nordjylland. Som der er fremgået gennem kortlægningen, er der udfordringer i relation til lægemangel og en spredt geografi med tyndt befolkede områder i regionen, der gør det udfordrende at få lægevagten til at fungere i praksis – herunder nå til enighed mellem region og PLO om tilgængelighed. Vagtchefen påpeger, at set i lyset af denne situation, er der p.t. ikke tid og ressourcer til at foretage sig yderligere i relation til kvalitetsudvikling.

5.4.2 Region Midtjylland: Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Medarbejderintroduktion og kompetenceudvikling

Vagtchefen ser de kurser, der holdes i regi af lægevagten, som en væsentlig del af kvalitetsudviklingen:

Der afholdes et obligatorisk **mini-intro-kursus** til de nye læger i vagt, herunder uddannelseslæger.

Der afholdes heldags **visitationskurser** 3 gange årligt. Typisk er det læger, der skal til at have visitationsvagter, der deltager, og de bliver undervist i kommunikation og faldgruber omkring kommunikation bl.a. ud fra klagesager og eksempler på konkrete forløb med patienter. Det er ikke et krav, at alle visiterende deltager, men vagtchefen skønner, at næsten alle nye læger tager kurset, inden de går i visitationsvagt.

Desuden har lægevagten som led i ændringer i koordinatorordningen holdt et **koordinatorkursus** i 2016, hvor 110 læger, der tager koordinatorvagter, deltog.

I samarbejde med DAPUC (Dansk Præhospital Uddannelsescenter) i Silkeborg holdes desuden løbende et **akutkursus**.

Derudover sendes generelle **mails med opdateringer og ny viden** ud løbende. Distriktsvagtcheferne kan sende til lægerne i egne distrikter, mens både vagtudvalgsformand og vagtchefen kan sende til alle læger i vagten.

Patienttilfredshed og øvrige kvalitetstiltag, herunder forskningsaktivitet

Der foregår ikke målinger af patienttilfredshed i relation til lægevagten i Region Midtjylland.

Lægevagten i Region Midtjylland har været involveret i et forskningsprojekt, som undersøger og sammenligner telefonvisitationen foretaget af praktiserende læger i lægevagten i Region Midtjylland og af sygeplejersker og læger i Akuttefonen 1813 i Region Hovedstaden. 112 er efterfølgende også blevet inddraget i projektet.

5.4.3 Region Syddanmark: Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Som det fremgår af tidligere afsnit, anvender vagtchefen bl.a. UTH'er og klager som afsæt for at formidle generel læring til lægerne i vagten. Det gør han via det, der kaldes "short news" og nyhedsbreve. Short news er helt basale ting, som læger i vagt skal huske at være opmærksomme på, mens nyhedsbrevene indeholder længere informationer, fx om en ny rekvireringsmodel for ambulancer, ny brobyggerordning, ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen om blodpropper, eller den generelle læring af en UTH eller en klage. Vagtchefen ser det som Sundhedsstyrelsens egen opgave at informere lægerne om fx nye vejledninger, men for at "*optimere i vores behandling af patienter i lægevagten*" sender han også vejledninger mv. ud til vagtlægerne. Vagtchefen beskriver sin rolle således: "*Jeg har det princip, at jeg skal ikke lære læger at være læger. Jeg er administrativ leder af vagten. Men jeg kan godt give dem en vedligeholdelse og en opdatering af den viden, de har, ved at sende ting fra sygehusafdelinger, Sundhedsstyrelsen, faglige selskaber osv.*"

Medarbejderintroduktion og kompetenceudvikling

Inden nye læger starter i vagt – det være sig både nynedsatte praktiserende læger og nye læger med vagtydernetnummer – skal de på et 3-timers kursus: "**visitationsmøde**", som vicevagtchefen afholder. Her introduceres de til visitationsguide mv. i Region Syddanmark med fokus på det, vagtchefen beskriver som "*det logistiske*" i forhold til at være vagtlæge i regionen. Desuden skal nye læger have 1-2 følgevagter med en kollega, inden de kan have selvstændige vagter.

I foråret 2016 besluttede vagtudvalget at gennemføre et **visitationskursus** på 6 timer med fokus på kommunikation. Baggrunden var en oplevelse af, at serviceklager ofte grundlæggende set handlede om kommunikation. Derfor ønskede vagtudvalget at give lægerne i vagten redskaber og kompetencer, der kunne optimere, hvordan man kommunikerer med patienter. Vagtchefen skønner, at der er anvendt ca. 1 mio. kr. på at gennemføre kurset.

Desuden har der været afholdt **kliniske kurser**; vagtchefen nævner fx et kursus om antibiotika for nogle år siden. Ved opstart af skadesvisitation (i 2014) blev der afholdt et **kursus i skadesvisitation**, og i 2008 blev der afholdt et "*helt lavpraktisk*" kursus om opstarten af den nye lægevagt i Region Syddanmark, oplyser vagtchefen.

Desuden peger vagtchefen på, at der holdes **løbende infomøder** for lægerne i vagtlægeordningen om relevante temaer (fra 2017-2018 nævnes temaerne "Problemer omkring dødsfald", "De nye regler omkring tvangsbehandling" og "Brobygger i Esbjerg").

Patienttilfredshed og øvrige kvalitetstiltag, herunder forskningsaktivitet

Vagtchefen påpeger, at der for 4-5 år siden blev foretaget en regional undersøgelse af patienttilfredsheden, som viste, at der var stor tilfredshed med lægevagten. Vagtchefen henviser til den regionale kontaktperson, som dog ikke har kunnet finde mere uddybende om nogen undersøgelse i arkiv e.l. Regionen har derfor ikke mulighed for at komme med yderligere information herom.

Vedrørende forskningsaktivitet peger vagtchefen på, at lægevagten planlægger et forskningsprojekt omkring antibiotika sammen med Syddansk Universitet (SDU).

5.4.4 Region Sjælland: Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Medarbejderintroduktion og kompetenceudvikling

Der findes to forskellige løbende kurser i lægevagten: introkursus for nye læger i lægevagten og et visitationskursus.

Alle uddannelseslæger skal på **introkursus**. Ligeledes skal læger fra andre regioner eller specialer også på introkursus, men det er ikke noget krav for almen medicinere fra regionen.

Visitationskurser er gennem de sidste 8 år afholdt et par gange om året. Kurset indeholder information om almen praksis, overenskomsten, tolkningen af denne og ydelsestabellen (Orsholt et al., 2015). Ifølge vagtchefen har stort set alle de praktiserende læger været igennem kurset, men det er ikke noget krav til dem, idet de sidder og laver det samme i dagtiden, og man kan derfor ikke stille krav om, at de skal på kursus for at gøre det samme i vagttiden, påpeger vagtchefen. Hvis yngre læger (i fase III) eller eksterne læger ønsker at få visitationsret, er det et krav, at de deltager i visitationskurset.

Ud over sin rolle i forhold til introkurser og visitationskurser påpeger vagtchefen, at han ingen rolle har i forhold til lægernes kompetenceudvikling og -vedligeholdelse: *"Man skal tænke vagten som et selvstændigt virke – man er sin egen herre i lægevagten. Vi ansætter ikke som sådan folk. De får et vagtydernummer af regionen og er selvstændige. Derfor skal de også sørge for, at de har de kompetencer, der skal til i lægevagten"*. Dette understøttes også af den fælles beskrivelse af vagtlægeordningen, som Region og Lægevagt Sjælland udarbejdede i 2015, hvori der står: *"Den koordinerende vagtchef har ikke et egentlig fagligt ansvar for en enkelte læges handling, men vi dog, hvis der udvises uforsvarlig adfærd, indberette lægen til embedslægeinstitutionen eller i ikke-graverende tilfælde give en henstilling til den pågældende læge"*. Vagtchefen beskriver, at hvis der via en patientkontakt eller andet bliver gjort opmærksom på noget, der skaber tvivl om, hvorvidt en konkret læge i vagten har et fagligt eller andet problem, bliver der reageret. Det kan bl.a. være ved at lave udtræk af pågældende læges journalnotater eller ved at lytte optagelser af pågældende læges visitationer igennem. Herefter tages stilling til et eventuelt behov for yderligere handling.

Ud over kurserne nævner vagtchefen, at han skriver nyhedsbreve til lægerne i vagten.

Patienttilfredshed og øvrige kvalitetstiltag, herunder forskningsaktivitet

I vagtaftalen er parterne enige om, at der hvert andet år foretages en patienttilfredshedsundersøgelse vedrørende lægevagten, hvis én af parterne i samarbejdsudvalget ønsker det. I så fald er det det regionale vagtudvalg, der forestår undersøgelsen og afrapportering. Der har siden 2011 ikke været foretaget undersøgelser af patienttilfredsheden, men der planlægges en patienttilfredshedsundersøgelse i regi af Region Sjælland i løbet af 2018.

Der foregår ikke p.t. yderligere tiltag i lægevagten i Region Sjælland. Vagtchefen beskriver, at der tidligere har været trukket data på udskrivning af morfica/misbrugsmedicin i lægevagten for at få indsigt i, hvor meget der blev udskrevet, og hvorvidt der burde handles på det. Vagtchefen beskriver, at han anvender nyhedsbrevene til at udmelde rammer og retningslinjer på området.

5.4.5 Region Hovedstaden: Kvalitetsudvikling og kvalitetsarbejde

Medarbejderintroduktion og kompetenceudvikling

Som led i ansættelsen skal **lægerne** gennem et 4 gange 4 timers uddannelsesprogram, mens **sygeplejerskerne** har et 6 ugers uddannelsesprogram. Programmet indeholder obligatorisk undervisning i sygdomslære, it-systemer, samtaleproces og visitationsretningslinjer i Region Hovedstaden. Derudover foretages sidemandsoplæring med fast evaluering og gennemlytning af 'voicelogs' (optagne samtaler med indringere).

Sygeplejerskerne undergår løbende kompetenceudvikling, bl.a. i forbindelse med ugentlige UTH-møder. I første kvartal 2018 er temaerne for sygeplejerskernes kompetenceudvikling fokus på infektionsmedicin og samtaleproces (kommunikation med indringere). Der afholdes årlige individuelle statusamtaler med sygeplejerskerne, hvor der bl.a. følges op på deres anvendelse af 1813's visitationsguide (beslutningsstøtteværktøj) samt deres kommunikation med indringere (kaldet samtaleproces). Som led i dette anvendes voicelog (afspilning af samtaler, som den enkelte har haft med indringere). Ledelsen af 1813 oplever, at anvendelsen af voicelog som led i den løbende læring er et godt værktøj, fordi såvel UTH'er som klager ofte handler om temaer relateret til adfærd og kommunikation.

Akuttefonen 1813 oplyser desuden, at der afholdes **tværfaglig undervisning** 4 gange om året i udvalgte emner med eksterne undervisere, fx undervisning i infektionssygdomme på Rigshospitalet af overlæger fra infektionsmedicinsk afdeling.

Lægerne får desuden tilbudt yderligere undervisning i udvalgte temaer 4 gange om året ved sessions af 2 timer. Og de rådgivende læger får derudover en opkvalificering på 3 gange 4 timer årligt. Fastansatte læger har desuden 10 uddannelsesdage årligt, jf. overenskomsten.

Akuttefonen 1813 oplyser, at der udleveres relevante lærebøger til alle medarbejdere, fx Akutte medicinsk tilstande, Den akutte patient og Dansk indeks. Og der udvikles e-learning for meningitis, og sjældne, men akut farlige tilstande, samt de hyppigste akutte tilstande.

Patienttilfredshed

Siden maj 2016 er der dagligt gennemført tilfredshedsmålinger via sms blandt brugere af Akuttefonen 1813. Tilfredshedsmålingen bliver hver dag sendt ud pr. sms til 200 tilfældigt udvalgte brugere af Akuttefonen 1813. Brugerne modtager en sms dagen efter deres opkald. Sms'en indeholder to spørgsmål: *"1) Var du overordnet tilfreds med kontakten til Akuttefonen 1813? 2) Fik du svar på dine spørgsmål ved opkaldet til Akuttefonen 1813?"*

Tilfredshedsmålingen viste gennem hele 2017 en jævn og høj tilfredshed, hvor godt 90 % af de adspurgte brugere hver måned svarede, at de var overordnet tilfredse med deres kontakt til Akuttefonen 1813. Desuden ses hen over året en svagt stigende tendens. Som beskrevet i afsnit om servicemål kan Akuttefonen 1813 konstatere, at patienttilfredsheden også er høj i perioder med længere svartider, og at den således ikke korrelerer med svartiden.

Øvrige kvalitetstiltag, herunder audit og forskningsaktivitet

Der udføres både intern og ekstern **audit** på patientforløb i Akuttefonen 1813. Der foretages internt audit på 160 patientforløb pr. måned i 10 måneder årligt (= 1.600 patientforløb i alt årligt). Desuden foretages eksterne audit på 20 patientforløb sammen med alle akutmodtagelser, akutklinikker og børnemodtagelser 2 gange årligt (14 enheder * 20 forløb, 2 gange årligt = 560 patientforløb i alt årligt).

I forbindelse med en tilsynssag i 2014 blev der rejst krav om udførsel af audit med en vis volumen og hyppighed. Der stilles ikke krav til volumen mere, men blot til at der fortsat auditeres. Akutberedskabet har dog selv valgt at fortsætte med den høje volumen.

De interne audits udføres med fokus på journalføringsbekendtgørelsen, anvendelse af spørgemetodik, patientsikkerhed, og hvorvidt visitationen er foretaget korrekt på de foreliggende oplysninger. Derudover auditeres der på fokuserede områder, der bliver udpeget af ledelsen af Akuttefonen 1813. Fokusområderne varierer og tilpasses løbende.

Audit på patientforløb benyttes til kvalitetsopfølgning for observationer, visitation, rådgivning, dokumentation og telefonkonklusioner givet på Akuttelefonen 1813. Audit gennemføres for at sikre, at visitation sker på et patientsikkert grundlag og for kontinuerligt at øge patientsikkerheden og kvaliteten af Akuttelefonen 1813's ydelser.

Når auditresultaterne foreligger, er ledelsen ved 1813 ansvarlig for at udpege opmærksomhedsområder og udarbejde handleplaner og implementere dem. En del af implementeringen vil foregå via undervisning af sundhedsfaglige visitatorer og alle læger ved Akuttelefonen 1813 samt via tavlemøder, nyhedsbreve til medarbejderne og justering eller tilføjelser i Akuttelefonen 1813's elektroniske værktøj "Visitationsguide 1813".

Forskning i Akutberedskabet er ifølge ledelsen af 1813 et højt prioriteret indsatsområde og er tæt integreret mellem 1813, vagtcentral og ambulancer. Forskningsprojekterne udspringer af aktuelle problemstillinger og gennemføres for at løse relevante kliniske problemstillinger.

1813 er en del af det samlede Akutberedskab, som har en forskningssektion (en del af afdelingen HR- og Udvikling). Sektionen består primo 2018 af fem ph.d'er, én post.doc., ét scholarstipendiat, tre specialestuderende, én bachelorstuderende, én paramediciner, otte eksternt tilknyttede forskere og én AC'er.

To af de igangværende ph.d.-projekter har forbindelse med 1813:

- *Bekymrings-projektet* ser på, om det er muligt at vurdere risikoen for indlæggelse ud fra borgers niveau af bekymring på indringningstidspunktet. Ønsket er at gentænke hele den måde, man anskuer akut sygdom og risiko for indlæggelse på, ved at udarbejde et standardiseret risikoscorings-system, som kan benyttes i forbindelse med telefonkonsultation i hele sundhedsvæsenet, herunder et 'machine learning'-projekt om 1813-opkald og sandsynligheden for, at den enkelte borger vil blive indlagt på hospital.
- *Akutknaps-projektet*, som er en del af et forskningsprojekt i samarbejde med Region Midtjylland, der skal teste, om muligheden for, ved indringning til lægevagt eller 1813, at springe telefonkøen over gør, at borgere med hastesymptomer kommer hurtigere igennem.

I 2017 havde Akutberedskabet 18 videnskabelige publikationer. Hvor mange af disse, der specifikt vedrører 1813, er ikke belyst i denne kortlægning.

6 Aktivitet

I dette kapitel er der foretaget en kortlægning af regionernes aktivitet med hensyn til telefonkonsultationer, besøg og vagtlægekonsultationer henholdsvis Akuttelefonen 1813's henvisninger til AMAK. De to første afsnit indeholder nyttig baggrundsviden af teknisk karakter: Først beskrives grunddydelserne samt de tilhørende retningslinjer for ydelserne og deres registrering (afsnit 6.1, s. 124). Herefter følger en sammenfatning af forbehold over for sammenligning af aktiviteten (afsnit 6.2, s. 128), som er baseret på Bilag 2, s. 189, hvor forhold, der begrænser mulighederne for at foretage retvisende og dermed meningsfulde sammenligninger på tværs af regioner og intraregionalt over tid, er beskrevet mere dybtgående.

Resultaterne af kortlægningen af aktivitet præsenteres i afsnit 6.3, s. 131, som vedrører udviklingen i aktiviteten i perioden 2009-2016, mens der i afsnit 6.4, s. 140, er fokuseret på aktiviteten i 2016.

6.1 Beskrivelse af grunddydelser og ydelsesregistrering

I dette afsnit beskrives de primære grunddydelser i lægevagten, jf. overenskomsten for almen praksis i 2014, der var gældende i årene 2016-2017, som er det primære fokus for denne rapport (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014). Der er tale om følgende grunddydelser: to former for telefonkonsultationer, besøg og konsultationer. Herudover beskrives de ydelser, der gives af Region Hovedstadens Akuttelefon 1813.

Efterfølgende beskrives retningslinjerne for ydelser og ydelsesregistrering.

6.1.1 Beskrivelse af telefonkonsultationer, besøg og konsultationer

Telefonkonsultationer

De fire regioner med vagtlægeordning har to former for telefonkonsultationer:

- Telefonkonsultation uden visitation til besøg eller konsultation hos vagtlæge
- Telefonkonsultation med visitation til besøg eller konsultation hos vagtlæge.

Region Hovedstadens Akuttelefon 1813 har også to former for telefonkonsultationer:

- Telefonkonsultation uden visitation til besøg eller kontakt i AMAK
- Telefonkonsultation med visitation til besøg eller kontakt i AMAK.

Telefonkonsultation uden besøg/vagtlægekonsultation – for Region Hovedstaden uden besøg/ambulant kontakt i AMAK – er i tabellerne forkortet som 'tlf. u. b/k'. Telefonkonsultation med efterfølgende besøg/konsultation – for Region Hovedstaden med efterfølgende besøg eller ambulant kontakt i AMAK – er forkortet som 'tlf. m. b/k'.

Besøg

I alle fem regioner visiteres og gennemføres der besøg af læger. I vagtlægeordningerne sker det i henhold til overenskomsten for alment praktiserende læger og lokalaftaler. I Akuttelefonen 1813 sker det i henhold til lokalaftale for de ansatte læger.

Konsultationer i regioner med vagtlæger og 1813-visiterede kontakter i AMAK

Vagtlægerne kan visitere til en konsultation hos vagtlæge. De kan herudover visitere til ambulant kontakt på hospitalernes akutmodtagelser/akutafdelinger/skadestuer/skadeklinikker²² henholdsvis foretage en akut indlæggelse.

I Akuttelefonen 1813 kan der visiteres til en ambulant kontakt i AMAK eller i børnemodtagelserne. Der kan også foretages en akut indlæggelse.

6.1.2 Beskrivelse af retningslinjer for ydelsesregistrering

Vagtlægerne er ydeshonorerede. De registrerer derfor alle ydelser med en ydelseskode, som udløser et honorar, jf. overenskomsten og gældende Takstmappe for overenskomstperioden (Praktiserende Lægers Organisation, 2016). Ydelseskoderne for telefonkonsultationer, besøg og konsultationer i vagtlægeordningerne fremgår af Boks 6.1 (honorarerne for grundydelse fremgår af Tabel 7.1, s. 158).

Boks 6.1 Ydelseskoder for telefonkonsultationer, besøg og konsultationer i vagtlægeordningen

Vagtlægerne ydelsesregistrerer telefonkonsultationer, besøg og konsultation i lægevagten, jf. § 56 i overenskomst om almen praksis som følger:

- Telefonkonsultation uden efterfølgende besøg/konsultation: Ydelseskode 0501
- Telefonkonsultation med efterfølgende besøg/konsultation: Ydelseskode 0602
- Besøg: Ydelseskode 0471
- Konsultation: Ydelseskode 0101

Kilde: § 56 i Overenskomsten (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014).

Registreringspraksis i vagtlægeregionerne

Efterfølgende beskrives overenskomstens kriterier for anvendelse af de enkelte ydelser. I tillæg her- til har regionerne i nogle tilfælde indgået lokalaftaler om ydelsesregistrering, som også præsenteres (se eventuelt Figur 6.1, s. 127). Sidst i afsnittet præsenteres Akuttelefonen 1813's registreringsprak- sis.

Telefonkonsultationer i vagtlægeordningerne

I overenskomsten for alment praktiserende læger er det specificeret, hvornår der er tale om en te- lefonkonsultation, og i hvilke tilfælde ydelseskoderne for telefonkonsultationer med eller uden efter- følgende besøg/konsultation kan benyttes (ydelseskode 0501 henholdsvis 0602):

"Særligt vedrørende telefonkonsultation m.v. i vagttiden: I vagttiden kan telefonkon- sultation og konsultation kun komme i stand ved opringning fra patienten.

Der foreligger telefonkonsultation uden besøg/konsultation (ydelsesnummer 0501), hvis samtalen har medført en sådan stillingtagen, at behovet for akut lægehjælp er imøde- kommet. Der kan f.eks. være tale om, at telefonkonsultationen afsluttes med lægeligt råd og vejledning, ordination af medicin eller henvisning til sygehus eller hjemmesygeplejer- ske.

Hvis samtalen afsluttes med, at der aftales sygebesøg eller fremmøde i vagtkonsultatio- nen, er der tale om en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelsesnummer

²² Regionerne har forskellige betegnelser for hospitals-/sygehuskontakter i akutmodtagelser/akutafdelinger/skadestuer/skadekli- nikker – den afhænger af regionen.

0602)". (Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

I Region Syddanmark er der udarbejdet et tillæg til aftalen om tilrettelæggelse af den regionale lægevangt, hvoraf det fremgår, at henvisning til hospital ydelsesregistreres med ydelseskode 0602 (telefonkonsultation med besøg/konsultation) og ikke, som det fremgår af overenskomsten, med ydelseskode 0501 (telefonkonsultation uden besøg/konsultation):

"Lægerne i vagt honoreres ved visitation til skadestue eller skadeklinik med ydelse nr. 0602, telefonkonsultation med besøg/konsultation i lighed med visitation til besøg eller konsultation". (§ 3 i (Region Syddanmark, 2014a)).

Besøg i vagtlægeordningerne

Det er ligeledes defineret i overenskomsten for de almen praktiserende læger, hvad der forstås ved et (syge)besøg, og under hvilke omstændigheder det kan aflægges (der er ikke en særlig specifikation for besøg i vagttiden):

Sygebesøg [...] *"Et sygebesøg kan defineres som en situation, hvor lægen aflægger patienten et besøg i dennes hjem eller opholdssted, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning.*

Et sygebesøg kan som udgangspunkt kun komme i stand efter anmodning fra patienten, såfremt lægen vurderer, at sygdommens art eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet". (Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

Herudover fremgår det i overenskomstens afsnit om vilkår for lægehjælp, at besøg hos patienten er baseret på lægens skøn:

"Undersøgelse og behandling bør foregå i lægens konsultation, medmindre sygdommen eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg" (§ 43, stk. 1 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

Konsultationer i vagtlægeordningerne

Overenskomsten omfatter ikke en nærmere specifikation af konsultationer i vagttiden. Helt overordnet fremgår det dog, at:

Konsultation [...] *"En konsultation kan defineres som en situation, hvor læge og patient mødes, og hvor patienten får lægelig undersøgelse, behandling, råd og/eller vejledning". (Vejledning om anvendelse af overenskomstens ydelser i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).*

I de fire regioner med vagtlægeordninger er der indgået lokalaftaler om, at den første konsultation på aftalte konsultationssteder honoreres og registreres som besøg. Baggrunden for denne praksis er, at besøg (ydelseskode 0471) honoreres højere end konsultationer (ydelseskode 0101). Denne praksis anvendes oftest, hvor en konsultation ad hoc bemandes af en kørende læge. Dette er nærmere beskrevet i den efterfølgende Boks 7.1 i afsnit 7.1.1, s. 158.

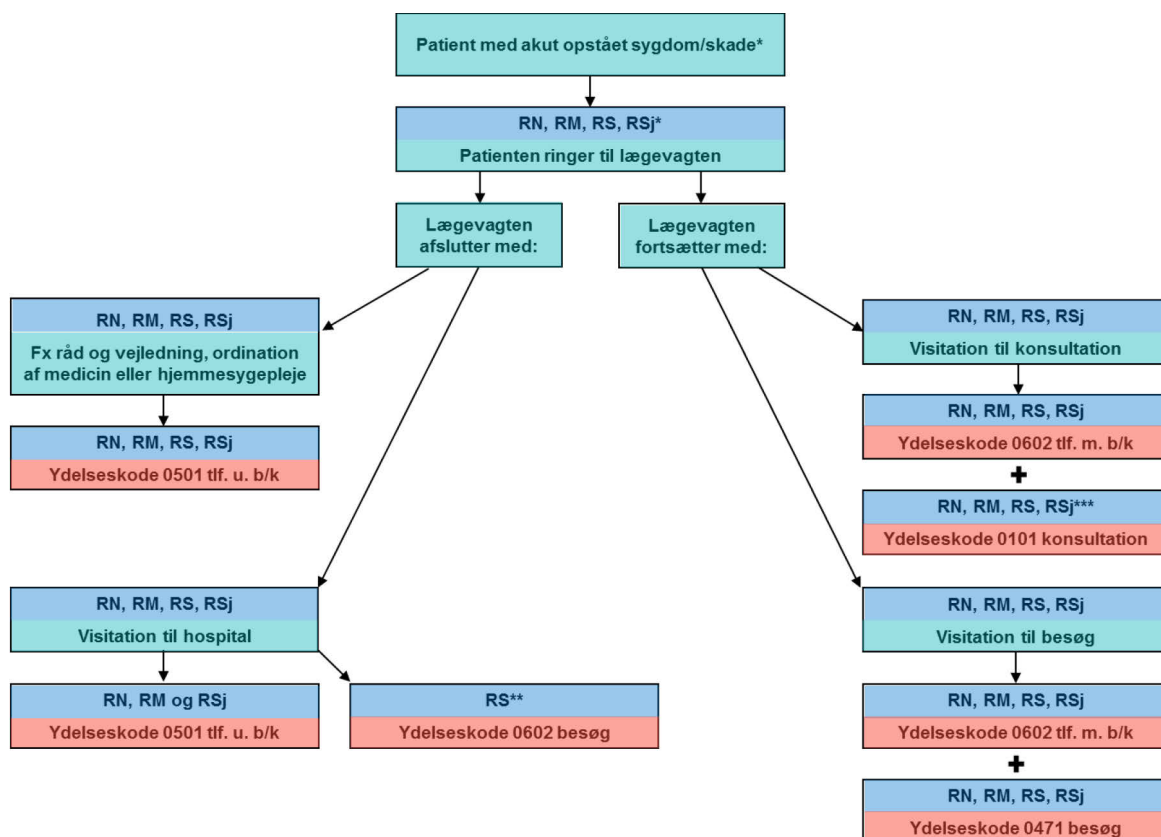
I Region Nordjylland er der indgået aftale om, at vagtlægerne benytter en særskilt ydelseskode ved første konsultation på nærmere aftalte vagtkonsultationssteder (ydelseskoden 4471). Den giver

samme honorar som et besøg (ydelseskode 0471). Med denne praksis er det muligt at opgøre og adskille antallet af 'første konsultationer på de aftalte konsultationssteder' fra besøg.

En skematisk fremstilling af lægevagternes registreringspraksis

I Figur 6.1 er registreringspraksis i de fire regioner med vagtlægeordninger anskueliggjort

Figur 6.1 Lægevagtens ydelsesregistrering ved opringning fra patienter med akut sygdom/skade fordelt på ydelser[#] og regioner



Anm.: [#] Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer.

Forkortelser og forklaring af tegn:

RN: Region Nordjylland, RM: Region Midtjylland, RS: Region Syddanmark og RSj: Region Sjælland.

Tlf. m. b/k: Telefonkonsultation med besøg/konsultation.

Tlf. u. b/k: Telefonkonsultation uden besøg/konsultation.

+ Plustegnet er udtryk for, at der registreres en ydelseskode på tlf. m. b/k (ydelseskode 0602) og efterfulgt af en ydelseskode for en konsultation (ydelseskode 0101) eller et besøg (ydelseskode 0471).

Note: * I Region Sjælland skal patienter med skader ringe til Region Sjællands akuttelefon.

** I Region Syddanmark honoreres visitation til hospital som en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelseskode 0602) i henhold til lokalaftale. Honoraret for en telefonkonsultation med efterfølgende besøg/konsultation er lavere end for en telefonkonsultation uden efterfølgende besøg/konsultation.

*** I alle fire regioner honoreres vagtlægernes første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder som et besøg. I Region Nordjylland benyttes der en lokalt aftalt kode (ydelseskode 4471), der giver samme honorar som et besøg (ydelseskode 0471). Honoraret for et besøg er højere end for en konsultation.

Kilde: VIVE. 2018.

Registreringspraksis i Region Hovedstadens Akuttelefons 1813

I Region Hovedstaden anvendes der et elektronisk beslutningsstøttværktøj (Visitationsguide 1813) med et registreringssystem (Logis CAD), hvori det registreres, hvilken ydelse borgerens opbringning har resulteret i.

Telefonkonsultationer

Ved telefonkonsultationer uden efterfølgende besøg eller visitation til kontakt i AMAK har de visiterende medarbejdere mulighed for at afkrydse en række af nærmere definerede ydelser²³. Region Hovedstaden oplyser, at ved telefonkonsultationer med visitation har de bl.a. mulighed for at afkrydse hvorvidt, der er visiteret til:

- Besøg
- Ambulant kontakt i AMAK (det afkrydses, om der visiteres til vurderingsspor eller til behandlingsspor skade eller sygdom)
- Indlæggelse på hospital.

Besøg

I Region Hovedstaden er der udarbejdet retningslinjer for, hvornår Akuttelefons 1813's læger kan visitere til besøg (se eventuelt Boks 4.1 i afsnit 4.2.5, s. 80).

6.2 Forbehold for sammenligning af aktiviteten

Ved sammenligning af telefonkonsultationer og besøg er det nødvendigt at være opmærksom på forhold, der begrænser mulighederne for at foretage retvisende og dermed meningsfulde sammenligninger på tværs af regioner og intraregionalt over tid.

Der er overordnet set følgende tre forhold, der har betydning for sammenligninger af aktiviteten:

- i) Ændringer af opgaveindhold over tid for vagtlægeordningerne og Akuttelefons 1813
- ii) Uensartet ydelsesregistrering på tværs af regioner
- iii) Uensartede opgørelser af aktiviteten i regionerne.

Der henvises til Bilag 2, s. 189, for en nærmere gennemgang af de tre typer forhold. I det efterfølgende afsnit 6.2.1, s. 128, er den samlede betydning af ovenstående typer af forhold sammenfattet, således at de direkte relaterer til opgørelser og sammenligning af opgørelserne af telefonkonsultationer, besøg og konsultationer henholdsvis 1813-henvisninger til AMAK.

6.2.1 Sammenfatning af forbehold for sammenligning af aktiviteten

I dette afsnit er den samlede betydning af de tre typer af forhold, der vedrører: I) ændringer af opgaveindhold over tid, II) uensartet ydelsesregistrering på tværs af regionerne og III) regionernes uensartede opgørelser præciseret i forhold til, hvorvidt det er muligt at foretage retvisende og dermed meningsfulde sammenligninger af antal i) telefonkonsultationer, ii) besøg og iii) konsultationer henholdsvis 1813-henvisninger til AMAK.

²³ Disse kan kategoriseres inden for tre typer ydelser: i) rådgivning om egenomsorg, ii) rådgivning med udstedelse af recept og iii) rådgivning om at kontakte andre rådgivningsinstanser, hvortil der ikke kræves henvisning (fx privatpraktiserende læge/speciallæge i dennes normale åbningstid, tandlægevakten, psykiatriske akuttilbud, jordemoder, sundhedsplejerske, den kommunale social- og sundhedsforvaltning eller evt. Giftlinjen).

Det skal indledningsvis bemærkes, at opgørelserne af aktiviteten (i hele opgørelsesperioden 2009-2016) ikke er opgjort ensartet, idet regionerne har håndteret manglende oplysninger om cpr-nr. og/eller bopæl på patienterne forskelligt. Dette har særligt betydning for den tværregionale sammenligning af aktiviteten, men det angår også det absolutte antal telefonkonsultationer, besøg og konsultationer henholdsvis 1813-henvisninger til AMAK, idet antallet i nogle regioner enten er for lavt eller for højt i forhold til det reelle antal. Betydningen heraf afhænger af ydelsestypen.

Telefonkonsultationer

Der er følgende forhold (jf. typologiseringen på s. 128), som har betydning ved sammenligning af telefonkonsultationer:

I. Ændring af opgaveindhold:

- Skadesvisitationen er implementeret på forskellige tidspunkter i regionerne (i perioden 2011-2014), hvorfor opgaveindholdet varierer med tidspunkt for implementeringen.

II. Ydelsesregistrering:

- I Region Sjælland mangler der opgørelser af antal telefonkonsultationer i akuttelefonen i perioden 2011-2012 (akuttelefonen blev etableret 3. oktober 2011).
- Vagtlægeregionernes ydelsesregistrering er ikke ensartet i forhold til visitation til hospital. Det har dog ingen betydning, når de to typer af telefonkonsultationer (telefonkonsultationer uden besøg/konsultation henholdsvis telefonkonsultationer med besøg/konsultation) lægges sammen.

III. Regionernes opgørelser (2009-2016):

- I Region Nordjylland er antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere for lavt i forhold til det reelle antal telefonkonsultationer (Region Nordjylland kan ikke oplyse omfanget heraf, men det vurderes, at antallet er meget begrænset).
- I Region Syddanmark er både det totale antal telefonkonsultationer og antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere for lavt (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer i hvert af årene).
- I Region Sjælland har de manglende oplysninger om bopæl for indringere til akuttelefonen betydet, at antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere er lidt usikkert, idet det er estimeret på basis af forholdet mellem vagtlægeordningens antal telefonkonsultationer til regionens egne borgere og det totale antal telefonkonsultationer i vagtlægeordningen.
- I Region Midtjylland og Region Hovedstaden er der ingen bemærkninger til opgørelserne.

Forbehold for sammenligning af telefonkonsultationer

Intraregionale og tværregionale sammenligninger over tid (perioden 2009-2016) kan foretages med ovenstående forhold in mente.

Besøg

Der er følgende forhold (jf. typologiseringen på s. 128), som har betydning ved sammenligning af besøg:

II. Ydelsesregistrering

- I Region Midtjylland og Region Syddanmark er der i 2011 henholdsvis i 2014 indgået lokalaftaler om, at første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder ydelsesregistreres som et besøg. Det betyder, at opgørelsen af antal besøg herefter er for højt i forhold til det reelle antal besøg.
- I Region Nordjylland og Region Sjælland er der indgået tilsvarende aftaler tilbage i 2007, hvilket betyder, at opgørelserne af besøg i hele perioden er for højt i forhold til det reelle antal besøg.

III. Regionernes opgørelser

- Det vurderes, at regionernes forskelligartede opgørelser som følge af manglende oplysninger om cpr-nr. og/eller bopæl ikke har væsentlig betydning for antallet af besøg.

Sammenligning af besøg

Sammenligninger over tid intraregionalt og følgelig også tværregionalt bør foretages med varsomhed – om end det vurderes, at praksis for ydelsesregistrering af første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder er en begrænset fejlkilde ved sammenligning af antal besøg. Der er tale om mindre ad hoc-bemandede konsultationer med så lav aktivitet, at der ikke er en læge fast tilknyttet.

Konsultationer og 1813-henviste

Der er følgende forhold (jf. typologiseringen på s. 128), som har betydning ved sammenligning af konsultationer:

II. Ydelsesregistrering:

- I Region Midtjylland og Region Syddanmark, hvor første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder ydelsesregistreres som et besøg i henhold til lokalaftaler, er antallet af konsultationer for lavt i forhold til det reelle antal konsultationer fra 2011 henholdsvis 2014, hvor ordningerne trådte i kraft).
- I Region Sjælland er det for lavt i alle årene (2009-2016).
- I Region Nordjylland, hvor der er indgået en lokalaftale om at ydelsesregistrere første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder med ydelseskode 4471, er disse ydelser opgjort særskilt og derefter summeret med antallet af konsultationer, som jf. overskomsten registreres med ydelseskode 0101.

III. Regionernes opgørelser (2009-2016):

I forhold til regionernes opgørelse af antal vagtlægekonsultationer henholdsvis 1813-henviste til AMAK skal følgende bemærkes i forhold til håndteringen af manglende oplysninger om cpr-nr. og/eller bopæl:

- I Region Nordjylland er antallet af konsultationer til regionens egne borgere for lavt i forhold til det reelle antal konsultationer (Region Nordjylland kan ikke oplyse omfanget heraf; det vurderes, at antallet er meget begrænset).

- I Region Syddanmark er både det totale antal konsultationer og antallet af konsultationer til regionens egne borgere for lavt (gennemsnitligt 3,4 % af alle konsultationer i hver af årene 2009-2016).
- I Region Sjælland er både det samlede antal konsultationer og antallet af konsultationer til regionens egne borgere for højt (0,3-0,4 % af alle konsultationer).
- I Region Midtjylland er der ingen bemærkninger til opgørelserne.
- I Region Hovedstaden er der taget et behørigt hensyn til de manglende oplysninger om cpr-nr. og bopæl – om end der altså indgår en antagelse om fordelingen baseret på forholdstalsberegninger (se eventuelt Bilag 2, s. 189).

Herudover bør det bemærkes, at der i Region Hovedstaden ikke er foretaget en opgørelse af gennemførte ambulante kontakter for 1813-henviste patienter. Der er i stedet foretaget en opgørelse af antal henvisninger fra Akuttefonen 1813 til ambulant kontakt i AMAK, hvilket er ca. 5-6 % højere end antallet af registrerede patienter, som har modtaget en ambulant ydelse i et af de tre spor efter visitation fra Akuttefonen 1813 (jf. afsnit 3.2, s. 46).

Forbehold for sammenligning af konsultationer henholdsvis 1813-henviste

Samlet set vurderes det, at antal konsultationer kan sammenlignes intraregionalt for tre af de fire vagtlægere regioner (Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland), mens der skal udvises varsomhed ved sammenligning med Region Syddanmark, idet det vurderes, at antallet af konsultationer i gennemsnit er godt 3 % for lavt i alle årene.

Som det allerede er beskrevet i afsnit 3.2, s. 46, kan antal konsultationer i vagtlægeordninger *ikke* sidestilles eller meningsfuldt sammenlignes med antal 1813-henviste patienter til AMAK – hertil er datagrundlag og opgørelserne for forskellige.

6.3 Kortlægning af aktiviteten i perioden 2009-2016

I dette afsnit præsenteres udviklingen i aktiviteten på de tre områder: Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer. I det efterfølgende afsnit 6.4, s. 140, præsenteres en mere dybdegående kortlægning af aktiviteten i 2016.

I afsnittene 6.3.1-6.3.3 præsenteres antallet af henholdsvis telefonkonsultationer, besøg og konsultationer hos vagtlægen i perioden 2009-2016. Data er leveret af regionerne. Region Hovedstaden har lavet særskilte opgørelser af antal henvisninger fra Akuttefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK for perioden 2014-2016.

Som udgangspunkt omfatter tabeller og figurer både det absolutte antal og antallet opgjort pr. 1.000 borgere. Sidstnævnte beregning er foretaget af VIVE på basis af Statistikbankens oplysninger om antal borgere i regionerne i 3. kvartal af et givent år (Statistikbanken, Danmarks Statistik, 2016).

Der skal gøres opmærksom på, at der i kortlægningen af aktivitet skelnes mellem tre typer af opgørelser. Det skyldes, at vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttefonen 1813 leverer ydelser til såvel regionens *egne borgere* som til *borgere fra andre regioner* samt *udlændinge*, der opholder sig midlertidigt i regionen²⁴. De tre typer opgørelser er her eksemplificeret i forhold til telefonkonsultationer,

²⁴ I de tilfælde, hvor udenlandske turister har et gyldigt EU-bevis, opkræver regionen efterfølgende dele af udgiften fra udlændingenes hjemland. Såfremt der er givet ydelser til en turist uden for EU, er der fuld egenbetaling for pågældende.

men tilsvarende gør sig gældende for besøg og konsultationer/henvisninger til ambulante kontakter i AMAK:

- i. 'Alle telefonkonsultationer' omfatter summen af telefonkonsultationer med regionens egne borgere, borgere fra andre regioner og med udenlandske turister.
- ii. 'Telefonkonsultationer med regionens egne borgere' omfatter kun de telefonkonsultationer, som er givet til borgere med bopæl i regionen. I denne opgørelse indgår altså ikke de telefonkonsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner. Opgørelsen er grundlaget for beregningerne i nedenstående punkt iii) og omtales efterfølgende som 'Telefonkonsultationer med egne borgere'.
- iii. 'Telefonkonsultationer med regionens egne borgere pr. 1.000 borgere'. VIVE har på basis af regionernes oplysninger om antal telefonkonsultationer med egne borgere foretaget en beregning af antallet pr. 1.000 borgere i regionen. Dette er den mest retvisende opgørelse ved en tværregional sammenligning (er fremhævet med en lys blå farve i tabellerne). Opgørelsen omtales efterfølgende i teksten som 'Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere'.

6.3.1 Telefonkonsultationer i perioden 2009-2016

I den efterfølgende Tabel 6.1 ses en opgørelse af antal telefonkonsultationer i vagtlægeordningerne og Akuttelefonen 1813. Opgørelserne omfatter perioden 2009-2016 – for Region Hovedstaden dog kun perioden 2009-2013.

Der er foretaget følgende opgørelser af telefonkonsultationer:

- I. Det samlede antal telefonkonsultationer
- II. Antal telefonkonsultationer til regionens egne borgere
- III. Antal telefonkonsultationer til regionens egne borgere pr. 1.000 borgere.

Tabel 6.1 Antal telefonkonsultationer[#] i vagttid^{##} fordelt på regioner, udøver, opgørelsesmåde^{###} og årstal, 2009-2016

Region og udøver	Opgørelsesmåde	År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nordjylland*	Alle telefonkonsultationer	329.834	310.857	314.509	300.633	303.397	314.309	301.174	304.090
Lægevagten	Telefonkonsultationer med egne borgere	316.032	298.006	301.564	287.521	290.873	300.294	288.326	291.380
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	545	514	520	496	502	517	494	497
Midtjylland**	Alle telefonkonsultationer	671.262	648.175	655.012	682.595	699.682	713.311	707.562	700.530
Lægevagten	Telefonkonsultationer med egne borgere	645.877	624.220	631.276	657.246	674.026	686.155	681.604	674.923
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	517	497	500	518	529	536	530	520
Syddanmark***	Alle telefonkonsultationer	630.806	612.922	623.451	621.512	613.015	702.595	706.147	713.822
Lægevagten	Telefonkonsultationer med egne borgere	609.146	592.174	603.203	600.719	593.282	677.661	681.314	686.911
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	508	493	502	500	494	563	564	565
Sjælland****	Alle telefonkonsultationer	468.855	450.083	455.970	432.562	458.768	467.513	456.329	464.603
Lægevagten	Telefonkonsultationer med egne borgere	444.506	426.912	430.833	406.951	431.341	443.456	435.200	443.561

Region og udøver	Opgørelsesmåde	År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	541	520	526	498	528	542	528	534
Sjælland****	Alle telefonkonsultationer	i.r.	i.r.	i.r.	k.i.o.	88.991	91.303	89.246	91.477
Akuttelefonen	Telefonkonsultationer med egne borgere	i.r.	i.r.	i.r.	k.i.o.	83.671	86.605	85.114	87.334
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	i.r.	i.r.	i.r.	i.r.	102	106	103	105
Sjælland****	Alle telefonkonsultationer	i.r.	i.r.	i.r.	k.i.o.	547.759	558.816	545.575	556.080
I alt	Telefonkonsultationer med egne borgere	i.r.	i.r.	i.r.	k.i.o.	515.012	530.061	520.314	530.895
	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	i.r.	i.r.	i.r.	i.r.	631	647	631	639
Hovedstaden* ⁵	Alle telefonkonsultationer	806.600	794.589	818.055	823.063	800.935	812.219	800.596	805.948
Lægevagten/	Telefonkonsultationer med egne borgere	791.634	779.302	801.902	806.200	783.898	786.329	777.286	781.664
Akuttelefonen 1813 ^{#6} (fra 2014)	Telefonkonsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	474	462	471	469	451	448	438	435

Anm.: # For lægevagten er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602) – for Akuttelefonen 1813 er det summen af telefonkonsultationer (uanset type).

Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

Telefonkonsultationer med egne borgere omfatter de telefonkonsultationer, en given region har givet til regionens egne borgere – telefonkonsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner, samt telefonkonsultationer med udenlandske turister, indgår ikke. Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår i opgørelsen af alle telefonkonsultationer, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere.

Region Midtjylland: Personer uden oplysning om bopælsadresse (2012 og 2013) indgår i opgørelsen af alle telefonkonsultationer, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,03 % henholdsvis 0,01 % af alle telefonkonsultationer).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af telefonkonsultationer (gennemsnitlig 3,4 % af alle telefonkonsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår både i opgørelsen af alle telefonkonsultationer og i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,3-0,4 % af alle telefonkonsultationer).

Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige telefonkonsultationer.

K.i.o.: Kan ikke oplyses; i.r.: Er ikke relevant, da akuttelefonen først blev etableret 3. oktober 2011.

Note: De estimerede værdier for akut-telefonkonsultationer til egne borgere i Region Sjælland er foretaget af VIVE efter aftale og godkendelse af Region Sjælland på basis af de af Region Sjælland rapporterede værdier for alle akut-telefonkonsultationer i regionen.

* **Region Nordjylland:** Med virkning fra 10. april 2012 blev der som det sidste sted i regionen indført telefonvisitation til skadestuemodtagelsen på Aalborg Universitetshospital. Telefonvisitationen i vagttid har siden været varetaget af de vagthavende læger.

** **Region Midtjylland:** I 2012 blev der etableret et enstrengt visitationssystem for alle akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt til 112. Med virkning fra pr. 1. september overtog vagtlægerne – i vagttiden – visitationen af patienter med såvel akut tilskadekomst som med akutte tilstande, hvor der ikke er rekvireret hjælp via 112.

*** **Region Syddanmark:** Med virkning fra 1. april 2014 blev der indført telefonvisitation til skadestuer og skadepoliklinikker i Region Syddanmark. Telefonvisitationen i vagttid har siden været varetaget af de vagthavende læger.

**** **Region Sjælland:** Siden 3. oktober 2011 har man haft visitation af alle akutte henvendelser; men dette sker i to separate systemer med hvert sit telefonnummer. Lægevagten tager sig af telefonopkald vedrørende akut sygdom, mens akuttelefonen, som er bemandet med sygehusansatte sygeplejersker, er målrettet akutte skader og visitation til sygehus og skadepoliklinikker.

*⁵ **Region Hovedstaden:** Pr. 1. januar 2014 overtog Region Hovedstaden lægevagtsfunktionen og indførte Akuttelefonen 1813. Med etableringen af Akuttelefonen 1813 er lægevagts- og skadestuefunktionen samlet i akutmodtagelser og -klinikker, og der er formelt indført visitation til alle regionens akutte modtagesteder.

*⁶ Der er ikke cpr og bopæl på alle kontakter. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige kontakter.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.1)

Ved læsning af Tabel 6.1 skal man være opmærksom på, at der er sket ændringer over tid, hvilket betyder, at data ikke dækker over helt det samme i givne år og dermed heller ikke er sammenlignelige. Databrud er markeret med en lodret sort streg i tabellen, jf. de ændringer i relation til visitation, som er beskrevet i Bilagsboks 2.1 i Bilag 2, s. 189. Herudover bør følgende forhold bemærkes:

- I Region Nordjylland er opgørelsen af det absolutte antal telefonkonsultationer til regionens egne borgere for lavt i forhold til det reelle antal telefonkonsultationer (regionen vurderer, at antallet er meget begrænset).
- I Region Syddanmark er både det samlede antal telefonkonsultationer og antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere for lavt (gennemsnitlig godt 3 % i hver af årene).
- I Region Sjælland er telefonkonsultationerne opgjort særskilt for hver af de to ordninger (vagtlægeordningen henholdsvis akuttelefonen) og efterfølgende lagt sammen. Det har imidlertid ikke været muligt for regionen at levere data for akuttelefonen for perioden 2011-2012. Herudover skal det bemærkes, at for vagtlægeordningen er både det samlede antal telefonkonsultationer og antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere for højt (0,3-0,4 % af alle telefonkonsultationer). Bopælsadressen for de, der ringer til akuttelefonen, er ukendt. Antallet af telefonkonsultationer i akuttelefonen til borgere i Region Sjælland er i stedet estimeret for perioden 2013-2016, jf. beskrivelsen i Bilag 2, s. 189.

Samlet set betyder det, at der må tages væsentlige forbehold, når antallet af telefonkonsultationer sammenlignes, både på tværs af regioner og intraregionalt over tid (perioden 2009-2016).

Kommentering på opgørelser af antal telefonkonsultationer (Tabel 6.1)

Med ovennævnte forbehold in mente – herunder at der ikke var implementeret telefonisk skadesvisitation i regionerne i 2009, fremgår det af Tabel 6.1, at antallet af telefonkonsultationer hos egne borgere pr. 1.000 borgere er faldet fra 2009 til 2016 i Region Nordjylland og i Region Hovedstaden, mens antallet af telefonkonsultationer i 2016 i Region Midtjylland ikke adskiller sig væsentligt fra antallet i 2009. I Region Syddanmark er antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere steget fra 2009 til 2016, hvilket også er tilfældet for det samlede antal telefonkonsultationer i Region Sjælland.

Det fremgår yderligere af Tabel 6.1, at der i Region Nordjylland er et mindre fald i antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere efter indførelsen af en enstregen visitationsordning (april 2012). Mens antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere er steget lidt i Region Midtjylland efter indførelsen (september 2012), er det steget betydeligt i Region Syddanmark (fra 494 i 2013 til 563 i 2014) – hvorefter det er forblevet på dette niveau. I Region Hovedstaden er antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere stort set uændret ved overgangen til Akuttelefonen 1813 (januar 2014). For Region Sjællands vedkommende har antallet af telefonkonsultationer i vagtlægeordningen varieret lidt hen over årene; men det samlede antal telefonkonsultationer i regionen er steget betragteligt efter implementeringen af akuttelefonen (der er først leveret data for akuttelefonen fra 2013).

På basis af data i Tabel 6.1 kan det beregnes, at antallet af telefonkonsultationer fra 2009-2016 er faldet med 9 % i Region Nordjylland (fra 545 telefonkonsultationer i 2009 til 497 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). Mens antallet af telefonkonsultationer er næste uændret i Region Midtjylland (steget med 1 % i fra 517 telefonkonsultationer i 2009 til 520 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016), er det steget med 11 % i Region Syddanmark (fra 508 telefonkonsultationer i 2009 til 565 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i 2016) og med 18 % i Region Sjælland (fra 541 telefonkonsultationer i lægevagten i 2009 til i alt 639 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i lægevagten og akuttelefonen i 2016).

Ifølge den ledende oversygeplejerske af akuttelefonen i Region Sjælland er det ikke muligt at opgøre, hvorledes telefonkonsultationerne afsluttes, idet der alene foretages registreringer af antal telefonopkald til akuttelefonen og ikke af antal telefonkonsultationer. En særskilt opgørelse af antal telefonopkald og deres afslutning i perioden januar-august 2016 kan dog give en indikation heraf: Ifølge opgørelser baseret på journalsystemet er godt 70 % af opkaldene afsluttet med visitation til akutafdelinger, skadestuefunktioner eller skadestuefunktioner. Knap 9 % af opkaldene er henvist til opkald til vagtlægen. Dette kan være en medvirkende forklaring på Region Sjællands forholdsvis høje antal telefonkonsultationer, idet knap 9 % af indringerne både modtager en telefonkonsultation hos akuttelefonen og formentlig efterfølgende også en i vagtlægeordningen, idet de henvises hertil.

6.3.2 Besøg i perioden 2009-2016

I den efterfølgende Tabel 6.2 ses en opgørelse af besøg hos patienter, som henholdsvis vagtlægen og Akuttelefonen 1813 har visiteret til.

Der er foretaget følgende opgørelser af besøg:

- I. Det samlede antal besøg, der er leveret i de pågældende regioner
- II. Antal besøg til regionens egne borgere
- III. Antal besøg til regionens egne borgere pr. 1.000 borgere.

Tabel 6.2 Antal besøg[#] hos patienter i vagttid^{##} fordelt på regioner, udøver af besøg, opgørelsesmåde^{###} og årstal. 2009-2016

Region og udøver	Opgørelsesmåde	År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nordjylland	Alle besøg	30.681	27.042	26.590	25.150	24.918	24.679	24.536	23.280
Lægevagten	Besøg hos egne borgere	30.057	26.596	26.064	24.680	24.494	24.236	24.091	22.879
	Besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere	52	46	45	43	42	42	41	39
Midtjylland	Alle besøg	89.174	83.827	83.152	82.482	79.873	78.072	76.300	71.122
Lægevagten	Besøg hos egne borgere	86.507	81.332	80.790	80.348	77.933	76.184	74.516	69.510
	Besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere	69	65	64	63	61	60	58	54
Syddanmark	Alle besøg	53.078	51.084	50.304	50.426	49.939	50.148	49.925	48.826
Lægevagten	Besøg hos egne borgere	52.456	50.470	49.761	49.903	49.487	49.656	49.499	48.398
	Besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere	44	42	41	42	41	41	41	40
Sjælland	Alle besøg	46.613	47.366	47.214	46.867	47.563	47.518	46.095	45.135
Lægevagten	Besøg hos egne borgere	45.448	46.199	46.035	45.786	46.538	46.452	45.246	44.345
	Besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere	55	56	56	56	57	57	55	53
Hovedstaden:	Alle besøg	96.114	87.663	84.210	82.953	79.291	73.763	69.173	64.155
Lægevagten/	Besøg hos egne borgere	95.160	86.724	83.356	82.243	78.626	73.056	68.560	63.394
Akuttelefonen 1813 (fra 2014)	Besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere	57	51	49	48	45	13	10	7

Anm.: # For lægevagten ydelseskode 0471 - for Akuttelefonen 1813 de besøg, der er gennemført og visiteret fra Akuttelefon 1813.
 ## Omfatter tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.
 ### Besøg hos egne borgere omfatter de besøg, en given region har givet til regionens egne borgere – besøg, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt besøg hos udenlandske turister, indgår ikke. Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:
Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår i opgørelsen af alle besøg, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere.
Region Midtjylland: Personer uden oplysning om bopælsadresse (2012 og 2013) indgår i opgørelsen af alle besøg, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,01 % henholdsvis 0,00 % af alle besøg).
Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af besøg (gennemsnitligt 1,0 % af alle besøg). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.
Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår både i opgørelsen af alle besøg og i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,9-1,6 % af alle besøg).
Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige besøg.
 Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.2)

Region Midtjylland og Region Syddanmark har i henholdsvis 2011 og 2014 indgået lokalaftaler om, at første konsultation på aftalte vagtkonsultationssteder ydelsesregistreres som et besøg. Det betyder, at opgørelsen af antal besøg herefter er for højt i forhold til det reelle antal besøg (omfanget er ikke kendt). Region Nordjylland og Region Sjælland indgik tilsvarende aftaler tilbage i 2007, hvilket betyder, at opgørelserne af besøg i hele perioden er for højt i forhold til det reelle antal (jf. beskrivelsen i afsnit 6.1.1, s. 128).

Sammenligninger over tid og mellem de fire regioner med vagtlægeordninger bør derfor foretages med varsomhed – omend VIVE vurderer, at lokalaftalerne er en begrænset fejlkilde ved sammenligning af antal besøg.

Kommentering på opgørelser af antal besøg (Tabel 6.2)

Det fremgår af Tabel 6.2, at antallet af besøg hos egne borgere pr. 1.000 borgere er faldet fra 2009 til 2016 i alle regioner med vagtlægeordninger.

På basis af data i Tabel 6.2 kan det beregnes, at antallet af besøg er faldet 25 % i Region Nordjylland (fra 52 besøg i 2009 til 39 besøg pr. 1.000 borgere i 2016), mens antallet af besøg er faldet 23 % i Region Midtjylland (fra 69 besøg i 2009 til 54 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). Sidstnævnte fald forekommer til trods for, at Region Midtjylland i 2011 ændrede praksis for ydelsesregistrering, således at første konsultation i aftalte vagtkonsultationer ydelsesregistreres som et besøg. I Region Syddanmark, hvor man foretog en tilsvarende ændring i 2014, er antallet af besøg faldet 9 % (fra 44 besøg i 2009 til 40 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Sjælland er der et mindre fald på 4 % (fra 55 besøg i 2009 til 53 besøg pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Hovedstaden er antallet af besøg faldet 21 % i perioden 2009-2013, dvs. inden etableringen af Akuttelefonen 1813 (fra 57 besøg i 2009 til 45 besøg pr. 1.000 borgere i 2013).

Det fremgår yderligere af Tabel 6.2, at antallet af besøg i Region Hovedstaden er faldet væsentligt i forbindelse med etableringen af Akuttelefonen 1813 (2014). Fra 2013 til 2014 er antallet af besøg pr. 1.000 borgere således reduceret med 71 % (fra 45 besøg i 2013 til 13 besøg pr. 1.000 borgere i 2014). Efterfølgende er antallet af besøg yderligere reduceret til 7 besøg pr. 1.000 borgere i 2016, hvilket er en reduktion på 84 % siden 2014. Som det fremgår af afsnit 4.2.5 s. 80, har Akuttelefonen 1813 udarbejdet kriterier for, i hvilke situationer der ydes besøg, og ledelsen af 1813 understreger, at der lægges stor vægt på at sikre, at kriterierne følges i praksis.

6.3.3 Konsultationer i vagtlægeordningerne i perioden 2009-2016

I dette afsnit præsenteres opgørelserne af antal konsultationer i lægevagten i Tabel 6.3 for perioden 2009-2016. I Tabel 6.4 ses Region Hovedstadens opgørelse af antal henvisninger fra Akuttefonen 1813 til AMAK for perioden 2014-2016.

Der er foretaget følgende opgørelser af konsultationer:

- I. Det samlede antal konsultationer, der er leveret i de pågældende regioner
- II. Antal konsultationer til regionens egne borgere
- III. Antal konsultationer til regionens egne borgere pr. 1.000 borgere.

Tabel 6.3 Antal konsultationer[#] i lægevagten[#] fordelt på regioner, opgørelsesmåde^{###} og årstal, 2009-2016

Region	Opgørelsesmåde	År							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nordjylland	Alle konsultationer	133.507	129.231	132.167	123.872	125.314	133.680	127.755	129.687
	Konsultationer med egne borgere	127.512	123.476	126.532	118.152	119.742	127.279	121.842	123.856
	Konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	220	213	218	204	207	219	209	211
Midtjylland	Alle konsultationer	178.678	179.008	183.441	186.922	198.623	214.029	217.535	212.483
	Konsultationer med egne borgere	170.863	171.480	175.753	178.850	189.905	204.302	208.066	203.103
	Konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	137	137	139	141	149	160	162	157
Syddanmark	Alle konsultationer	193.067	192.640	203.933	201.874	206.962	229.492	222.998	225.064
	Konsultationer med egne borgere	186.745	186.155	197.242	194.932	200.024	221.657	215.421	217.225
	Konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	156	155	164	162	166	184	178	179
Sjælland	Alle konsultationer	152.788	148.717	151.346	138.128	149.536	156.973	154.218	154.940
	Konsultationer med egne borgere	145.127	141.456	143.990	131.375	142.501	149.145	147.157	147.814
	Konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	177	172	176	161	174	182	179	178
Hovedstaden	Alle konsultationer	234.974	235.184	244.190	241.351	241.220			
	Konsultationer med egne borgere	230.428	230.485	239.164	236.452	236.238	-	-	-
	Konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere	138	137	140	137	136	-	-	-

Anm.: # Ydelseskode 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Konsultationer med egne borgere omfatter de konsultationer en given region har givet til regionens egne borgere – konsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt konsultationer med udenlandske turister, indgår ikke. Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår i opgørelsen af alle konsultationer, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere.

Region Midtjylland: Personer uden oplysning om bopælsadresse (2012 og 2013) indgår i opgørelsen af alle konsultationer, men ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,04 % henholdsvis 0,02 % af alle konsultationer).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af konsultationer (gennemsnitligt godt 3 % af alle konsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår både i opgørelsen af alle konsultationer og i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,3-0,4 % af alle konsultationer).

': Akuttefonen 1813 foretager ikke konsultationer.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.3)

Som det tidligere er beskrevet, betyder lokalaftalerne, at første konsultation i aftalte vagtkonsultationssteder ydelsesregistreres som et besøg, hvorved antallet af konsultationer er lavere end det reelle antal konsultationer (jf. afsnit 6.1.1, s. 128). Herudover bør følgende forhold bemærkes:

- I Region Nordjylland er opgørelsen af antallet af konsultationer til regionens egne borgere for lavt i forhold til det reelle antal konsultationer (regionen vurderer, at diskrepansen er meget begrænset).
- I Region Syddanmark er både det samlede antal konsultationer og antallet af telefonkonsultationer til regionens egne borgere for lavt (gennemsnitlig godt 3 % i hver af årene).
- I Region Sjælland er både det samlede antal konsultationer og antallet af konsultationer til regionens egne borgere for højt (0,3-0,4 % af alle konsultationer).

Samlet set vurderes det, at antal konsultationer kan sammenlignes på tværs af regionerne (i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland). Der bør udvises opmærksomhed ved sammenligning med Region Syddanmark, idet det er estimeret, at antallet af konsultationer gennemsnitligt er godt 3 % for lavt i alle årene – dette har dog ingen betydning ved sammenligning af den procentvise ændring over tid.

Kommentering på opgørelser af antal konsultationer (Tabel 6.3)

Det fremgår af Tabel 6.3, at antallet af konsultationer med egne borgere pr. 1.000 borgere er steget fra 2009 til 2016 i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens antallet af konsultationer i 2016 i Region Sjælland ikke adskiller sig væsentligt fra antallet i 2009. I Region Nordjylland er antallet af konsultationer pr. 1.000 borgere faldet; det ligger dog stadig højest i hele perioden.

På basis af data i Tabel 6.3 kan det beregnes, at antallet af konsultationer er faldet 4 % i Region Nordjylland (fra 220 konsultationer i 2009 til 211 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Midtjylland er antallet af konsultationer steget med 14 % (fra 137 konsultationer i 2009 til 157 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016) til trods for, at Region Midtjylland i 2011 ændrede praksis for ydelsesregistrering, således at første konsultation i aftalte vagtkonsultationer ydelsesregistreres som et besøg. I Region Syddanmark, hvor man foretog en tilsvarende ændring af ydelsesregistreringen i 2014, er antallet af konsultationer steget med 15 % (fra 156 konsultationer i 2009 til 179 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016). I Region Sjælland er antallet stort set uændret (en stigning på 1 % fra 177 konsultationer i 2009 til 178 konsultationer pr. 1.000 borgere i 2016).

6.3.4 Henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK i perioden 2014-2016

I den efterfølgende Tabel 6.4 er antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK opgjort. Opgørelserne omfatter også børn (0-12 år), som er visiteret direkte til en børnemodtagelse, idet de indgår i behandlingssporet sygdom (se eventuelt afsnit 3.2, s. 46).

Der er foretaget følgende opgørelser af henvisninger til AMAK:

- I. Summen af antal henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK samt en fordeling på spor
- II. Summen af antal henvisninger af regionens egne borgere fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK samt en fordeling på spor
- III. Summen af antal henvisninger af regionens egne borgere pr. 1.000 borgere fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK.

Tabel 6.4 Antal henvisninger fra Akuttefonen 1813[#] til ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker (AMAK) fordelt på spor, opgørelsesmåde^{##} og årstal, 2014-2016

Opgørelsesmåde	År		
	2014	2015	2016
Alle henvisninger til de tre spor	316.289	308.732	319.585
Henvisninger til behandlerspor sygdom	162.964	157.271	165.984
Henvisninger til behandlerspor skade	99.558	101.444	103.899
Henvisninger til vurderingsspor	53.767	50.017	49.702
Alle henvisninger af egne borgere	308.012	300.657	310.838
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom	158.699	153.158	161.441
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor skade	96.952	98.790	101.055
Henvisninger af egne borgere til vurderingsspor	52.361	48.709	48.342
Alle henvisninger af egne borgere pr. 1.000 borgere	175	169	173
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor sygdom pr. 1.000 borgere	90	86	90
Henvisninger af egne borgere til behandlerspor skade pr. 1.000 borgere	55	56	56
Henvisninger af egne borgere til vurderingsspor pr. 1.000 borgere	30	27	27

Anm.: [#] Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage. Der er foretaget en mindre justering af antallet af børn (0-12 år) efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner. Justeringen påvirker ikke det samlede antal henvisninger, idet børnene blot er flyttet fra vurderingsspor til behandlerspor/skade, hvilket er mere korrekt.

^{##} Henvisninger af egne borgere omfatter kun de henvisninger, som Akuttefonen 1813 har givet til regionens egne borgere. Der er ikke cpr og bopæl på alle kontakter. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige kontakter.

Note: * Børnemodtagelsen er kun åben i hverdage i tidsrummet kl. 16:00-23:00 og i weekenden i tidsrummet kl. 08:00-23:00. Det betyder, at alle børn med sygdom indlægges i tidsrummet kl. 23:00-08:00 (inkl. weekender og helligdage). Ifølge Region Hovedstadens opgørelser er i alt 8.115 af regionens egne børn i aldersgruppen 0-12 år blevet indlagt grundet børnemodtagelsens lukketid.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet baseret på udtræk fra Akuttefonen 1813's it-system. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligning (Tabel 6.4)

Som beskrevet i afsnit 3.2, s. 46, skal der tages følgende forbehold: Antallet af henvisninger fra Akuttefonen 1813 til AMAK er 5-6 % højere end antallet af registrerede patienter, som har modtaget en ambulant ydelse i et af de tre spor efter visitation fra Akuttefonen 1813. Desuden omfatter 1813-visiterede ambulante kontakter til AMAK; patienter, som i de øvrige regioner ikke varetages i vagtlægekonsultationerne, og som det ikke er muligt at kvantificere yderligere. Endelig bemærkes det, at behandlerspor sygdom/børn i børnemodtagelserne er lukket alle dage fra kl. 23:00-08:00, hvorfor børn i dette tidsrum henvises fra Akuttefonen 1813 til børnemodtagelserne som indlagte. Som tidligere oplyst har VIVE beregnet, at antallet af natindlagte børn udgør ca. 5 % af visitationerne til behandlerspor/sygdom i 2016 – hvor stor en andel af disse børn, der ville være blevet visiteret til en ambulant kontakt frem for indlæggelse såfremt børnemodtagelserne var natåbne, kan VIVE ikke estimere. Som det også fremgår af afsnit 3.2, s. 46, sendes børn, der ifølge Akuttefonen 1813's vurdering skal ses straks på grund af skadens karakter, via vurderingsspor til behandlerspor/skade. De indgår alle i Region Hovedstadens opgørelser i behandlerspor/skade, hvorfor det ikke har betydning for den samlede opgørelse. I følge Region Hovedstadens opgørelser for 2016 vedrører det i alt 2.656 af regionens egne børn i aldersgruppen 0-12 år fordelt på 1.236 børn i alderen 0-4 år og 1.420 i aldersgruppen 5-12 år (i 2014 vedrører det 7.661 børn henholdsvis 4.143 børn i 2015).

Samlet set betyder ovenstående forbehold, at det ikke er retvisende at sammenligne antallet af vagtlægekonsultationer (Tabel 6.3) med antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i behandlersporene og vurderingssporet i AMAK (Tabel 6.4) (for uddybninger se afsnit 3.2, s. 46).

Kommentering på opgørelser af antal 1813-henvisninger til ambulante kontakter i AMAK (Tabel 6.4)

Det fremgår af Tabel 6.4, at summen af henvisninger af egne borgere fra Akuttelefonen 1813 til de tre spor i AMAK pr. 1.000 borgere er næsten uændret i perioden 2014-2016: Der er 175 henvisninger pr. 1.000 borgere i 2014 versus 173 i 2016.

Herudover fremgår det, at der i alle årene er flest henvisninger til behandlersporet sygdom og færrest til vurderingssporet. I 2014 er der således 90 henvisninger pr. 1.000 borgere til behandlersporet sygdom, 86 i 2015 og 90 henvisninger pr. 1.000 borgere i 2016, mens der i vurderingssporet er 30 henvisninger pr. 1.000 borgere i 2014 versus 27 henviste i både 2015 og 2016.

VIVE har foretaget en simpel følsomhedsanalyse, der viser, at hvis Akuttelefonen 1813 visiterede de natindlagte børn til ambulante kontakter i børnemodtagelserne frem for at indlægge dem, ville det samlede antal henvisninger af regionens egne borgere til ambulante kontakter stige fra 173 til 178 patienter pr. 1.000 borgere.

Med forbehold for, at der ikke kan foretages en direkte sammenligning mellem gennemførte konsultationer i vagtlægeordningerne og henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i AMAK, er det værd at bemærke, at summen af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til de tre spor i AMAK pr. 1.000 borgere er på niveau med antallet af konsultationer pr. 1.000 borgere i de fire vagtlægeregioner (jf. Tabel 6.3).

6.4 Kortlægning af aktiviteten i 2016

I dette afsnit foretages en mere dybdegående kortlægning af aktiviteten i 2016. Først præsenteres der i afsnit 6.4.1 et overblik over aktiviteten i 2016. Dernæst følger en opgørelse af aktiviteten fordelt på tid (A- og B-vagter) i afsnit 6.4.2, s. 145. Herefter følger en kortlægning af aktiviteten fordelt på alder i afsnit 6.4.3, s. 150. I afsnit 6.4.4, s. 153, kortlægges omfanget af gentagne telefonkonsultationer i samme vagt, mens omfanget af telefonkonsultationer med efterfølgende hospitalskontakt inden for samme døgn er opgjort i afsnit 6.4.5, s. 156.

Kortlægningen af aktiviteten er baseret på regionernes levering af ydelser til regionens egne borgere, idet det giver det bedste grundlag for beregninger af antal ydelser pr. 1.000 borgere, som er den mest retvisende opgørelse ved en tværregional sammenligning.

Beregninger viser dog, at betydningen af at 'frasortere' ydelser til borgere uden for egen region ikke er af afgørende betydning for opgørelserne og den tværregionale sammenligning. Det fremgår således af beregninger for 2016, at 3-5 % af telefonkonsultationerne ikke leveres til regionernes egne

borgere²⁵, at 1-5 % af besøgene ikke leveres til regionernes egne borgere²⁶, og endelig, at 3-5 % af konsultationerne ikke leveres til regionens egne borgere²⁷.

6.4.1 Aktiviteten i 2016

I Tabel 6.5 ses grundtydelser givet til regionens egne borgere i 2016, både det absolutte antal og opgjort pr. 1.000 borgere.

Der er foretaget følgende opgørelser:

- I. Det samlede antal telefonkonsultationer samt fordelt på telefonkonsultationer med henholdsvis uden besøg/konsultation
- II. Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) samt fordelt på de to ydelser
- III. Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) pr. 1.000 borgere samt fordelt på de to ydelser
- IV. Tre beregninger af procentvise fordelinger:
 - i) Andelen af telefonkonsultationer uden besøg af det samlede antal telefonkonsultationer
 - ii) Andelen af besøg af det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer)
 - iii) Andelen af fysiske kontakter (besøg og konsultationer) af det samlede antal visiterede fysiske kontakter (besøg og konsultationer).

Idet Region Sjælland har to systemer til akutte opkald (ud over 112), fremgår antallet af telefonkonsultationer med visitation for både lægevagt og akuttelefon i Tabel 6.5. Det samlede antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i Region Sjælland er således baseret på summen af lægevagts telefonkonsultationer og telefonkonsultationer hos akuttelefonen.

For Region Hovedstaden er det kun antallet af telefonkonsultationer og besøg, der indgår i tabellen, idet antallet af 1813-henviste til AMAK ikke kan sammenlignes direkte med ydelserne i lægevagten.

Tabel 6.5 Aktivitet i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813[#] til egne borgere^{##} fordelt på kontaktttype, opgørelsesmåde^{###} og regioner, 2016

Kontaktttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syd-danmark	Sjælland	Hovedstaden
Det samlede antal telefonkonsultationer*	291.380	674.923	686.911	530.895	781.664
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation (antal)**	143.442	393.447	341.689	247.246	504.236
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal)***	147.938	281.476	345.222	196.315	277.428
Telefonkonsultationer i akuttelefonen i Region Sjælland (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	87.334	i.r.

²⁵ På baggrund af Tabel 6.1 kan det for 2016 beregnes, at andelen af lægevagts telefonkonsultationer til borgere uden for regionen udgør 5 % af alle leverede telefonkonsultationer i Region Sjælland. I de øvrige regioner med vagtlægeordninger leveres 4 % af telefonkonsultationerne til borgere bosat uden for regionen, mens det er 3 % i Region Hovedstadens Akuttelefon 1813.

²⁶ Af beregninger for besøg (Tabel 6.2) fremgår det, at det i 2016 er ca. 1-2 % af besøgene i regioner med vagtlægeordninger henholdsvis 5 % af besøgene i Region Hovedstaden, som gives til borgere uden for regionen.

²⁷ Med hensyn til konsultationerne i vagtlægeordningerne leveres der i Region Sjælland 5 % til borgere uden for regionen, mens det er tilfældet med 3-4 % i de øvrige vagtlæge-regioner (baseret på beregninger i Tabel 6.3). Det kan på baggrund af Tabel 6.4 beregnes, at 3 % af alle 1813-henvisninger til ambulante kontakter i AMAK vedrører borgere fra andre regioner.

Kontakttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Det samlede antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere	497	520	565	639	435
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer (antal pr. 1.000 borgere)****	245	303	281	403	281
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal pr. 1.000 borgere)	252	217	284	236	155
Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer)	146.735	272.613	265.623	192.159	k.i.o.
Besøg (antal)* ⁵	22.879	69.510	48.398	44.345	13.394
Konsultationer (antal)* ⁶	123.856	203.103	217.225	147.814	k.i.o.
Det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) pr. 1.000 borgere	250	210	219	231	k.i.o.
Besøg (antal pr. 1.000 borgere)	39	54	40	53	7
Konsultationer (antal pr. 1.000 borgere)	211	157	179	178	k.i.o.
Procentvise beregninger:					
Andelen af telefonkonsultationer uden besøg/konsultation af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	49	58	50	63	65
Andelen af besøg af det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer) (%)	16	25	18	23	k.i.o.
Andelen af fysiske kontakter (besøg og konsultationer) af det samlede antal visiterede fysiske kontakter (besøg og konsultationer) (%)	99	97	77	98	k.i.o.

Anm.: # Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

Ved ydelser til egne borgere forstås de ydelser, en given region har givet til regionens egne borgere – ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt ydelser til udenlandske turister, indgår ikke.

###: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer, henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer).

Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer og besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige telefonkonsultationer henholdsvis besøg.

i.r.: Ikke relevant.

k.i.o.: Kan ikke oplyses, Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden foretager ikke konsultationer.

Note: * For lægevagten er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602) – for Region Sjælland er det imidlertid summen af telefonkonsultationer i lægevagten og akuttelefonen. For Akuttelefonen 1813 er det summen af telefonhenvendelser (uanset type).

** For lægevagten ydelseskode 0501 – for Akuttelefonen 1813 de telefonhenvendelser, som er afsluttet til egenomsorg eller lægelig telefonkonsultation. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0501.

*** For lægevagten ydelseskode 0602 – for Akuttelefonen 1813 de telefonhenvendelser, der er visiteret til besøg eller henvist til ambulant kontakt i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker. I Region Syddanmark ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0602.

**** For Region Sjælland er det summen af lægevagtens telefonkonsultationer uden besøg/konsultation og telefonkonsultationer hos akuttelefonen pr. 1.000 borgere. Antallet af telefonkonsultationer hos akuttelefonen er estimeret på basis af en procentvis fordeling for andelen af telefonkonsultationer til egne borgere versus alle telefonkonsultationer (udgør 95 %).

*⁵ For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttelefonen 1813 de besøg, der er gennemført og visiteret fra Akuttelefonen 1813.

*⁶ For lægevagten ydelseskode 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.5)

Der skal erindres om følgende forbehold, der er specificerede i Bilag 2, s. 189:

- Visitation til hospital i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland ydelsesregistreres som telefonkonsultationer uden besøg/konsultation (ydelseskode 0501), mens det i Region Syddanmark registreres som en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelseskode 0602).
- I tre af vagtlægere regionerne (Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland) ydelsesregistreres den første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder som et besøg (ydelseskode 0471).
- Antallet af telefonkonsultationer til egne borgere hos akuttelefonen i Region Sjælland er estimeret på basis af en procentvis fordeling for andelen af telefonkonsultationer til egne borgere versus alle telefonkonsultationer (udgør 95 % jf. beskrivelsen i Bilag 2, s. 189).
- Opgørelserne af antal telefonkonsultationer og konsultationer er for lavt i forhold til det reelle antal i Region Nordjylland (vurderes at være i begrænset omfang) og i Region Syddanmark (godt 3 %), mens det er en anelse for højt i Region Sjælland (under 2 %).
- Akutmodtagelsernes praksis i forhold til at bede selvhenvendere om først at ringe til vagtlægen/akuttelefonen er forskellig, men ikke systematisk kortlagt af VIVE for alle landets akutmodtagelser/akutklinikker, da det ligger uden for rammerne af denne kortlægning. Det giver en vis usikkerhed i forhold til antallet af telefonkonsultationer med besøg/konsultationer, idet nogle akutmodtagelser beder selvhenvendere om at ringe til visiterende enhed først (er praksis i Region Sjælland), mens andre ikke beder selvhenvendere ringe først (er praksis Region Hovedstaden). Hvorvidt praksis er ensartet i de øvrige regioner, er uvist.

Samlet set vurderes det, at der med varsomhed kan foretages tværregionale sammenligninger med ovennævnte forbehold in mente.

Kommentering på opgørelser af aktiviteten (Tabel 6.5)

Det fremgår af Tabel 6.5, at det i 2016 varierer, hvilken region der har det højeste henholdsvis det lavest antal ydelser pr. 1.000 borgere i forhold til de respektive grundydelse:

- Det samlede antal telefonkonsultationer (uanset type):
 - Region Sjælland har det højeste antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere, mens Region Hovedstaden har det laveste antal.
 - Spændvidden i regionerne: 435-639 telefonkonsultationer.
- Telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer:
 - Region Sjælland har det højeste antal telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer pr. 1.000 borgere (heri indgår telefonkonsultationer i både vagtlægeordningen og akuttelefonen), mens Region Nordjylland har det laveste antal. For begge regioner indgår vagtlægernes visitation til hospital i opgørelserne.
 - Spændvidden i regionerne: 245-403 telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer pr. 1.000 borgere.
- Telefonkonsultationer med besøg/konsultationer:
 - Region Syddanmark har det højeste antal telefonkonsultationer med besøg/konsultationer (heri indgår visitation til hospital), mens Region Hovedstaden har det laveste antal

- Spændvidden i regionerne: 155-284 telefonkonsultationer med besøg/konsultationer pr. 1.000 borgere.
- Besøg:
 - Region Midtjylland har det højeste antal besøg, mens Region Hovedstaden har det laveste.
 - Spændvidden i regionerne: 7-54 besøg pr. 1.000 borgere.
- Konsultationer:
 - Region Nordjylland har det højeste antal konsultationer, mens Region Midtjylland har det laveste.
 - Spændvidden i regionerne: 157-211 konsultationer pr. 1.000 borgere.
- Fysiske kontakter:
 - Region Nordjylland har det højeste antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer), mens Region Midtjylland har det laveste antal.
 - Spændvidden i regionerne: 210-250 fysiske kontakter pr. 1.000 borgere.

En medvirkende forklaring på, at Region Sjælland har et så forholdsvis højt antal telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer kan være, at knap 9 % af indringerne til akuttelefonen både modtager en telefonkonsultation hos akuttelefonen og formentlig efterfølgende også en i vagtlægeordningen, idet de henvises hertil (jf. kommentarerne til Tabel 6.1).

Med forbehold for, at lægevagtordningernes antal af fysiske kontakter (besøg og konsultationer) ikke direkte kan sammenlignes med antallet af fysiske kontakter relateret til Akuttelefonen 1813 (besøg og 1813-henviste til ambulante kontakter i AMAK), bemærkes det, at de fysiske kontakter relateret til Akuttelefonen 1813 (173 henviste til AMAK pr. 1.000 borgere²⁸ + 7 besøg pr. 1.000 borgere²⁹ i 2016) er lavere end lægevagtordningernes antal fysiske kontakter pr. 1.000 borgere (spændvidden i de fire regioner er 210-250³⁰ fysiske kontakter pr. 1.000 borgere i 2016). Denne forskel forekommer til trods for, at antallet af 1813-henviste til AMAK også omfatter patienter, der henvises til AMAK i de andre regioner. Forskellen kan særligt tilskrives det forholdsvis lave antal besøg pr. 1.000 borgere i Akuttelefonen 1813 (jf. Tabel 6.7).

Af de procentvise beregninger i Tabel 6.5 fremgår følgende:

- Den procentvise andel af telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer er højere i Region Hovedstaden (65 % af alle telefonkonsultationer³¹) sammenlignet med de øvrige regioner, hvor den laveste andel forekommer i regionerne Nordjylland og Syddanmark (49-50 % af alle telefonkonsultationer).
- I regioner med lægevagt udgør andelen af besøg 25 % eller mindre af det samlede antal fysiske kontakter (besøg og konsultationer). Den højeste andel forekommer i Region Midtjylland, mens den laveste andel forekommer i Region Nordjylland, hvor den er 16 %. Det betyder, at der gennemføres fire gange så mange konsultationer som besøg i Region Midtjylland, og i Region Nordjylland gennemføres der mere end 6 gange så mange konsultationer som besøg. Fordi der ikke gennemføres konsultationer i Akuttelefonen 1813, er der ingen opgørelse af denne fordeling.
- Det er ikke alle visiterede besøg og konsultationer, som efterfølgende er gennemført: 97-99 % af de visiterede besøg/konsultationer (ydelseskode 0602) er gennemført i Region Nordjylland,

²⁸ Jævnfør opgørelserne i Tabel 6.4.

²⁹ Jævnfør opgørelserne i Tabel 6.2.

³⁰ Jævnfør opgørelserne i Tabel 6.2 og Tabel 6.3 til sammen.

³¹ Det betyder alt andet lige, at den procentvise andel af telefonkonsultationer med besøg/konsultationer udgør 35 % af alle telefonkonsultationer i Region Hovedstaden.

Region Midtjylland og Region Sjælland. I Region Syddanmark er det imidlertid kun 77 % af de visiterede besøg/konsultationer (fysiske kontakter), der gennemføres.

Forskellen mellem antallet af visiterede og gennemførte besøg/konsultationer kan ikke direkte forklares på det foreliggende grundlag. Det er dog sandsynligt, at nogle konsultationer ikke bliver effektueret, fordi patienterne ikke giver fremmøde. I Region Hovedstaden er antallet af 1813-henviste til AMAK ca. 5-6 % højere end det registrerede antal patienter, som har modtaget en ambulant ydelse, hvilket bl.a. forklares med patienternes udeblivelse fra fremmøde i AMAK (jf. afsnit 3.2, s. 46). I hvilket omfang den markante forskel mellem visiterede og gennemførte besøg/konsultationer i Region Syddanmark (23 % af de visiterede besøg/konsultationer gennemføres ikke) kan forklares med patienternes udeblivelse fra fremmøde, at visitation til hospital registreres som visitation til besøg/konsultation i Region Syddanmark eller andet, kan VIVE ikke vurdere på det foreliggende datagrundlag.

6.4.2 Aktiviteten i 2016 fordelt på tid (A-vagter og B-vagter)

Overenskomsten definerer to typer af vagter i vagtlægeordninger:

- A-vagter, som omfatter tidsrummene kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. A-vagttiden udgjorde 32 % af vagttiden i 2016.
- B-vagter, som omfatter tidsrummene kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage. B-vagttiden udgjorde 68 % af vagttiden i 2016.

I de efterfølgende tabeller (Tabel 6.6-Tabel 6.8) ses antallet af henholdsvis telefonkonsultationer, besøg og lægevagtskonsultationer til egne borgere fordelt på A- og B-vagter. Der er herudover foretaget beregninger af antal ydelser pr. 1.000 borgere fordelt på A- og B-vagter. For at kunne sammenligne på tværs af regioner, er den samme tidsmæssige afgrænsning af A- og B-vagter også anvendt for opgørelserne i Akuttelefonen 1813, selvom der ikke gøres brug af A- og B-vagter i Akuttelefonen 1813. Det skal bemærkes, at summen af telefonkonsultationer i Region Sjælland omfatter telefonkonsultationer hos vagtlægen og hos akuttelefonen i henholdsvis A-vagt og B-vagt. Antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulante kontakter i Region Hovedstadens behandler- og vurderingsspor i AMAK er opgjort i den efterfølgende Tabel 6.9.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.6-Tabel 6.9)

Der skal igen henvises til vanskelighederne ved en sammenligning mellem vagtlægeordningerne og Akuttelefonen 1813, jf. beskrivelsen i afsnit 3.2, s. 46, foruden de forbehold der allerede fremgår af afsnittet om forbehold over for opgørelser og sammenligninger i forhold til Tabel 6.5. Herudover skal det bemærkes, at Region Nordjyllands 'første konsultationer på aftalte vagtlægekonsultationssteder (ydelseskode 4471)' ikke indgår i fordelingen på vagttid i Tabel 6.8.

Samlet set vurderes det, at der kan foretages tværregionale sammenligninger med de anførte forbehold in mente.

Telefonkonsultationer fordelt på A-vagter og B-vagter

I Tabel 6.6 ses opgørelserne af telefonkonsultationer fordelt på A- og B-vagter i hver region.

Tabel 6.6 Telefonkonsultationer i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813 opgjort for egne borgere[#] fordelt på kontaktttype, opgørelsesmåde^{##}, A-vagt og B-vagt^{###} og regioner, 2016

Opgørelsesmåde	Region				
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Det samlede antal telefonkonsultationer (A-vagt og B-vagt)*	291.380	674.923	686.911	530.895	781.664
Telefonkonsultationer i A-vagt (antal)**	158.881	358.842	372.320	286.969	405.981
Region Sjællands vagtlæge-telefonkonsultationer i A-vagt (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	237.474	i.r.
Region Sjællands akut-telefonkonsultationer i A-vagt (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	49.495	i.r.
Telefonkonsultationer i B-vagt (antal)**	132.499	316.081	314.591	243.926	375.683
Region Sjællands vagtlæge-telefonkonsultationer i B-vagt (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	206.087	i.r.
Region Sjællands akut-telefonkonsultationer i B-vagt (antal)	i.r.	i.r.	i.r.	37.839	i.r.
Det samlede antal telefonkonsultationer (A-vagt og B-vagt) pr. 1.000 borgere	497	520	565	639	435
Telefonkonsultationer i A-vagt (antal pr. 1.000 borgere)***	271	277	306	345	226
Telefonkonsultationer i B-vagt (antal pr. 1.000 borgere)***	226	244	259	294	209
Procentvise fordelinger					
Andelen af telefonkonsultationer i A-vagt af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	55	53	54	54	52
Andelen af telefonkonsultationer i B-vagt af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	45	47	46	46	48

Anm.: [#] Omfatter telefonkonsultationer med borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere – telefonkonsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt telefonkonsultationer med udenlandske turister, indgår ikke.

^{##} Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af telefonkonsultationer til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af telefonkonsultationer til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af telefonkonsultationer til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer).

Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige telefonkonsultationer.

^{###} Opgjort for tidsrummet for A- og B-vagt: A-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. B-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

i.r.: Ikke relevant.

Note: ^{*} For lægevagterne i Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602) – herunder indgår henvisninger til hospital. I Region Sjælland indgår telefonkonsultationer hos akuttelefonen også. For Akuttelefonen 1813 er det summen af telefonhenvendelser (uanset type).

^{**} I Region Sjælland er det summen af telefonkonsultationer i lægevagten og telefonkonsultationer hos akuttelefonen i henholdsvis A-vagt og B-vagt.

^{***} I Region Sjælland er det summen af telefonkonsultationer i lægevagten og telefonkonsultationer hos akuttelefonen pr. 1.000 borgere i henholdsvis A-vagt og B-vagt.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Kommentering på opgørelser af antal konsultationer fordelt på A- og B-vagter (Tabel 6.6)

Det fremgår af Tabel 6.6, at antallet af telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere er højere i Region Sjælland i både A-vagt og B-vagt (345 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i A-vagt henholdsvis 294 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i B-vagt) sammenlignet med de tre øvrige regioner med vagtlægeordninger (spændvidde: 226-306 telefonkonsultationer i A-vagt henholdsvis 209-259 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i B-vagt). Region Hovedstaden har det laveste antal telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i både A-vagt og B-vagt (226 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i A-vagt henholdsvis 209 telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere i B-vagt).

Andelen af telefonkonsultationer i A-vagt udgør således lidt mere end halvdelen af alle telefonkonsultationer for alle regioner (spændvidde: 52-55 %). Dette er en højere andel end det, der ville kunne forventes, idet A-vagttiden i 2016 udgjorde 32 % af den samlede vagttid.

Besøg fordelt på A-vagter og B-vagter

I Tabel 6.7 ses opgørelserne af besøg fordelt på A- og B-vagter i hver region.

Tabel 6.7 Antal besøg i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813 opgjort for egne borgere[#] fordelt på opgørelsesmåde, A- og B-vagt^{###} og regioner, 2016

Opgørelsesmåde	Region				
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syddanmark	Sjælland	Hovedstaden
Det samlede antal besøg (A-vagt og B-vagt)*	22.879	69.510	48.398	44.345	13.394
Besøg i A-vagt (antal)	8.934	24.832	18.545	15.022	6.762
Besøg i B-vagt (antal)	13.945	44.678	29.853	29.323	6.632
Det samlede antal besøg (A- og B-vagt) pr. 1.000 borgere	39	54	40	53	7
Besøg i A-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	15	19	15	18	4
Besøg i B-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	24	34	25	35	4
Procentvise fordelinger					
Andelen af besøg i A-vagt af det samlede antal besøg (%)	39	36	38	34	50
Andelen af besøg i B-vagt af det samlede antal besøg (%)	61	64	62	66	50

Anm.: [#] Omfatter besøg hos borgere, som en given region har leveret til regionens egne borgere – besøg, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt besøg hos udenlandske turister, indgår ikke.

^{###} Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af besøg til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af besøg til egne borgere (gennemsnitligt 1,0 % af alle besøg). Fordeling på år og borgere i egen region henh. uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af besøg til egne borgere (1,6 % af alle besøg).

Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige besøg.

^{####} Opgjort for tidsrummet for A- og B-vagt: A-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. B-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttelefonen 1813.

Note: * For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttelefonen 1813 de besøg, der er gennemført af Akuttelefonen 1813.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Kommentering på opgørelser af antal besøg fordelt på A- og B-vagter (Tabel 6.7)

Det fremgår af Tabel 6.7, at Region Midtjylland og Region Sjælland har både flere besøg i A-vagt og i B-vagt (18-19 besøg i A-vagt og 34-35 besøg pr. 1.000 borgere i B-vagt) end Region Nordjylland og Region Syddanmark (15 besøg i A-vagt og 24-25 besøg pr. 1.000 borgere i B-vagt). Region Hovedstaden har det laveste antal besøg pr. 1.000 borgere i både A- og B-vagt (ca. 4 besøg pr. 1.000 borgere i både A-vagt og B-vagt).

Mindre end 40 % af besøgene gennemføres således i A-vagten i de fire vagtlægereregioner (spændvidde 34-39 %), mens det er tilfældet for 50 % af besøgene i Region Hovedstaden. Dette skal ses i lyset af, at A-vagttiden i 2016 udgjorde 32 % af den samlede vagttid. Herudover skal det bemærkes, at antallet af besøg i B-vagter er påvirket af lægevagtsens åbningstider for konsultationsstederne. Idet nogle konsultationssteder er natlukkede, er muligheden for at afholde konsultationer i B-vagten begrænset sammenlignet med A-vagten.

Konsultationer fordelt på A-vagter og B-vagter

I Tabel 6.8 ses opgørelserne af konsultationer i de fire regioner med lægevagtsordninger.

Tabel 6.8 Antal konsultationer i regionale lægevagtsordninger opgjort for egne borgere[#] fordelt på opgørelsesmåde^{##}, A- og B-vagt^{###} og regioner, 2016

Opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
Det samlede antal konsultationer (A-vagt og B-vagt)*	122.299	203.103	217.225	147.814
Konsultationer i A-vagt (antal)	62.462	109.864	101.604	82.236
Konsultationer i B-vagt (antal)	59.837	93.239	115.621	65.578
Det samlede antal konsultationer (A-vagt og B-vagt) pr. 1.000 borgere	209	157	179	178
Konsultationer i A-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	107	85	84	99
Konsultationer i B-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	102	72	95	79
Procentvise fordelinger				
Andelen af konsultationer i A-vagt af det samlede antal konsultationer (%)	51	54	47	56
Andelen af konsultationer i B-vagt af det samlede antal konsultationer (%)	49	46	53	44

Anm.: [#] Omfatter konsultationer hos borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere – konsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt konsultationer til udenlandske turister, indgår ikke.

^{##} Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af konsultationer til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset). Region Nordjyllands 'første konsultationer på aftalte vagtlægekonsultationssteder (ydelseskode 4471)' ikke indgår i opgørelserne og fordelingen på vagttid.

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af konsultationer til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle konsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af telefonkonsultationer til egne borgere (0,4 % af alle konsultationer).

^{###} Opgjort for tidsrummet for A- og B-vagt: A-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. B-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.

Note: * Ydelseskode 0101.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Kommentering på opgørelser af antal konsultationer fordelt på A- og B-vagter (Tabel 6.8)

Det fremgår af Tabel 6.8, at antallet af vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere er højere i Region Nordjylland i både A-vagt og B-vagt (107 konsultationer pr. 1.000 borgere i A-vagt henholdsvis 102 konsultationer pr. 1.000 borgere i B-vagt) sammenlignet med de tre øvrige regioner med vagtlægeordninger (spændvidde: 84-99 konsultationer i A-vagt henholdsvis 72-95 konsultationer pr. 1.000 borgere i B-vagt).

I de tre af lægevagtsregionerne (regionerne Nordjylland, Midtjylland og Sjælland) gennemføres lidt mere end halvdelen af alle konsultationer således i A-vagt (spændvidde: 51-56 %), mens det kun er tilfældet for 47 % af vagtlægekonsultationerne i Region Syddanmark, jf. Tabel 6.8.

Henvisninger fra Akuttefonen 1813 til ambulant kontakt i AMAK fordelt på A-vagter og B-vagter

I Tabel 6.9 ses opgørelsen af 1813-henviste til AMAK fordelt på spor (børn, der er visiteret til børnemodtagelsen, indgår i opgørelsen af behandlersporet/sygdom).

Tabel 6.9 Antal henvisninger af egne borgere[#] fra Akuttefonen 1813 til ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker (AMAK)[#] fordelt på opgørelsesmåde^{##}, A- og B-vagt^{###} og spor. Region Hovedstaden, 2016

Opgørelsesmåde	I alt	Behandlerspor		Vurderingsspor
		Sygdom	Skade	
Alle henvisninger (A-vagt og B-vagt)	310.838	161.441	100.936	48.460
Henvisninger i A-vagt (antal)	177.233	97.338	58.454	22.924
Henvisninger i B-vagt (antal)	133.605	64.103	42.483	28.073
Alle henvisninger (A-vagt og B-vagt) pr. 1.000 borgere	173	90	56	27
Henvisninger i A-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	99	54	33	13
Henvisninger i B-vagt (antal pr. 1.000 borgere)	74	36	24	16
Procentvise fordelinger				
Andelen af henvisninger i A-vagt af det samlede antal henvisninger (%)	57	60	58	47
Andelen af henvisninger i B-vagt af det samlede antal henvisninger (%)	43	40	42	58

Anm.: [#] Omfatter Akuttefonen 1813's henvisninger af regionens egne borgere til AMAK. Opgørelsen omfatter ikke ambulante kontakter i akutmodtagelser/akutklinikker og/eller skadestuer/skadesklinikker, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner og heller ikke ambulante kontakter til udenlandske turister.

^{##} Der er ikke cpr og bopæl på alle henvisninger. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige henvisninger.

^{###} A-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage. B-vagt omfatter følgende tidsrum: kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.

Note: Der er foretaget en mindre justering af antallet af børn (0-12 år) efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner. Justeringen påvirker ikke det samlede antal henvisninger eller fordelingen på henholdsvis A- og B-vagt. Børnene er flyttet fra vurderingsspor til behandlerspor/skade, hvilket er mere korrekt.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet baseret på udtræk fra Akuttefonen 1813's it-system. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.9)

Jævnfør afsnit 3.2, s. 46, er der 8.115 børn, som ikke indgår i opgørelserne af Akuttefonen 1813's henvisninger til ambulant kontakt, idet de, som følge af natlukningen af det ambulante spor i børnemodtagelserne, er visiteret som indlagte. VIVE har beregnet, at de udgør ca. 5 % af alle visitationer

til behandlersporet/sygdom – hvor stor en andel af disse børn, der ville være blevet visiteret til en ambulant kontakt frem for indlæggelse, såfremt børnemodtagelserne var natåbne, kan VIVE ikke estimere.

Kommentering på opgørelser af antal 1813-henviste fordelt på A- og B-vagter (Tabel 6.9)

Det fremgår af Tabel 6.9, at antallet af henvisninger pr. 1.000 borgere for begge behandlerspor er højere i A-vagten end i B-vagten, mens der for vurderingssporer ikke er væsentlig forskel på antal henvisninger pr. 1.000 borgere i A-vagt og B-vagt.

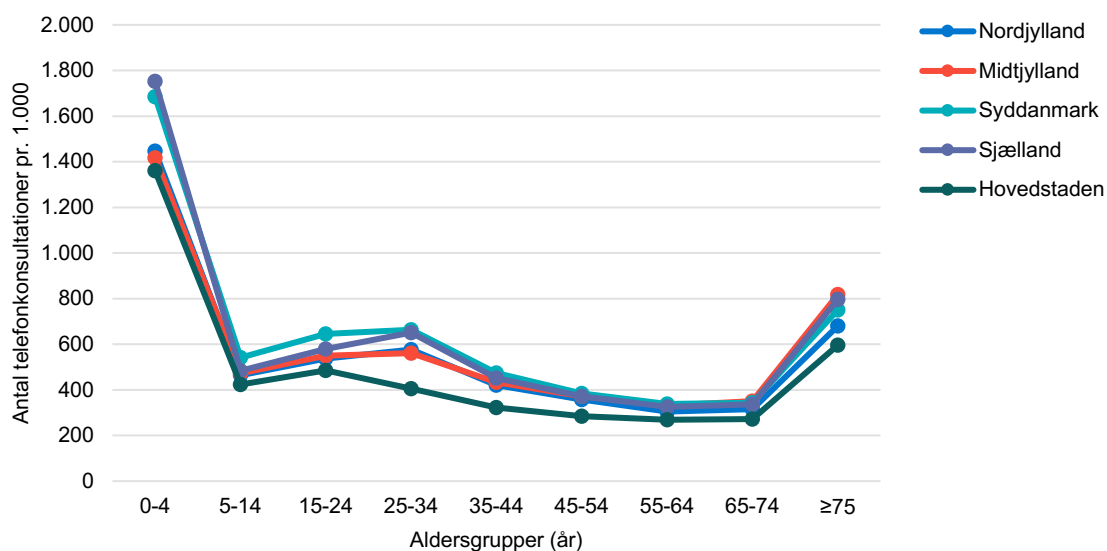
Det er således 60 % af henvisningerne fra Akuttefonen 1813 til behandlersporet sygdom, der er foretaget i A-vagt, mens det er tilfældet for 58 % af henvisningerne til behandlersporet skade henholdsvis for 47 % af henvisningerne til vurderingssporer (jf. Tabel 6.9). Den procentvise andel af henvisninger i A-vagten til behandlersporet er højere end den, der forekommer i regioner med vagtlægeordninger (spændvidde: 47-56 %) (jf. Tabel 6.8).

6.4.3 Aktiviteten i 2016 fordelt på alder

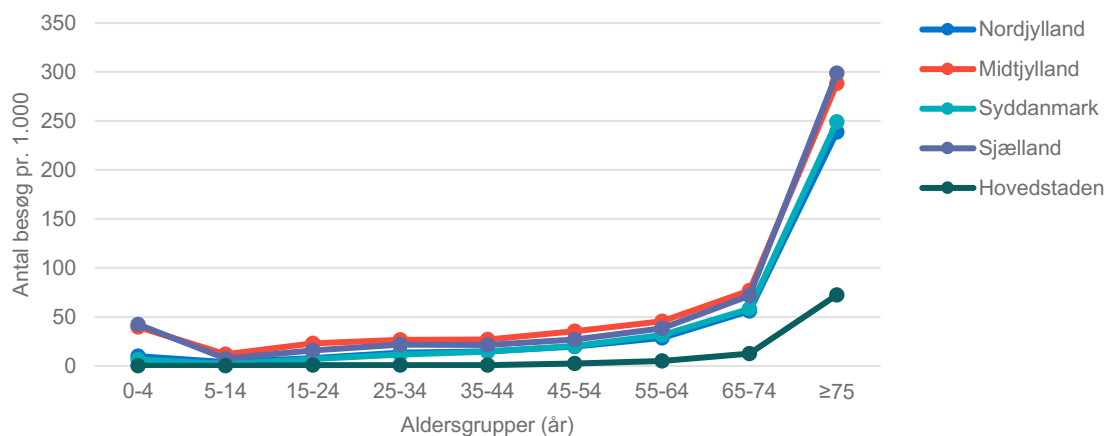
I Figur 6.2 ses antal telefonkonsultationer, besøg og lægevagtskonsultationer til regionernes egne borgere fordelt på aldersgrupper og opgjort pr. 1.000 borgere i aldersgrupperne. Herudover ses opgørelsen af antal henvisninger fra Akuttefonen 1813 til ambulante kontakter i Region Hovedstadens AMAK fordelt på spor og aldersgrupper pr. 1.000 borgere. De bagvedliggende data findes i Bilagstabel 4.2 (Bilag 4, s. 195).

Figur 6.2 Aktivitet i vagttid[#] i regionale lægevagtsordninger og i Akuttefonen 1813 opgjort for egne borgere^{##} pr. 1.000 borgere fordelt på kontakttype, alder^{###} og regioner, 2016

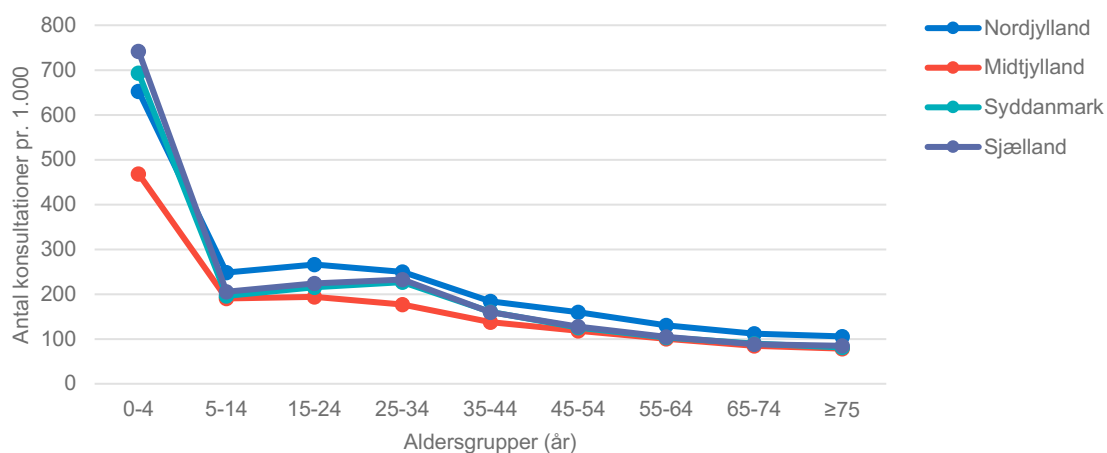
A. Telefonkonsultationer



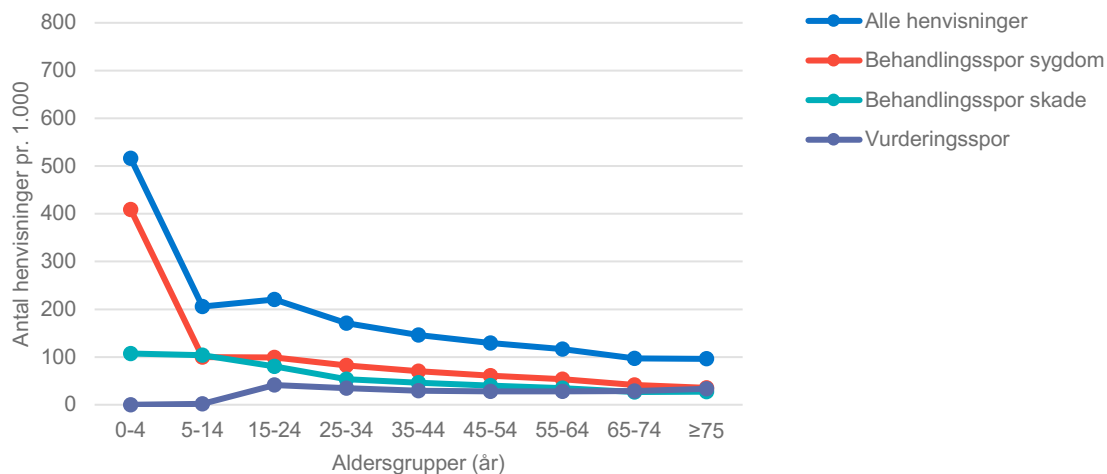
B. Besøg



C. Vagtlægekonsultationer



D. Henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK



Anm.: # Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage for såvel vagtlægeordninger som Akuttefonen 1813. Datagrundlaget for Figur 6.2 D er justeret efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner, idet børn (0-12 år) er flyttet fra vurderings- til behandlerspor/sygdom, hvilket er mere korrekt. Dette er en mindre justering, som ikke påvirker det samlede antal henvisninger.

Omfatter ydelser til borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere. Ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner, samt ydelser til udenlandske turister indgår ikke. Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet vurderes at være begrænset). Region Nordjyllands 'første konsultationer på aftalte vagtlægekonsultationssteder (ydelseskode 4471)' indgår ikke i opgørelserne og fordelingen på alder.

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer).

Region Hovedstaden: Der er ikke cpr og bopæl på alle telefonkonsultationer og besøg. I udtrækket er det antaget, at missing (erstatnings-cpr eller missing) for egne borgere fordeler sig forholdsmæssigt som for opgørelsen af de øvrige telefonkonsultationer henholdsvis besøg.

Der er ikke foretaget justering for de tilfælde, hvor alderen er ukendt. Afhængig af region er alder ukendt for 0,4-1,5 % af det oplyste antal telefonkonsultationer, 0,1-0,2 % af besøgene og 0,4-1,2 af vagtlægekonsultationerne. I Region Midtjylland er der ingen tilfælde af manglende oplysning om alder.

Note: **A. Telefonkonsultationer:** For lægevagten er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602), heri indgår henvisninger til hospital. For 1813 er det summen af telefonhenvendelser (afsluttet til egenomsorg, lægelig telefonkonsultation, visiteret til besøg eller akutmodtagelse/akutklinik). Opgørelsen for Region Sjælland omfatter kun de telefonkonsultationer, der er givet i vagtlægeordningen, mens telefonkonsultationer der er givet af akuttelefonen, ikke indgår.

B. Besøg: For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttefonen 1813 de besøg, der er gennemført af Akuttefonen 1813.

C. Vagtlægekonsultationer: Ydelseskode 0101.

D. Henvisninger fra Akuttefonen 1813 til AMAK: Visitationer fra Akuttefonen 1813 til ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker fordelt på spor.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold for opgørelser og sammenligning (Figur 6.2)

For Region Sjælland indgår kun telefonkonsultationer i vagtlægeordningen – telefonkonsultationer i akuttelefonen indgår ikke, da de ikke kan opgøres fordelt på alder. Det gør det vanskeligt at sammenligne Region Sjælland med de øvrige regioner.

For Region Nordjylland indgår 'første konsultationer på aftalte vagtlægekonsultationssteder (ydelseskode 4471)' ikke i fordelingen på alder i Figur 6.2C.

I forhold til Region Hovedstaden skal det bemærkes, at børn (i alderen 0-12 år), som Akuttefonen 1813 vurderer, skal ses straks på grund af skadens karakter, sendes via vurderingsspor til behandlerspor skade. Dette er imidlertid alene for at visitere en anden hastegrad end ved direkte visitation til skadespor. Disse børn (i alt 2.656 børn i 2016) indgår i opgørelserne af behandlingsspor skade.

Desuden henvises til de generelle forbehold for sammenligning mellem vagtlægeordningerne og Akuttefonen 1813, jf. afsnit 3.2, s. 46, samt de forbehold, der fremgår af 'forbehold over for opgørelser og sammenligninger i forhold til Tabel 6.5, s. 141'.

Samlet set betyder ovenstående, at der kun kan foretages tværregionale sammenligninger med de nævnte forbehold in mente.

Kommentering på opgørelser af antal telefonkonsultationer, besøg og vagtlægekonsultationer fordelt på alder (Figur 6.2)

Det fremgår af Figur 6.2, at alle regioner følger den samme aldersmæssige fordeling inden for hver af de givne ydelser: Telefonkonsultationer (Figur 6.2A), besøg (Figur 6.2B) og vagtlægekonsultationer (Figur 6.2C).

De 0-4-årige er den aldersgruppe, som både modtager flest telefonkonsultationer og flest vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere i aldersgruppen (jf. Figur 6.2A og Figur 6.2B). Det er ligeledes helt entydigt, at den ældste aldersgruppe (≥ 75 år) modtager flest besøg (Figur 6.2B) og næst flest telefonkonsultationer (Figur 6.2A), mens samme aldersgruppe modtager færrest vagtlægekonsultationer pr. 1.000 borgere sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (Figur 6.2C).

Der tegner sig således et mønster, hvor småbørn og ældre får væsentligt flere ydelser pr. borger i vagttiden sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Børnene ses primært i vagtlægekonsultationen (antageligt indbragt af raske forældre), mens de ældre i højere grad ses ved besøg (antagelig fordi de i mindre grad er mobile).

Endelig fremgår det af Figur 6.2B, at Region Hovedstaden foretager færrest besøg pr. 1.000 borgere i alle aldersgrupper sammenlignet med de øvrige regioner – forskellen er størst i den ældste aldersgruppe (≥ 75 -årige).

Kommentering på opgørelser af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK (Figur 6.2D)

Det fremgår af Figur 6.2D, at det samlede antal henvisninger pr. 1.000 borgere fra Akuttelefonen 1813 til ambulant kontakt i de to behandlingsspor og vurderingsspor i AMAK har en tilsvarende fordeling på aldersgrupper, som vagtlægekonsultationerne har i de øvrige regioner (sammenligning af den blå linje i Figur 6.2D med Figur 6.2A) – om end niveauet af henvisninger til AMAK er lavere end antallet af vagtlægekonsultationer for de 0-4-årige.

Det fremgår yderligere af Figur 6.2D, at de 0-4-årige er den aldersgruppe, der modtager langt de fleste henvisninger til behandlersporet sygdom pr. 1.000 borgere. De to ældste aldersgrupper (65-74-årige og ≥ 75 -årige) modtager færrest henvisninger til behandlersporet sygdom. Det fremgår også af Figur 6.2D, at antallet af henvisninger pr. 1.000 borgere til behandlersporet skade falder jævnt fra den yngste aldersgruppe til de to ældste aldersgrupper. I vurderingsspor falder antallet af henvisninger pr. 1.000 borgere jævnt fra aldersgruppen 15-24 år, idet de 0-12 årige børn ikke behandles i vurderingsspor, men alene sendes via vurderingsspor til behandlersporet skade i de tilfælde, hvor behandling af en skade haster.

6.4.4 Gentagne telefonkonsultationer i samme vagt

I den efterfølgende opgørelse i Tabel 6.10 er det undersøgt, hvor hyppigt lægevagten henholdsvis Akuttelefonen 1813 giver mere end én telefonkonsultation til samme patient inden for samme vagt.

I Tabel 6.10 ses opgørelser af telefonkonsultationer, hvor patienten kun har modtaget én telefonkonsultation i vagten (herefter kaldet *unikke telefonkonsultationer*) samt telefonkonsultationer, hvor patienten har modtaget to eller flere telefonkonsultationer i løbet af vagten (herefter kaldet *gentagne telefonkonsultationer*). Hvis patienten modtager to eller flere telefonkonsultationer (uanset kontaktype: telefonkonsultationer med henholdsvis uden besøg/konsultationer) inden for samme vagt, tæller det som én gentagen telefonkonsultation, uanset hvor mange telefonkonsultationer den enkelte patient har modtaget i samme vagt.

Opgørelsen er baseret på telefonkonsultationer til regionens egne borgere opgjort på hverdage i tre måneder (september-november) i 2016 (fra kl. 16:00 til efterfølgende dag kl. 08:00: mandag-torsdag samt fredag den 1. december 2016 i tidsrummet kl. 00:00-08:00).

Der er foretaget følgende opgørelser:

- I. Det samlede antal telefonkonsultationer (telefonkonsultationer med henholdsvis uden besøg/konsultationer).
- II. Det samlede antal unikke telefonkonsultationer i vagten samt fordelt på kontaktype (telefonkonsultationer med henholdsvis uden besøg/konsultationer).
- III. Det samlede antal telefonkonsultationer til personer, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer i vagten.
- IV. Opgørelserne I-II er også opgjort pr. 1.000 borgere.
- V. Det samlede antal patienter, der har modtaget en telefonkonsultation samt fordelt på patienter, der har modtaget én henholdsvis flere telefonkonsultationer i vagten.
- VI. To beregninger af procentvise fordelinger:
 - i) Andelen af unikke telefonkonsultationer henholdsvis andelen af telefonkonsultationer, hvor der er givet to eller flere telefonkonsultationer i vagten af det samlede antal telefonkonsultationer
 - ii) Andelen af patienter, der har modtaget én telefonkonsultation henholdsvis andelen af patienter, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer i vagten af det samlede antal patienter.
- VII. Det gennemsnitlige antal telefonkonsultationer pr. patient, der har modtaget to eller flere telefonkonsultationer i vagten.

Tabel 6.10 Antal telefonkonsultationer til egne borgere[#] i vagttid^{##} i regionale lægevagtsordninger og i Akuttefonen 1813 fordelt på kontaktttype (unikke telefonkonsultationer^{###} og gentagne telefonkonsultationer^{####}), opgørelsesmåde^{#5} og regioner. Hverdage i september-december, 2016

Kontaktttype og opgørelsesmåde	Region				
	Nord-jylland	Midt-jylland	Syd-danmark	Sjælland***	Hoved-staden
Det samlede antal telefonkonsultationer (uanset type)	27.782	61.608	78.596	42.033	76.904
Det samlede antal unikke telefonkonsultationer (uanset type)	23.702	50.594	61.737	30.234	61.425
Unikke telefonkonsultationer uden besøg/konsultation (antal)*	11.938	29.515	32.627	16.883	32.758
Unikke telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal)**	11.764	21.079	29.110	13.351	28.667
Det samlede antal telefonkonsultationer til personer, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer	4.080	11.014	16.859	11.799	15.479
Det samlede antal unikke telefonkonsultationer pr. 1.000 borgere	40	39	51	36	34
Unikke telefonkonsultationer uden besøg/konsultation (antal pr. 1.000 borgere)	20	23	27	20	18
Unikke telefonkonsultationer med besøg/konsultation (antal pr. 1.000 borgere)	20	16	24	16	16
Det samlede antal telefonkonsultationer til personer, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer (antal pr. 1.000 borgere)	3	4	4	4	4
Procentvise fordelinger af telefonkonsultationer					
Andelen af unikke telefonkonsultationer af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	85	82	79	72	80
Andelen af telefonkonsultationer, hvor der er givet to eller flere telefonkonsultationer pr. patient, af det samlede antal telefonkonsultationer (%)	15	18	21	28	20
Det samlede antal patienter	25.614	55.624	67.043	33.215	67.777
Antal patienter, der har modtaget én telefonkonsultation (uanset type)	23.702	50.594	61.737	30.234	61.425
Antal patienter, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer (uanset type)	1.912	5.030	5.306	2.981	6.352
Procentvise fordelinger af antal patienter					
Andelen af patienter, som har modtaget én telefonkonsultation af det samlede antal patienter (%)	93	91	92	91	91
Andelen af patienter, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer af det samlede antal patienter (%)	7	9	8	9	9
Det gennemsnitlige antal telefonkonsultationer pr. patient for patienter, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer	2,1	2,2	3,2	4,0	2,4

Anm.: [#] Omfatter telefonkonsultationer med borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere – telefonkonsultationer, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner samt telefonkonsultationer med udenlandske turister, indgår ikke.

^{##} Opgjort for tidsrummet fra kl. 16:00 til kl. 08:00 den efterfølgende dag: mandag-torsdag i september-november 2016 samt fredag den 1. december 2016 i tidsrummet kl. 00:00-08:00 – for såvel vagtlægeordninger som Akuttefonen 1813.

^{###} Ved unikke telefonkonsultationer forstås, at der kun er givet én telefonkonsultation (uanset type) i vagttiden på de inkluderede hverdage.

^{####} Ved gentagne telefonkonsultationer forstås, at der er givet to eller flere telefonkonsultationer i vagttiden på de inkluderede dage.

^{#5} Der er ikke foretaget justeringer for eventuelle manglende oplysninger om cpr og/eller bopæl.

Note: * For lægevagten ydelseskode 0501 – for Akuttefonen 1813 de telefonhenvendelser, som afsluttes til egenomsorg eller lægelig telefonkonsultation. I Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Sjælland ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0501.

** For lægevagten ydelseskode 0602 – for Akuttefonen 1813 de telefonhenvendelser, der visiteres til besøg eller ambulante kontakter i Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker. I Region Syddanmark ydelsesregistreres henvisninger til hospital også med ydelseskode 0602.

*** Opgørelsen for Region Sjælland omfatter kun de telefonkonsultationer i vagtlægeordningen, mens telefonkonsultationer i akuttefonen ikke indgår.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 6.10)

Det skal bemærkes, at telefonkonsultationer i Region Sjællands akuttelefon ikke indgår i opgørelsen, idet det ikke har været muligt for Region Sjælland at foretage en sådan opgørelse på individniveau. Det gør det vanskeligt at sammenligne Region Sjælland med de øvrige regioner. Det skal herudover bemærkes, at der ikke er foretaget justeringer for eventuelle manglende oplysninger om cpr og/eller bopæl.

Kommentering på opgørelser af unikke og gentagne telefonkonsultationer i samme døgn (Tabel 6.10)

Det fremgår af de procentvise fordelinger af telefonkonsultationerne i Tabel 6.10, at afhængig af region er 72-85 % af alle telefonkonsultationer i opgørelsesperioden unikke telefonkonsultationer, hvor den samme patient inden for vagttiden kun har modtaget én telefonkonsultation. Den højeste andel af unikke telefonkonsultationer forekommer i Region Nordjylland (85 %), mens den laveste andel er i Region Sjælland (72 %), hvor telefonkonsultationer i akuttelefonen ikke er medtaget i opgørelserne. Heraf følger, at 15-28 % af telefonkonsultationerne er givet til patienter, som har modtaget to eller flere telefonkonsultationer i samme vagt. Hvorvidt den relativt høje andel af unikke telefonkonsultationer i Region Nordjylland har en sammenhæng med, at denne region også har det højeste antal konsultationer pr. 1.000 borgere, kan ikke afgøres, men det kan være en mulig medvirkende forklaring.

Af de procentvise fordelinger af antal patienter i Tabel 6.10 fremgår det, at 91-93 % af patienterne kun har modtaget én telefonkonsultation i vagten. I Region Nordjylland har 7 % af patienterne modtaget gentagne telefonkonsultationer i vagten, mens det er tilfældet for 8-9 % af patienterne i de øvrige regioner.

Patienter, som har modtaget gentagne telefonkonsultationer, har i gennemsnit modtaget lidt mere end 2 telefonkonsultationer i regionerne Nordjylland, Midtjylland og Hovedstaden. I Region Syddanmark og Region Sjælland har patienter, der har modtaget gentagne telefonkonsultationer, gennemsnitligt modtaget lidt mere end 3 henholdsvis 4 telefonkonsultationer (telefonkonsultationer i Region Sjællands akuttelefon indgår ikke i opgørelserne).

6.4.5 Telefonkonsultationer med efterfølgende hospitalskontakter i samme døgn

I den følgende Tabel 6.11 er det opgjort, hvor hyppigt patienter, der har modtaget en telefonkonsultation i lægevagten, *efterfølgende* har kontakt til et hospital (ambulant kontakt eller indlæggelse) i det samme vagtdøgn. Opgørelsen omfatter telefonkonsultationer til egne borgere på 12 hverdage i ugerne 36-47 i 2016 i tidsrummet fra kl. 16:00 til efterfølgende dag kl. 15:59 (mandage, tirsdage, onsdage og torsdage). Herudover er der foretaget procentvise beregninger af fordelingen af patienter med hospitalskontakt henholdsvis uden hospitalskontakt inden for samme vagtdøgn.

Der er ikke foretaget opgørelser for Region Hovedstaden, idet Akuttelefonen 1813 ikke varetager konsultationer, men alene kan visitere til ambulante kontakter i AMAK på hospitaler.

Tabel 6.11 Antal patienter[#], som i vagttid^{##} har modtaget telefonkonsultation(er)^{###} i lægevagtsordningerne fordelt på kontakttype (med og uden efterfølgende kontakt med hospital inden for samme døgn), opgørelsesmåde og regioner. I alt 12 hverdage i september-november, 2016

Kontakttype og opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland**
Det samlede antal patienter, som har modtaget telefonkonsultation(er)	6.366	12.563	12.046	7.226
Antal patienter <u>med</u> hospitalskontakt efter telefonkonsultation(er)*	921	2.117	1.221	968
Antal patienter <u>uden</u> hospitalskontakt efter telefonkonsultation(er)	5.445	10.446	10.825	6.258
Det samlede antal patienter, som har modtaget telefonkonsultation(er) pr. 1.000 borgere	10,9	9,7	9,9	8,7
Antal patienter <u>med</u> hospitalskontakt efter telefonkonsultation(er) pr. 1.000 borgere	1,6	1,6	1,0	1,2
Antal patienter <u>uden</u> hospitalskontakt efter telefonkonsultation(er) pr. 1.000 borgere	9,3	8,0	8,9	7,5
Procentvise fordelinger				
Andelen af patienter <u>med</u> hospitalskontakt af det samlede antal patienter, som har modtaget telefonkonsultation(er) (%)	14	17	10	13
Andelen af patienter <u>uden</u> hospitalskontakt af det samlede antal patienter, som har modtaget telefonkonsultation(er) (%)	86	83	90	87

Anm.: [#] Omfatter regionens egne borgere, som har modtaget en telefonkonsultation i egen region. Opgørelsen omfatter ikke de af regionens borgere, som har modtaget en telefonkonsultation under ophold i andre regioner og heller ikke udenlandske turister.
^{##} Omfatter tidsrummet fra kl. 16:00 til kl. 15:59 den efterfølgende dag: mandag-torsdag. Nærmere bestemt mandage i ugerne 36, 40 og 44; tirsdage i ugerne 37, 41 og 45; onsdage i ugerne 38, 42 og 46; torsdage i ugerne 39, 43 og 47.
^{###} Omfatter alle telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602).

Note: * Omfatter alle typer af kontakter (ambulante kontakter i akutafdelinger/akutklinikker/ skadestuer/skadeklinikker og direkte indlæggelser).
** Opgørelsen for Region Sjælland omfatter kun de telefonkonsultationer, der er givet i vagtlægeordningen, mens telefonkonsultationer der er givet af akuttelefonen ikke indgår.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligning (Tabel 6.11)

For Region Sjælland omfatter opgørelsen kun telefonkonsultationer i vagtlægeordningen, mens telefonkonsultationer givet af akuttelefonen ikke indgår, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne Region Sjælland med de øvrige regioner. Det skal yderligere bemærkes, at der ikke er foretaget justeringer for eventuelle manglende oplysninger om cpr og/eller bopæl.

Kommentering på opgørelser af telefonkonsultationer med efterfølgende hospitalskontakt inden for samme døgn (Tabel 6.11)

Det fremgår af Tabel 6.11, at der i en opgørelse baseret på 12 hverdage er 1,0-1,6 patienter pr. 1.000 borgere, der *efter* at have modtaget én eller flere telefonkonsultationer i vagttiden har en hospitalskontakt inden for samme døgn (tidsrummet fra kl. 16:00 til efterfølgende dag kl. 15:59). Det fremgår af Tabel 6.11, at Region Nordjylland og Region Syddanmark ligger højest, mens Region Syddanmark ligger lavest.

Det fremgår yderligere af Tabel 6.11, at 10-17 % af borgerne, der har modtaget én eller flere telefonkonsultationer, efterfølgende har en hospitalskontakt inden for samme døgn. Her har Region Midtjylland den højeste andel, mens Region Syddanmark har den laveste.

7 Økonomi

I dette kapitel er der foretaget en kortlægning af de regionale omkostninger i 2016 ved vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttelefonen 1813. Afsnit 7.2, s. 165, indeholder en oversigt over omkostningerne ved honorarbetalte ydelser til vagtlæger, mens lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813 er estimeret i afsnit 7.3, s. 171. I afsnit 7.4, s. 172, fokuseres der på de regionale driftsomkostninger ved henholdsvis vagtlægeordningerne og Akuttelefonen 1813. Endelig er der i afsnit 7.5, s. 177, et overblik over de samlede omkostninger ved vagtlægeordningerne.

Kapitlet indledes i afsnit 7.1 med en præsentation af lægevagts honorarer ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer samt estimerede enhedspriser for telefonkonsultationer og besøg i Akuttelefonen 1813 (afsnit 7.1.1). Herefter følger en kort præsentation af overenskomstens honorarer ved henholdsvis befordring af læger og vagtberedskab samt en oversigt over de regionale lokalaftaler på området (afsnittene 7.1.2-7.1.3, s. 161-163). I afsnit 7.1.4, s. 164, beskrives forbehold for tværregional sammenligning af omkostningerne. Endelig er vagtlægernes indtjening i forskellige typer af vagter belyst i afsnit 7.8, s. 181.

7.1 Honorarer for grundydelse i lægevagten og estimerede omkostninger pr. ydelse i Akuttelefonen 1813

7.1.1 Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer

I Tabel 7.1 præsenteres honorarer i perioden 1. april til 30. september 2016 for følgende grundydelse i vagttiden: telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer (ydelseskode 0501), telefonkonsultationer med/konsultationer (ydelseskode 0602), besøg (ydelseskode 0471), henholdsvis konsultationer i lægevagten (ydelseskode 0101)³² (Praktiserende Lægers Organisation, 2016). Honorarerne afhænger af, om ydelserne er givet i A- eller B-vagt.

Tabel 7.1 Honorarer for grundydelse i vagttiden i de regionale lægevagtordninger fordelt på ydelse og vagttype (kr.), 2016

Ydelsestype	Ydelseskode	Vagtlægeordning (kr.)	
		A-vagt*	B-vagt**
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation	0501	92,82	117,28
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation	0602	40,14	49,66
Besøg	0471	263,30	322,03
Konsultationer i lægevagten	0101	189,52	235,29

Anm.: Taksterne justeres to gange årligt, ca. 1. april og 1. oktober.

Note: * A-vagt omfatter tidsrummet kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage.

** B-vagt omfatter tidsrummet kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.

Kilde: Honorartabel. Vagttid. Overenskomst om almen praksis. 1. april 2016 til 30. september 2016. (Praktiserende Lægers Organisation, 2016).

³² Taksterne for ydelser af lægevagterne justeres to gange årligt (pr. 1. april og pr. 1. oktober) med to typer reguleringer: i) Omkostningsandelen af honorarerne reguleres med 25 % af den procentvise stigning i nettoprisindekset (pr. 1. juli: fra juli året før til januar samme år; pr. 1. oktober: fra januar til juli samme år), og ii) nettoandelen af honorarer og tilskud reguleres med 75 % af den procentvise stigning, der har været i den særlige reguleringsprocent for regioner (pr. 1. april: fra oktober året før til april samme år; pr. 1. oktober: fra april til oktober samme år), jf. § 62, stk. 2 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014).

Af Tabel 7.1 fremgår det, at honoraret for et besøg (ydelseskode 0471) er højere end en konsultation i lægevagten (ydelseskode 0101). Det fremgår også, at besøgs- og konsultationshonorarerne er væsentligt højere end honorarerne for telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 og 0602), hvor honoraret for en telefonkonsultation uden besøg/konsultation er højere end for en telefonkonsultation med besøg/konsultation. På baggrund af Tabel 7.1 er det beregnet, at honoraret i B-vagter er ca. 22-26 % højere end i A-vagter.

I Tabel 7.2 ses de af Region Hovedstaden estimerede gennemsnitlige lønomkostninger (enhedspri-ser) ved Akuttefonen 1813's telefonkonsultationer i vagttid og besøg.

Tabel 7.2 De gennemsnitlige lønomkostninger[#] ved Akuttefonen 1813's telefonkonsultationer og besøg hos patienter i vagttid^{##} (kr.). Region Hovedstaden. 2016

Ydelsestype	Omkostninger (kr.)
Telefonkonsultationer	109,40
Besøg	533,30

Note: [#] Estimerede omkostninger baseret på en værdisætning af tidsforbruget med de gennemsnitlige lønomkostninger for sundhedsfagligt personale i september 2016. Heri indgår grundløn, forskellige tillæg (faste månedlige tillæg og engangstillæg), genetillæg (arbejds- og arbejdstidsbestemte tillæg samt overarbejde), særlig feriegodtgørelse, ATP og pensionsbidrag.

^{##} Omfatter tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi.

Forbehold for sammenligning af honorarer og estimerede lønomkostninger (Tabel 7.1 og Tabel 7.2)

Omkostninger ved Akuttefonen 1813's telefonkonsultationer og besøg er estimeret af Region Hovedstaden. De er estimeret på grundlag af en værdisætning af tidsforbruget ved telefonkonsultationer og besøg. Beregningerne er baseret på i) de gennemsnitlige lønomkostninger for det sundhedsfaglige personale, som giver de pågældende ydelser, og ii) tidsrummet, der svarer til vagttiden i lægevagttordningerne. Opgørelserne er foretaget på baggrund af tidsforbrug og lønninger i september 2016 og estimeret som gennemsnitlige omkostninger for A- og B-vagt samlet set. Der indgår imidlertid ikke en række omkostninger i beregningerne, eksempelvis administration og ledelse (nærmere beskrivelse følger i afsnit 7.2.2, s. 168).

Fordi telefonkonsultationer og besøg i vagtlægeordningerne og Akuttefonen 1813 er omkostningsbestemt på et meget forskelligt grundlag, må der tages forbehold for direkte sammenligning af vagtlægernes honorarer og de af Region Hovedstaden estimerede enhedsomkostninger.

Kommentering på gennemsnitlige lønomkostninger i Akuttefonen 1813 (Tabel 7.2)

Som det fremgår af Tabel 7.2, har Region Hovedstaden estimeret, at en telefonkonsultation ved Akuttefonen 1813 gennemsnitlig koster 109,40 kr., mens omkostninger ved besøg i gennemsnit er estimeret til 533,30 kr.

Med forbehold for regionernes forskellige måder at håndtere omkostninger ved telefonkonsultationer henholdsvis besøg hos patienter (takster for betaling af vagtlæger versus lønninger til sundhedsfagligt personale i Region Hovedstaden Akuttefon 1813), ligger Region Hovedstadens omkostninger ved telefonkonsultationer i vagttid lidt lavere end vagtlægeordningernes takst for telefonkonsultationer uden besøg/konsultation i B-vagter, mens Region Hovedstadens omkostninger ved besøg er mere en 1,5 gange højere end vagtlægeordningernes takst for besøg i B-vagter.

Regionale lokalaftaler om honorering

De fire regioner med vagtlægeordninger har i tillæg til overenskomsten om almen praksis (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014) indgået lokale aftaler om honorering i forbindelse med telefonkonsultationer og konsultationer. De omfatter følgende:

▪ Telefonkonsultationer:

- I Region Syddanmark er det aftalt, at henvisning til hospital ydelsesregistreres og honoreres som en telefonkonsultation *med* besøg/konsultation (ydelseskode 0602: 40,14 kr. i A-vagt), og ikke som det fremgår af overenskomsten med en telefonkonsultation *uden* besøg/konsultation (ydelseskode 0501: 92,82 kr. i A-vagt) (se eventuelt Tabel 7.1).

▪ Konsultationer:

- I Region Nordjylland er der indgået aftale om garanti for en minimumsindtjening på aftalte lokationer (garantiindtjening)
- I de fire regioner med vagtlægeordninger er der indgået aftaler om fremmødehonorar/besøgstakst for den første konsultation på aftalte konsultationssteder (ydelseskode 0471: 263,30 kr. i A-vagt) i stedet for et honorar for en konsultation (ydelseskode 0101: 189,52 kr. i A-vagt) (se eventuelt Tabel 7.1).

De enkelte aftaler er kort beskrevet i Boks 7.1.

Boks 7.1 Oversigt over regionale aftaler vedrørende honorering af vagtlæger for telefonkonsultationer og konsultationer i vagttiden, 2016

Region Nordjylland

- Konsultationer med garantiindtjening: For nattevagter i Thisted er der – med virkning fra januar 2007 – indgået aftale om en garantiindtjening i hver nattevagt (ydelseskode 3131), som svarer til forskellen mellem lægens faktiske indtjening og garantisummen, der er sat til 5.000 kr. Garantibetalingen ydes uafhængigt af afstandskompensationen (§ 6 i (Region Nordjylland, 2006)).
- Konsultationer med fremmødehonorar: Der er indgået aftale om et fremmødehonorar, hvortil der anvendes en særlig lokal ydelseskode (4471). Det gør det muligt at adskille besøg (ydelseskode 0471) fra konsultationer med fremmødehonorar (ydelseskode 4471) – de to ydelseskoder har imidlertid samme honorar. Ved lægens fremmøde i vagtkonsultationerne Hobro, Farsø, Brovst og Thisted samt ubemandede konsultationer honoreres første konsultation svarende til besøg udgående fra praksisadressen/lægens hjemadresse. Aftalen gælder både for dag- og aftenvagter – med virkning fra januar 2007) (§ 6 i (Region Nordjylland, 2006)).

Region Midtjylland

- Konsultationer i akutklinikker: Vagtlægerne aflønnes pr. konsultation i de regionale akutklinikker i henhold til den gældende overenskomst (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014). Dette gælder også for de behandlinger, som behandlersygeplejersken afslutter, hvor vagtlægen har det lægefaglige ansvar (i vagttiden kl. 16:00-08:00 på hverdage samt hele døgnet i weekender og helligdage) (Bilag 2: Samarbejde i akutklinikkerne i (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011)).
- Konsultationer i akutklinikker: Vagtlægernes første konsultation i de regionale akutklinikker aflønnes med besøgstakst (ydelseskode 0471) + afstandskompensation til akutklinikken (ydelseskode 2302) (Bilag 2: Samarbejde i akutklinikkerne i (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011)).

Boks 7.1 Oversigt over regionale aftaler vedrørende honorering af vagtlæger for telefonkonsultationer og konsultationer i vagttiden, 2016

- Konsultationer i tilknytning til akutafdelinger: Vagtlægen honoreres i overensstemmelse med overenskomsten for de patienter, som vedkommende selv afslutter – også selv om en sygeplejerske, der i øvrigt er ansat af regionen, har ydet assistance (Bilag 3: Samarbejde i akutafdelinger i (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011)).

Region Syddanmark

- Telefonkonsultationer: Ved visitation til skadestue eller skadeklinik honoreres lægerne med ydelseskode 0602 (telefonkonsultationer med besøg/konsultation) (punkt 6 i (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)).
- Konsultationer med fremmødehonorar: Hvis visitationsstederne Odense, Aabenraa, Kolding, Esbjerg og Vejle ikke kan bemandes med læger, som har bopæl/konsultation i en radius af 45 km fra visitationsstedet, honoreres lægerne uden for lokalområdet med et fremmødehonorar, der svarer til et besøgshonorar samt afstandstillæg ud over 10 km og kørselsgodtgørelse i henhold til overenskomstens bestemmelser³³ (punkt 4 i (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)).
- Konsultationer: Der ydes besøgshonorar til første konsultation, på de konsultationssteder, som bemandes af kørende læger (undtaget herfra er de fire visitationssteder: Odense, Aabenraa, Kolding og Esbjerg)³⁴ (punkt 4 i (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014)).

Region Sjælland

- Konsultationer: Når de delvist bemandede konsultationer (Kalundborg, Nakskov, Vordingborg og Nykøbing Sjælland) henholdsvis ad hoc-åbne konsultationer (Stege, Ringsted, og Hundige) bemandes af 'kørelægen', honoreres den første konsultation som et besøg (ydelseskode 0471) (punkt 4 i (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007a)).

7.1.2 Befordring af læger

Det fremgår af overenskomsten, at en vagtlæge enten kan vælge at benytte eget befordringsmiddel eller befordring med en af de af regionerne etablerede ordninger – vagtlægen kan dog kun veksle herimellem under særlige betingelser (§ 76, stk. 2 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)). Såfremt vagtlægen får udbetalt en godtgørelse for benyttelse af eget befordringsmiddel, svarer godtgørelsen til statens fastsatte takst for tjenesterejser med eget befordringsmiddel pr. påbegyndt km plus et tillæg på 15 % (§ 61 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)). Regionen og praksisudvalget kan dog med en læges samtykke indgå forhandlinger om fravigelse fra dette i forbindelse med lægers betjening af småøer og ved sørejser (§ 76, stk. 6 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

I den efterfølgende Tabel 7.3 fremgår taksterne for kørselsgodtgørelse for kørsel indtil 20.000 km henholdsvis kørsel over 20.000 km (ydelseskoderne 9001 og 9002). Desuden ses afstandstaksten i A- henholdsvis B-vagter, som betales ved besøg, som ligger længere væk end 10 km fra udgangspunktet (en kompensation for øget tidsforbrug ved besøg med lang køretid (ydelseskode 2302)). Herudover ses 'rejsetillæg til øer uden bosatte læger samt tillæg for patientledsagelse i ambulance' (ydelseskode 2502). Der skal også her gøres opmærksom på, at taksterne justeres to gange årligt (§ 62 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

³³ Første ydelse erstatter således ydelseskode 4643 + ydelseskode 9001 x antal km (oplyst af vagtchefen).

³⁴ Første konsultationsydelse erstattes med ydelseskode 4642 + ydelseskode 9001 x antal km fra sidste besøgssted (oplyst af vagtchefen).

Tabel 7.3 Honorarer ved vagtlægers befordring i vagttiden fordelt på ydelse og vagttype (kr.), 2016

Ydelsestype	Ydelseskode	Vagtlægeordning (kr.)	
		A-vagt*	B-vagt**
Afstandstakst ved besøg pr. km ud over 10 km	2302	16,23	19,72
Kørselsgodtgørelse indtil 20.000 km (pr. år, pr. km)	9001		4,17
Kørselsgodtgørelse over 20.000 km	9002		2,29
Rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læge samt tillæg for patientledsagelse i ambulance pr. påbegyndt halve time	2502		199,49

Anm.: Taksterne justeres to gange årligt, ca. 1. april og 1. oktober.

Note: * A-vagt omfatter tidsrummet kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage.

** B-vagt omfatter tidsrummet kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.

Kilde: Honorartabel. Vagttid. Overenskomst om almen praksis 1. april 2016 til 30. september 2016 (Praktiserende Lægers Organisation, 2016).

Af Tabel 7.3 fremgår det, at det alene er i forbindelse med 'afstandstakst ved besøg pr. km ud over 10 km', at der differentieres mellem honorar i A- og B-vagt. Afstandstaksten er 22 % højere i B-vagten end i A-vagten.

Regionale aftaler om befordring

Regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark har etableret ordninger med tilbud om transport af vagtlæger, mens det er obligatorisk for lægerne at køre med vognmand i Region Sjælland. Herudover har Region Nordjylland henholdsvis Region Syddanmark indgået aftale om afstandskompensation/færgetillæg til aftalte lokationer for konsultationer.

Lokale aftaler vedrørende befordring af vagtlæger er kort beskrevet i Boks 7.2.

Boks 7.2 Oversigt over regionale aftaler vedrørende befordring af vagtlæger i vagttiden henholdsvis befordring af læger fra 1813, 2016

Region Nordjylland

- **Befordring:** Regionen giver i vagttiden et tilbud om transport af læger, der ønsker at lade sig transportere til besøg. Ordningen omfatter ikke Læsø Kommune (§ 4 i (Region Nordjylland, 2006)). Tilmelding kan ske med en måneds varsel til en måneds begyndelse og fratrædelse skal ligeledes meddeles i rimelig tid.
- **Afstandskompensation:** Regionen udbetaler en afstandskompensation på 1.763,73 kr. pr. nattevagt (april 2016) til lægevagters nattevagter i Thisted (svarende til at 1. konsultation i Thisted honoreres som besøg udgående fra Aalborg) (§ 4 i (Region Nordjylland, 2006)).

Region Midtjylland

- **Befordring:** Regionen har etableret et tilbud om en kørselsordning til vagtlæger, der kører besøg. Såfremt lægerne tilmelder sig ordningen, binder de sig for 2 år ad gangen (Region Midtjylland, 2006).

Region Syddanmark

- **Befordring:** Der er indgået aftale om en befordringsordning i henhold til overenskomstens § 76, stk. 2 (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014).

- Færgetillæg: Såfremt lægevagten aflægges besøg på Fanø, ydes der – med virkning pr. 1. januar 2015 – et særligt Fanø-færgetillæg, som gives ud over besøgshonorar, eventuel afstandstakst og kørsels-godtgørelse (ydelseskode 4177). Fanø-færgetillægget er på 1.000 kr. i A-vagt henholdsvis 1.500 kr. i B-vagt (1. oktober 2008-niveau) (Allonge til Lægevagtsaftalen (Region Syddanmark, PLO Syddanmark, 2014)).

Region Sjælland

- Befordring: Som en obligatorisk ordning – med ikrafttrædelse pr. 1. august 2007 – transporteres alle besøgslæger med vognmand (Punkt 4 i (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2007a)).

Region Hovedstaden

- Befordring: Der er etableret en obligatorisk ordning, hvor alle læger kører med taxa til besøg i patienternes hjem (Region Hovedstaden, 2015).

7.1.3 Vagtberedskab

Det fremgår af overenskomsten, at på øer, hvor antallet af læger gør det umuligt at tilrettelægge en vagtordning, så vagtbelastningen i henhold til overenskomstens formulering "*ikke bliver urimelig*", honoreres lægerne med et vagtberedskabshonorar ud over ydelseshonorarer for grunddydelserne telefonkonsultationer, besøg og konsultationer (§ 39, stk. 2-3 i (Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation, 2014)).

Vagtberedskabshonoraret (ydelseskode 1001) er på 129,35 kr. pr. time i både A-vagt og B-vagt (Praktiserende Lægers Organisation, 2016). Vagtberedskabshonoraret har imidlertid mindre økonomisk betydning for nærværende kortlægning, hvorfor regionernes omkostninger hertil ikke er af-rapporteret særskilt i de efterfølgende tabeller. Der er udfærdiget lokale særaftaler vedrørende vagtberedskab på øer i Region Midtjylland, Region Syddanmark henholdsvis i Region Sjælland (se eventuelt Boks 7.3).

Boks 7.3 Oversigt over regionale aftaler vedrørende vagtberedskab for vagtlæger i vagttiden, 2016

Region Nordjylland

- Der er indgået en § 2-aftale den 16. april 2007, hvoraf det fremgår, at de to alment praktiserende læger på Læsø honoreres med det dobbelte af det vagtberedskabshonorar, som er fastsat i landoverenskomsten. Honoraret er uden øvre loft for det maksimale beløb, som en enkeltlæge kan få efter bestemmelsen (Region Nordjylland & Praksisudvalget 2007). Aftalen er efterfølgende bortfaldet, da der ikke længere er alment praktiserende læger på Læsø. Der er i stedet oprettet en sundhedsklinik, som drives af Region Nordjylland).

Region Midtjylland

- Der er indgået en § 2-aftale med virkning pr. 1. januar 2013, hvori det fremgår, at ø-lægen på Anholt honoreres med et fast vagtberedskabshonorar (ø-lægehonorar). Beløbet reguleres i henhold til § 68, stk. 5, i overenskomsten om almen praksis (Region Midtjylland, PLO-Midtjylland & Fjendbo Jørgensen, 2012).
- Der er endvidere indgået en § 2-aftale den 30. juni 2005, hvoraf det fremgår, at de to alment praktiserende læger på Samsø honoreres med det dobbelte af det vagtberedskabshonorar, som er fastsat i landoverenskomsten. Honoraret er uden øvre loft for det maksimale beløb, som en enkeltlæge kan få efter bestemmelsen (Århus Amt, Praksisudvalget i Århus, 2005).

- På Endelave er der i ugerne 26-33 fuld lægebetjening. Lægeklinikken skal i sommerferieperioden (uge 27-33) være åben for konsultation i tidsrummet kl. 08:00-16:00. I den øvrige tid er der vagtforpligtelse, jf. udbudsmateriale fra februar 2016 (Region Midtjylland, 2016).
- På Tunø er der aftale om fuld lægebetjening i ugerne 26-33.

Region Syddanmark

- Der er indgået en § 2-aftale med virkning pr. 12. oktober 2004. Det fremgår heri, at for praktiserende læger på Ærø og vagtlæger, som afholder vagt på Ærø, fastsættes vagtberedskabshonoraret til det dobbelte af landsoverenskomstens takst, samtidig med at der i hele vagttiden anvendes B-vagthonorar (Region Syddanmark, 2014b).

Region Sjælland

- I Region Sjælland er der i hele døgnet 2 standby-læger, som kan indkaldes ved ekstraordinær travlhed eller andre uforudsete hændelser. Der er ingen honorering af denne funktion (Region Sjælland, Praksisudvalget i Region Sjælland, 2009).

7.1.4 Forbehold for sammenligning af omkostninger

Kortlægningen af økonomien omfatter følgende to typer omkostninger:

- Regionale omkostninger ved *honorarbetalte* ydelser
- Regionale *driftsomkostninger* ved vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttelefonen 1813.

De fire regioner med vagtlægeordninger har begge typer omkostninger.

Omkostningerne i de fire regioner med vagtlægeordninger omfatter:

- De fire honorarbetalte grundtydelser (telefonkonsultationer med eller uden besøg/konsultationer, besøg og konsultationer). Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer ved telefonkonsultationer leveret af den regionale akuttelefon indgår *ikke* i opgørelsen, idet det ikke er en honorarbetalt ydelse. De indgår imidlertid heller *ikke* i opgørelsen af driftsomkostninger grundet vanskeligheder ved at udskille omkostningerne herved.
- En række tillægsydelser herunder befording af læger.
- Driftsomkostninger (lønomkostninger forbundet med planlægning og koordinering af de fire grundtydelser samt i et vist og varierende omfang omkostninger ved administration og ledelse, lønomkostninger til sundhedspersonale, befording af læger, lokaler og teknik).

Omkostningerne ved Akuttelefonen 1813 i Region Hovedstaden omfatter:

- Omkostninger ved driften af Akuttelefonen 1813, herunder til administration og ledelse, befording, lokaler og teknik. Herudover indgår der også omkostninger ved at gennemføre telefonkonsultationer og besøg i form af løn til medarbejdere, som varetager dette arbejde. Omkostningerne ved ambulante kontakter i AMAK indgår *ikke* i opgørelsen, idet det ikke har været muligt at omkostningsbestemme dem grundet vanskeligheder ved at adskille omkostningerne fra omkostningerne ved de øvrige ambulante kontakter i AMAK.

Sammenligning af omkostninger på tværs af regioner

Ved sammenligning af omkostninger gælder de samme mindre forbehold, der er beskrevet ved sammenligning af aktiviteten i forbindelse med Tabel 6.5 i afsnit 6.4.1, s. 141. Med nævnte forbehold

in mente er det muligt at sammenligne omkostningerne ved honorarbetalte ydelser på tværs af vagtlægeregioner – dog med følgende forbehold: Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer er *ikke* sammenlignelige med de øvrige vagtlægeregioners omkostninger ved telefonkonsultationer, idet Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen ikke indgår i opgørelserne (funktionen er integreret i akutafdelinger på fire hospitalsenheder i regionen). Driftsomkostninger ved vagtlægeordningen i Region Sjælland kan imidlertid heller *ikke* sammenlignes direkte med de øvrige vagtlægeregioners driftsomkostninger, idet driftsomkostninger ved den regionale akuttelefon i Region Sjælland samt omkostninger ved forbrug af lokaler ikke indgår i opgørelserne. Det betyder, at de samlede omkostninger ved Region Sjællands vagtlægeordning *ikke* kan sammenlignes direkte med de øvrige vagtlægeregioners omkostninger.

Det skal yderligere bemærkes, at de regionale omkostninger ved vagtlægeordninger (summen af honorarbetalte ydelser og driftsomkostninger) *ikke* er sammenlignelige med Region Hovedstadens samlede driftsomkostninger ved Akuttelefonen 1813. Det kan primært tilskrives to ting: i) Akuttelefonen 1813 varetager ikke konsultationer, og ii) driftsomkostningerne ved Akuttelefonen 1813 er baseret på beregninger og estimerede omkostninger, mens de honorarbetalte ydelser i vagtlægeregionerne er baseret på overenskomstens takster.

7.2 Vagtlægeordningernes omkostninger ved honorarbetalte ydelser i 2016

I dette afsnit præsenteres de fire vagtlægeregioners omkostninger ved honorarbetalte ydelser. Region Hovedstadens estimerede lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813's telefonkonsultationer og besøg (ekskl. administration, ledelse mv.) præsenteres i afsnit 7.3.

7.2.1 Omkostninger ved honorarbetalte ydelser i vagtlægeregioner i 2016

I Tabel 7.4 præsenteres omkostninger ved honorarbetalte ydelser i 2016. Antallet af ydelser er værdisat med takster, jf. gældende overenskomst.

Der er foretaget to typer af opgørelser:

- I. Omkostninger ved *alle* honorarydelser: omfatter summen af omkostninger ved ydelser til regionens egne borgere, ydelser til borgere fra andre regioner³⁵ og eventuelle udenlandske turister
- II. Omkostninger ved honorarydelser til *egne borgere*: omfatter kun omkostninger ved ydelser givet i regionen til regionens egne borgere.

For begge opgørelser (I og II) er der foretaget opgørelser af:

- i) Omkostninger ved *grundydelse* telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 og 0602), besøg (ydelseskode 0471) og konsultationer (ydelseskode 0101)
- ii) Omkostninger ved *lokalt aftalte honorarer* som fx ved anvendelse af besøgstakster for konsultationer på aftalte lokationer, garanti for minimumsindtjening, fremmødehonorarer

³⁵ CSC Scandichealth foretager via regionernes registreringer i 'Notus Regional' interregionale modregninger (clearing) baseret på oplysninger om borgernes bopæl. Denne interregionale form for afregning foregår mellem de fire regioner med vagtlægeordninger, som også sender afregning for vagtlægeydelser til Region Hovedstadens borgere. Region Hovedstaden afregner imidlertid ikke for ydelser fra Akuttelefonen 1813 til borgere fra de øvrige regioner (jf. oplysninger fra Region Hovedstaden og Region Sjælland). Ifølge oplysninger fra Region Hovedstadens Budgetenhed: '*er det muligt for Akutberedskabet at indberette aktivitet til LPR, som dermed kan danne grundlag for en mellemkommunal afregning*'. Akutberedskabet indberetter aktuelt ikke deres aktivitet til LPR. Dette udelukker ikke, at Akuttelefonen 1813 kan sende regninger til andre regioner for telefonkonsultation ved Akuttelefonen 1813, men det er ikke praksis på nuværende tidspunkt.'

på aftalte lokationer og vagtlægers honorering i forbindelse med konsultationer i akutklinikker/akutafdelinger (se eventuelt beskrivelsen heraf i Boks 7.1, s. 158)

- iii) Omkostninger ved *befordring* af vagtlæger i vagttiden med hensyn til afstandstakst (ydelseskode 2302), kørselsgodtgørelse I og II (ydelseskoderne 9001 og 9002) samt regionernes lokale aftaler om befordring herunder tillæg i forbindelse med befordring med færge (se eventuelt beskrivelsen heraf i afsnit 7.1.2, s. 161)
- iv) Omkostninger ved øvrige ydelser (fx laboratorieydelser og udstedelse af attester).

Opgørelserne er opgjort i absolutte tal for alle ydelser. Herudover er omkostninger ved ydelser givet til regionenes egne borgere beregnet pr. 1.000 borgere, hvilket anses for at være det bedste grundlag for tværregional sammenligning.

Tabel 7.4 Omkostninger ved honorarbetalte# ydelser i vagttid## fordelt på opgørelsesmåde### og regioner (1.000 kr.), 2016

Opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
Alle honorarydelser	76.574	157.280	153.201	99.594
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer*	57.118	122.055	115.385	82.618
Lokalt aftalte honorarer (dog ikke vedr. befordring)**	1.786	2.631	3.400	0
Befordring af lægevagten***	8.844	21.125	23.273	12.869
Øvrige ydelser (fx laboratorieydelser, udstedelse af attester)	8.827	11.468	11.143	4.107
Alle honorarydelser til egne borgere****	73.596	151.317	148.853	95.672
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer (egne borgere)	54.802	117.572	111.499	79.145
Lokalt aftalte honorarer (dog ikke vedr. befordring) (egne borgere)	1.786	2.631	3.273	0
Befordring af lægevagten (egne borgere)	8.585	20.577	23.273	12.590
Øvrige ydelser (egne borgere)	8.423	10.537	10.807	3.937
Alle honorarydelser til egne borgere pr. 1.000 borgere	126	117	123	115
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer til egne borgere pr. 1.000 borgere	94	91	92	95
Lokalt aftalte honorarer (ikke befordring) til egne borgere pr. 1.000 borgere	3	2	3	0
Befordring af lægevagten til egne borgere pr. 1.000 borgere	15	16	19	15
Øvrige ydelser til egne borgere pr. 1.000 borgere	14	8	9	5
Procentvise fordelinger af omkostninger ved honorarydelser til egne borgere				
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer (egne borgere)	74	78	75	83
Lokalt aftalte honorarer (dog ikke vedr. befordring) (egne borgere)	2	2	2	0
Befordring af lægevagten (egne borgere)	12	14	16	13
Øvrige ydelser (egne borgere)	11	7	7	4

Anm.: # Jf. overenskomsten for almen praktiserende læger (2014).

Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet og omkostningerne herved vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer, henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet).

Note: * Omfatter ydelser med ydelseskoderne 0501, 0602, 0471 henholdsvis 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

** Omfatter anvendelse af besøgstakster for konsultationer på givne lokationer, garanti for minimumsindtjening, fremmødehonorarer på givne lokationer og vagtlægers honorering i forbindelse med konsultationer i akutklinikker/akutafdelinger.

*** Omfatter afstandstakst over 10 km (ydelseskode 2302), kørselsgodtgørelse I og II (ydelseskoderne 9001 og 9002) samt lokale aftaler, herunder tillæg i forbindelse med befordring med færges.

**** Omfatter omkostninger ved ydelser til borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere. Opgørelsen omfatter ikke omkostninger ved ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner og heller ikke omkostninger ved ydelser til udenlandske turister.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 7.4)

Der gælder de samme mindre forbehold, der er beskrevet i forbindelse med sammenligning af opgørelserne af aktiviteten i Tabel 6.5 i afsnit 6.4.1, s. 141. Det skal yderligere bemærkes, at Region Sjællands omkostninger kun omfatter telefonkonsultationer leveret af vagtlægerne, idet omkostningerne ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen ikke er beregnet, da de har været vanskelige at udskille, og opgaven dermed ligger uden for rammerne af denne kortlægning.

Region Midtjylland gør opmærksom på, at ydelser og ydelseshonorarer for aktivitet i vagttid på akutklinikken på Samsø, som varetages af de praktiserende læger på øen, fejlagtigt er medtaget i alle leverede opgørelser af aktivitet og økonomi. Ydelseshonoraret svarer til 386.583 kr., hvilket udgør 0,25 % af det samlede ydelseshonorar i Region Midtjylland. Region Midtjylland anfører dog, at såfremt der ikke var indgået en sådan aftale med de praktiserende læger på Samsø, ville patienterne formentlig være blevet tilset af lægevagten.

For Region Sjælland og Region Midtjylland har det på visse områder ikke været muligt at udskille og fordele omkostninger ved regionens egne borgere fra omkostninger til alle borgere:

- Region Sjælland oplyser, at i forhold til lokalt aftalte honorarer kan disse ikke fordeles ud på regionens egne borgere, hvorfor der er angivet 0 kr. i tabellen.
- Region Midtjylland oplyser, at det på nogle områder ikke er muligt at fordele omkostninger på alle borgere henholdsvis regionens egne borgere – de indgår derfor i begge opgørelser (I og II). Det gør sig gældende på følgende områder:
 - Honorering af vagtlægens første konsultation på en akutklinik, som, jf. lokal aftale, afregnes med en besøgstakst (ydelseskode 0471), indgår i begge opgørelser (I og II) af honorarydelser ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer
 - Vagtberedskabshonoraret indgår med det fulde beløb i begge opgørelser (I og II) af lokalt aftalte honorarer i Region Midtjylland.

Samlet set vurderes ovennævnte forhold ikke at have væsentlig betydning for den tværregionale sammenligning af omkostninger ved honorarbetalte ydelser. Den eneste undtagelse er, at omkost-

ninger ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen i Region Sjælland ikke indgår i omkostningsopgørelsen, hvorfor omkostninger til telefonkonsultationer i Region Sjælland ikke kan sammenlignes med de øvrige tre regioner.

Kommentering på omkostninger ved honorarbetalte ydelser (Tabel 7.4)

Med forbehold for ovennævnte forhold fremgår det af Tabel 7.4, at Region Nordjylland har de højeste omkostninger ved alle honorarbetalte ydelser til egne borgere, og Region Sjælland har de laveste omkostninger (spændvidde 115-126 tusinde kr. pr. 1.000 borgere).

Det fremgår yderligere af Tabel 7.4, at Region Sjælland har de højeste omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer til egne borgere til trods for, at omkostningerne ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen ikke indgår i opgørelserne (godt 15 % af alle telefonkonsultationer i regionen varetages af akuttelefonen). Region Midtjylland har de laveste omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer til egne borgere (spændvidde 91-95 tusinde kr. pr. 1.000 borgere). Regionernes omkostninger pr. 1.000 borgere i forbindelse med omkostninger ved lokalt aftalte honorarer til egne borgere har en spændvidde på 0-3 tusinde kr. Region Syddanmark har de højeste omkostninger ved befordring af lægevagten (spændvidde 15-19 tusinde kr.), mens Region Nordjylland har de højeste omkostninger ved øvrige ydelser til egne borgere (spændvidde 5-14 tusinde kr.).

Endelig fremgår det af den procentvise fordeling af omkostninger ved honorarydelser til egne borgere i Tabel 7.4, at telefonkonsultationer, besøg og konsultationer samlet set – afhængig af region – udgør 74-83 % af omkostningerne ved alle honorarydelser, mens befordring af lægevagten udgør 12-16 % af omkostningerne.

7.2.2 Specificerede omkostninger ved telefonkonsultationer, besøg og konsultationer

I Tabel 7.5 er de regionale omkostninger til regionens *egne borgere* specificeret i forhold til grundydelse: telefonkonsultationer, besøg og konsultationer.

I Tabel 7.5 ses således omkostninger ved ydelser til regionens egne borgere, når det absolutte antal ydelser er opgjort for 2016 og værdisat med gældende takster på området, og når det er opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelserne omfatter:

- I. Omkostninger ved det samlede antal telefonkonsultationer, besøg og konsultationer i lægevagten
- II. Omkostninger ved telefonkonsultationer fordelt på telefonkonsultationer uden besøg/konsultation henholdsvis telefonkonsultationer med besøg/konsultation
- III. Omkostninger ved henholdsvis gennemførte besøg og gennemførte konsultationer.

Tabel 7.5 Omkostninger ved specificerede honorarbetalte ydelser (telefonkonsultationer, besøg og konsultationer)[#] til egne borgere^{##} i vagttid^{###} fordelt på opgørelsesmåde^{####} og regioner (1.000 kr.), 2016

Opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer*	54.802	117.572	111.499	79.145
Telefonkonsultationer (uanset type)**	21.555	53.780	51.087	34.658
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation***	14.987	41.274	35.763	25.955
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation****	6.567	12.506	15.324	8.702
Besøg* ⁵	6.855	20.964	14.523	13.424
Konsultationer* ⁶	26.393	42.828	45.888	31.063
Telefonkonsultationer, besøg og konsultationer pr. 1.000 borgere	94	91	92	95
Telefonkonsultationer (uanset type) pr. 1.000 borgere	37	41	42	42
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation pr. 1.000 borgere	26	32	29	31
Telefonkonsultationer med besøg/konsultation pr. 1.000 borgere	11	10	13	10
Besøg hos patienter pr. 1.000 borgere	12	16	12	16
Konsultationer pr. 1.000 borgere	45	33	38	37

Anm.: # Jf. overenskomsten for almen praktiserende læger (2014). Det skal bemærkes, at for Region Sjælland omfatter omkostninger ved telefonkonsultationer alene dem, der varetages af vagtlægerne.

Omfatter omkostninger ved ydelser til borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere. Opgørelsen omfatter ikke omkostninger ved ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner og heller ikke omkostninger ved ydelser til udenlandske turister.

Opgjort for tidsrummet 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Personer uden oplysning om CPR og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om CPR indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet og omkostningerne herved vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om CPR og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer, henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden CPR og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet).

Note: * Omfatter ydelser med ydelseskoderne 0501, 0602, 0471 henholdsvis 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

** Omfatter telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 og 0602).

** Ydelseskode 0501.

*** Ydelseskode 0602.

**** Ydelseskode 0471.

*⁵ Ydelseskode 0101. I Region Nordjylland omfatter opgørelsen også ydelseskode 4471, som anvendes i forbindelse med første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 7.5)

Der gælder de samme mindre forbehold, der er beskrevet i forbindelse med sammenligning af opgørelserne af aktiviteten i Tabel 6.5 i afsnit 6.4.1, s. 141. Dog skal der tages forbehold for, at Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer leveret af akuttelefonen ikke indgår i opgørelserne.

Kommentering på de specificerede omkostninger (Tabel 7.5)

Det fremgår af Tabel 7.5, at det varierer, hvilken region der har det højeste henholdsvis de laveste omkostninger pr. 1.000 borgere i forhold til de respektive grundtydelser:

- Telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer:
 - Region Syddanmark har de højeste omkostninger ved telefonkonsultationer uden besøg/konsultationer pr. 1.000 borgere, selvom henvisning til hospital ikke indgår, mens Region Nordjylland har de laveste omkostninger
 - Spændvidden i regionerne: 26-32 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.
- Telefonkonsultationer med besøg/konsultationer:
 - Region Syddanmark har de højeste omkostninger ved telefonkonsultationer med besøg/konsultationer pr. 1.000 borgere, mens Region Midtjylland og Region Sjælland har de laveste omkostninger, hvor Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer hos akuttelefonen ikke indgår
 - Spændvidden i regionerne: 10-13 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.
- Besøg:
 - Region Midtjylland og Region Sjælland har de højeste omkostninger ved besøg pr. 1.000 borgere, mens Region Nordjylland og Region Syddanmark har de laveste omkostninger
 - Spændvidden i regionerne: 12-16 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.
- Konsultationer:
 - Region Nordjylland har de højeste omkostninger ved konsultationer pr. 1.000 borgere mens Region Nordjylland har de laveste omkostninger
 - Spændvidde i regionerne: 33-45 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.

7.2.3 Omkostninger ved honorarbetalt befordring af vagtlæger

I den efterfølgende Tabel 7.6 er der foretaget en specifik opgørelse af vagtlægeordningernes omkostninger ved honorarbetalt befordring i vagttid i 2016.

Der er foretaget følgende opgørelser af omkostninger ved besøg og konsultationer med egne borgere:

- I. Omkostninger ved vagtlægernes samlede honorarbetalte befordring i forbindelse med besøg og konsultationer med regionens egne borgere.
- II. En specifikation af de honorarbetalte befordringsomkostninger ved:
 - a. Afstandstakst, når kørslen er på mere end 10 km (ydelseskode 2302)
 - b. Den samlede kørselsgodtgørelse til vagtlægerne (omfatter både kørselsgodtgørelse under henholdsvis over 20.000 km pr. år (ydelseskoderne 9001 og 9002)
 - c. Regionale aftaler for befordring, herunder tillæg i forbindelse med befordring med færge samt rejsetillæg til øer, hvor der ikke er bosat læge (ydelseskode 2502).
- III. Omkostninger ved den samlede befordring af vagtlægerne til regionernes egne borgere pr. 1.000 borgere.

Tabel 7.6 Omkostninger ved honorarbetalt befording[#] ved ydelser til egne borgere^{##} i vagttid^{###} fordelt på opgørelsesmåde og regioner (1.000 kr.). 2016.

Opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
Al befording af lægevagten*	8.585	20.577	23.273	12.590
Afstandstakster over 10 km.**	8.063	19.990	21.042	12.537
Kørselsgodtgørelse I og II***	512	559	2.231	8
Regionale ordninger****	10	28	0	45
Al befording af lægevagten pr. 1.000 borgere	15	16	19	15

Anm.: # Jf. overenskomsten for almen praktiserende læger (2014).

Omfatter omkostninger ved ydelser til borgere, som en given region har givet til regionens egne borgere. Opgørelsen omfatter ikke omkostninger ved ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner og heller ikke omkostninger ved ydelser til udenlandske turister.

Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Note: * Omfatter afstandstakst over 10 km (ydelseskode 2302), kørselsgodtgørelse I og II (ydelseskoderne 9001 og 9002) samt lokale aftaler, herunder tillæg i forbindelse med befording med færge.

** Omfatter afstandstakst over 10 km (ydelseskode 2302).

*** Omfatter kørselsgodtgørelse I og II (ydelseskoderne 9001 og 9002).

**** Omfatter regionale aftaler vedrørende befording, herunder tillæg i forbindelse med befording med færge samt rejse-tillæg til øer, hvor der ikke er bosat læge samt tillæg for patientledsagelse i ambulance pr. påbegyndt halve time (ydelseskode 2502)

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 7.6)

Der er ingen væsentlige forbehold for en tværregional sammenligning.

Kommentering af honorarbetalt befording (Tabel 7.6)

Det fremgår af Tabel 7.6, at Region Syddanmark har de højeste omkostninger pr. 1.000 borgere ved honorarbetalt befording i forbindelse med ydelser til egne borgere (spændvidde i regionerne 15-19 tusinde kr. pr. 1.000 borgere). Region Nordjylland og Region Sjælland har de laveste omkostninger, hvor der i Region Sjælland er obligatorisk kørselsordning med vognmand for vagtlægerne, jf. Boks 7.2 i afsnit 7.1.2, s. 161.

7.3 Region Hovedstadens lønomkostninger ved Akuttelefon 1813 i 2016

I Tabel 7.7 ses Region Hovedstadens estimerede lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813's telefonkonsultationer i vagttid og besøg.

Region Hovedstaden har estimeret omkostningerne på grundlag af det sundhedsfaglige personales tidsforbrug i september 2016 (i det tidsrum, der svarer til vagttiden i lægevagten). For besøg er tidsforbruget baseret på det gennemsnitlige tidsforbrug fra lægen tager af sted på besøg til vedkommende har afsluttet besøget og gennemført den fornødne dokumentation.

Værdisætningen af tidsforbruget er baseret på de gennemsnitlige lønomkostninger for de respektive personalegrupper. I beregningerne af lønomkostningerne indgår grundløn for medarbejderne, som gennemfører telefonkonsultationer og besøg samt forskellige tillæg (faste månedlige tillæg, engangstillæg, arbejds- og arbejdstidsbestemte tillæg samt tillæg ved overarbejde), særlig feriegodtgørelse, ATP og pensionsbidrag.

Tabel 7.7 De samlede lønomkostninger[#] ved Akuttelefonen 1813's besøg og telefonkonsultationer i vagttid^{##} fordelt på opgørelsesmåde (1.000 kr.). Region Hovedstaden, 2016

Opgørelsesmåde	Omkostninger
Telefonkonsultationer og besøg	95.704
Telefonkonsultationer	88.156
Besøg	7.548
Telefonkonsultationer (uanset type) og besøg pr. 1.000 borgere	53
Telefonkonsultationer uanset type pr. 1.000 borgere ^{**}	49
Besøg hos patienter pr. 1.000 borgere ^{****}	4

Note: # Estimerede omkostninger baseret på en værdisætning af tidsforbruget med de gennemsnitlige lønomkostninger for sundhedsfagligt personale i september 2016. Heri indgår grundløn, samt forskellige tillæg (faste månedlige tillæg og engangstillæg), genetillæg (arbejds- og arbejdstids-bestemte tillæg samt overarbejde), særlig feriegodtgørelse, ATP og pensionsbidrag.

Opgjort for tidsrummet kl.16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 7.7)

Der skal gøres opmærksom på, at omkostningerne i Region Hovedstaden ikke er baseret på overenskomstens takster som i vagtlægereregionerne. Ingen af beregningerne i Tabel 7.7 omfatter omkostninger ved transport, administration og ledelse mv. (denne type omkostninger indgår kun i opgørelsen i Tabel 7.9).

Kommentering på lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813's telefonkonsultationer og besøg (Tabel 7.7)

Det fremgår af Tabel 7.7, at Region Hovedstadens estimerede lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813's telefonkonsultationer er 49 tusinde kr. pr. 1.000 borgere (ekskl. administration og ledelse, udgifter til lokaler mv.), mens omkostninger ved besøg er estimeret til ca. 4 tusinde kr. pr. 1.000 borgere (ekskl. transportomkostninger, administration og ledelse mv.). De samlede omkostninger ved telefonkonsultationer og besøg er således ca. 53 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.

Med forbehold for, at lægevagtordningernes honorarer ved telefonkonsultationer og besøg og konsultationer ikke direkte kan sammenlignes med Region Hovedstadens estimerede lønomkostninger ved Akuttelefonen 1813's telefonkonsultationer og besøg, ligger omkostningerne i Region Hovedstaden på niveau med de fire vagtlægereregioner, hvor der er en spændvidde på 48-58 tusinde kr. (beregnet på basis af data i Tabel 7.5, s. 169).

7.4 Regionale driftsomkostninger ved vagtlægeordninger og Akuttelefonen 1813 i 2016

I dette afsnit er de væsentligste regionale driftsområder omkostningsbestemt. Omkostningerne indgår med de faktuelle beløb, som det har været muligt for regionerne at udskille i forhold til vagtlægeordningerne henholdsvis Akuttelefonen 1813. Såfremt det ikke har været muligt, er der foretaget et estimat heraf. Regionernes beregningsmetoder samt hvilke typer af omkostninger, der indgår i de enkelte områder, har hver region beskrevet nærmere i Bilag 5, s. 197.

I den efterfølgende Tabel 7.8 ses regionernes driftsomkostninger ved lægevagtordningerne, mens Region Hovedstadens samlede driftsomkostninger ses i Tabel 7.9, s. 176. I opgørelserne indgår følgende områder:

- I. **Løn** inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelle genetillæg og overarbejdsbetaling fordelt på:
 - a. Ledelse og administration (vagtchefer, øvrig ledelse samt vagtudvalg)
 - b. Sekretariat i vagttid
 - c. Andet sundhedspersonale i vagttiden (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter – ekskl. honorarer til vagtlæger eller lønomkostninger for personalet i Akuttefonen 1813, som varetager telefonkonsultationer og besøg)
 - d. Øvrige omkostninger i forbindelse med fx rådighedsvagt og akutudkald, som ikke indgår i ovenstående punkter a-c eller i tidligere opgørelser af honorarbetalte ydelser.
- II. **Befordring** fordelt på:
 - a. Omkostninger ved transportordninger for læger (omfatter de udgifter til taxaordning/færger, som ikke er honorarbetalte – for Akuttefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med besøg)
 - b. Omkostninger ved transportordninger for patienter (dog ikke ambulancekørsel).
- III. **Lokaleomkostninger:** Omfatter alle udgifter til husleje, forbrug (vand, varme og el), drift og vedligeholdelse (af lokaler og inventar samt indkøb af inventar), rengøring og renovation samt skatter og afgifter. Såfremt det ikke har været muligt at specificere omkostningerne i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionerne fastsat kvadratmeterpris til bestemmelse af omkostningerne ved det til rådighed værende antal kvadratmeter. Nærmere beskrivelse af beregningsmetode, antal kvadratmeter og kvadratmeterpriserne fremgår af Bilag 5, s. 197.
- IV. **Teknik:** Omkostninger forbundet med:
 - a. Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter ved fastnettelefoner såvel som mobiltelefoner på både faste og mobile lokationer (i bilerne): indkøb, reparation og vedligeholdelse af samt support på telefoner og udstyr, eventuelle oprettelsesgebyrer og abonnementsafgifter samt samtaleafgifter (for såvel vagtlægeordningernes/Akuttefonen 1813's opkald som patienters opkald såfremt de betales af regionen). Såfremt omkostningerne ikke kan deles foretager regionerne en forholdsmæssig fordeling af de samlede udgifter på området, hvor fordelingsnøglen fremgår af Bilag 5, s. 197.
 - b. It, herunder indkøb, installation, vedligeholdelse/reparationer samt support i forbindelse med brug af: pc'er, anden hardware (skærme, tastaturer, printere/scannere m.m.), software (programmer og licenser), lokale netværk, eksterne datalinjer (herunder også forbrug), servere mv. Såfremt omkostningerne er udelelige, foretager regionerne en forholdsmæssig fordeling af de samlede udgifter på området.
 - c. Andre tekniske hjælpemidler: Indkøb, installation, drift og reparation/vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer. Såfremt omkostningerne er udelelige, foretager regionerne en forholdsmæssig fordeling af de samlede udgifter på området. Fordelingsnøglen fremgår af Bilag 5, s. 197.

Vedrørende opgørelserne af lønomkostninger skal det bemærkes, at både regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark har indgået lokale aftaler, som betyder, at de betaler til driften af fx vagtsekretariat, sygeplejersker i lægevagten, koordinatorfunktion, vagtbestyrelse mv.), mens dette ikke er tilfældet i Region Sjælland (se Bilagstabel 5.1-Bilagstabel 5.3, s. 197, for nærmere beskrivelse).

Afgrænsning af opgørelsen af driftsomkostninger

Regionernes omkostninger ved forbrug af forbindsstoffer, utensilier og medicin indgår ikke i opgørelserne. VIVE anser dem for at være negligeeable, idet de er af mindre økonomisk betydning. Desuden har Akuttefonen 1813 kun et forbrug af forbindsstoffer, utensilier og medicin i forbindelse med besøg, idet Akuttefonen 1813 ikke gennemfører konsultationer. Der indgår heller ikke lønomkostninger for personale i regionerne, der er beskæftiget administrativt med ordningerne i nogen af regionernes opgørelser. Endelig skal det bemærkes, at vagtlægernes egenbetaling til finansiering af vagtlægeordningen ikke indgår i opgørelserne.

Tabel 7.8 Driftsudgifter ved de regionale lægevagtordninger fordelt på regioner og omkostningstype og opgjort pr. 1.000 borgere (1.000 kr.), 2016

Omkostningstype	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland
Løn	4.328	24.980	8.731	0
Ledelse og administration*	0	4.292	981	0
Sekretariat**	128	304	3.099	0
Sundhedspersonale***	4.200	15.705	3.200	0
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	0	4.679	1.451	0
Befordring	9.082	22.421	24.326	12.651
Befordring af læger* ⁵	9.082	22.421	24.326	12.651
Befordring af patienter* ⁶	1	0	0	0
Lokaler	4.164	2.811	3.407	192
Lokaleudgifter* ⁷	523	1.332		k.i.o.
Forbrug (vand, varme og el)	0	214		10
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	3.007	415	3.407	109
Rengøring og renovation	634	850		58
Skatter og afgifter	0	0	0	15
Teknik	1.429	2.986	2.976	664
Telefoni* ⁷	26	283	282	239
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	1.256	2.697	2.694	409
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	147	6	0	15
I alt	19.003	53.197	39.440	13.506
Alle driftsomkostninger (løn, befordring, lokaler og teknik) pr. 1.000 borgere	32	41	32	16
Løn pr. 1.000 borgere	7	19	7	0
Befordring pr. 1.000 borgere	15	17	20	15
Lokaler pr. 1.000 borgere	7	2	3	0
Teknik pr. 1.000 borgere	2	2	2	1

Anm.: k.i.o.: Kan ikke oplyses.

Note: * Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, evt. genetillæg og overarbejdsbetaling.

*** Lønninger til sundhedspersonale i vagttiden (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

**** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse med rådighedsvagt og akutudkald samt vagtberedskabshonorar.

*5 Omfatter udgifter til taxaordning/færger, der ikke er honorarbetalte.

*6 Omfatter patientkørsel, der er rekvireret af vagtlæge (dog ikke 112-kørsel).

*7 Omfatter huslejudgifter på lokationer for vagtlægekonsultationer. Såfremt lokaleomkostningerne ikke kan specificeres i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.

*8 Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer (i biler) samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.

*9 Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser m.v., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.

*10 Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligninger (Tabel 7.8 og Tabel 7.9)

Region Hovedstadens opgørelse af omkostninger ved Akuttelefonen 1813 omfatter foruden omkostningerne til drift af Akuttelefonen 1813 også de direkte omkostninger ved at gennemføre telefonkonsultationer og besøg. Der indgår imidlertid ikke omkostninger ved at gennemføre ambulante kontakter i AMAK. I regionerne med vagtlægeordninger er telefonkonsultationer, besøg og konsultationer honorarbetalte ydelser (se eventuelt opgørelserne heraf i Tabel 7.5). Opgørelserne af driftsomkostninger i vagtlægeregionerne kan derfor ikke sammenlignes med Region Hovedstadens opgørelser af omkostningerne ved Akuttelefon 1813. For nærmere begrundelse for forbehold for sammenligning henvises der til afsnit 7.1.4.

Ved sammenligning af driftsomkostninger i de fire vagtlægeregioner skal der gøres opmærksom på, at Region Sjælland ikke har opgjort driftsomkostninger ved akuttelefonen, da funktionen er integreret i akutafdelingerne på fire hospitalsenheder, hvorfra opgaven varetages, jf. Bilag 2, s. 189). Desuden har Region Sjælland ikke omkostningsbestemt forbrug af lægevagtskonsultationerne (lokaler).

Samlet set betyder forbeholdene, at der kan foretages sammenligning af driftsomkostninger i regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark, mens det ikke er retvisende at sammenligne med Region Sjælland, fordi såvel omkostninger ved brug af lokaler som drift af akuttelefonen ikke indgår i opgørelserne.

Kommentering på opgørelserne af driftsudgifter (Tabel 7.8)

Det fremgår af Tabel 7.8, Region Midtjylland har de højeste driftsomkostninger ved levering af ydelserne telefonkonsultationer, besøg patienter og vagtlægekonsultationer sammenlignet med Region Nordjylland og Region Syddanmark (spændvidde 32-41 tusinde kr. pr. 1.000 borgere). Region Sjællands omkostninger er 16 tusinde kr. pr. 1.000 borgere.

Forskellen mellem regionernes omkostninger pr. 1.000 borgere kan primært tilskrives, at der er relativt høje lønudgifter i Region Midtjylland. Region Sjælland har ingen omkostninger forbundet med løn og har derudover heller ikke har indregnet lokaleudgifter og driftsomkostninger ved telefonkonsultationer hos den regionale akuttelefon. Vagtlægeregionernes samlede omkostninger (summen af driftsomkostninger og omkostninger ved honorarydelser) kan ses i den efterfølgende Tabel 7.10 i afsnit 7.5, s. 177).

I Tabel 7.9 ses Region Hovedstadens omkostninger ved Akuttelefonen 1813. Omkostningerne er specificeret i Bilagstabel 5.5 (Bilag 5, s. 197).

Tabel 7.9 Omkostninger ved Akuttelefonen 1813 i vagttid# fordelt på omkostningstype og opgjort pr. 1.000 borgere (1.000 kr.). Region Hovedstaden, 2016

Omkostningstype	Region Hovedstaden
Løn	104.652
Ledelse og administration*	8.948
Sekretariat**	0
Sundhedspersonale***	95.704
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	0
Befordring	5.960
Befordring af læger* ⁵	5.960
Befordring af patienter* ⁶	0
Lokaler	2.287
Lokaleudgifter* ⁷	541
Forbrug (vand, varme og el)	797
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	736
Rengøring og renovation	212
Skatter og afgifter	0
Teknik	5.526
Telefoni* ⁷	
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	5.526
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	
I alt	118.424
Alle driftsomkostninger (løn, befordring, lokaler og teknik) pr. 1.000 borgere	66
Løn pr. 1.000 borgere	58
Befordring pr. 1.000 borgere	3
Lokaler pr. 1.000 borgere	1
Teknik pr. 1.000 borgere	3

Note: * Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

*** Lønninger til sundhedspersonale i vagttiden inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

**** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse med rådighedsvagt og akutudkald samt vagtberedskabshonorar.

*⁵ Omfatter omkostninger ved transport af læger i forbindelse med forbindelse med besøg.

*⁶ Omfatter patientkørsel, der er rekvireret af Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).

*⁷ Omfatter huslejeudgifter på lokationen for Akuttelefonen 1813. Såfremt lokaleomkostningerne ikke kan specificeres, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.

*⁸ Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer (i biler) samt på såvel lægers som patienters opkald såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.

*⁹ Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.

*¹⁰ Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Kommentering på opgørelserne omkostningerne ved Akuttelefonen 1813 (Tabel 7.9)

Det fremgår af Tabel 7.9, at Region Hovedstaden har estimeret omkostningerne ved Akuttelefonen 1813's levering af ydelserne telefonkonsultationer og besøg til 66 tusinde kr. pr. 1.000 borgere. På basis af tabellens data kan det beregnes, at mere end 88 % af omkostningerne kan tilskrives løn.

Region Hovedstaden oplyser, at der i forbindelse med etableringen af Akuttelefonen 1813 pr. 1. januar 2014 blev overført 44,7 mio. kr. fra budgettet for den nedlagte vagtlægeordning til hospitalerne og 3,7 mio. kr. til Center for It, Medico og Telefoni (i alt 48,4 mio. kr.). Denne overførsel svarer ifølge VIVEs beregninger til 28 tusinde kr. pr. 1.000 borgere i 2014³⁶. Ifølge Tabel 7.9 anvendes der 66 tusinde kr. pr. 1.000 borgere i 2016.

7.5 Regionernes samlede omkostninger ved vagtlægeordninger i 2016

I dette afsnit er der foretaget to former for opgørelser af omkostningerne ved vagtlægeordningerne:

- De samlede omkostninger ved vagtlægeordningerne (summen af omkostninger ved *alle* honorarbetalte ydelser og driftsomkostningerne) opgjort i absolutte tal og pr. 1.000 borgere
- Specificerede omkostninger pr. 1.000 borgere opgjort for honorarbetalte ydelser til egne borgere og driftsomkostningerne.

7.6 De samlede omkostninger ved alle honorarbetalte ydelser og driftsomkostninger

I Tabel 7.10 ses regionernes samlede omkostninger ved vagtlægeordningerne, som omfatter:

- I. *Alle* honorarbetalte ydelser i henhold til overenskomsten og lokale aftaler (tidligere præsenteret i Tabel 7.4 i afsnit 7.2.1, s. 165)
- II. Driftsomkostninger (tidligere præsenteret i Tabel 7.8 i afsnit 7.4, s. 172).

Omkostningerne er både opgjort som absolutte omkostninger og pr. 1.000 borgere.

³⁶ Udregningen er baseret på befolkningstallet i 1. kvartal 2014 i Region Hovedstaden (Statistikbanken, Danmarks Statistik, 2014).

Tabel 7.10 Regionernes samlede omkostninger ved lægevagtsordningen fordelt på opgørelsesmåde[#] og regioner (1.000 kr.). 2016

Opgørelsesmåde	Region			
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland***
De samlede omkostninger ved alle honorarydelser* og alle driftsomkostninger**	95.578	210.477	192.641	113.101
De samlede omkostninger ved alle honorarydelser*	76.574	157.280	153.201	99.594
De samlede driftsomkostninger**	19.003	53.197	39.440	13.506
De samlede omkostninger ved alle honorarydelser og alle driftsomkostninger pr. 1.000 borgere	163	162	159	136
De samlede omkostninger ved alle honorarydelser pr. 1.000 borgere	131	121	126	120
De samlede driftsomkostninger pr. 1.000 borgere	32	41	32	16
Procentvis fordeling				
Honorarydelsernes andel af de samlede omkostninger (%)	80	75	80	88
Driftsomkostningernes andel af de samlede omkostninger (%)	20	25	20	12

Anm.: [#] Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl er håndteret som følger:

Region Nordjylland: Personer uden oplysning om cpr indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (antallet og omkostningerne herved vurderes at være begrænset).

Region Syddanmark: Personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl indgår ikke i opgørelsen af ydelser til egne borgere (gennemsnitligt 3,4 % af alle telefonkonsultationer, henholdsvis 1,0 % af alle besøg og 3,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet). Fordeling på år og borgere i egen region henholdsvis uden for egen region har ikke været mulig.

Region Sjælland: Personer uden cpr og oplysning om bopæl indgår i opgørelsen af ydelser til egne borgere (0,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,6 % af alle besøg og 0,4 % af alle konsultationer – omkostningerne herved er ikke beregnet).

Note: * Omfatter alle honorarydelser uanset type og/eller modtagere.

** Omfatter omkostninger ved i) løn (ledelse og administration, sekretariat i vagttid, andet sundhedspersonale, øvrige omkostninger ved fx rådighedsvagt og akutudkald, ii) befordring i form af transportordninger for læger og patienter, iii) lokaleomkostninger og iv) omkostninger ved teknik (telefoni, pc'er, andet hardware og software) samt vagtberedskabshonorar.

*** Region Sjælland har en tostrengt visitationsordning. Omkostningerne ved regionens akuttelefon er ikke medtaget. Opgørelsen omfatter kun omkostninger ved vagtlægeordningen; der er imidlertid ikke beregnet omkostninger ved forbrug af lokaler i vagtlægeordningen.

Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligning (Tabel 7.10)

Jævnfør den tidligere beskrivelse af forbehold i afsnit 7.1.4, s. 164, kan Region Sjællands samlede omkostninger ved vagtlægeordning *ikke* direkte sammenlignes med de øvrige vagtlægeregioners omkostninger. Det kan primært tilskrives to forhold: i) Region Sjællands omkostninger ved telefonkonsultationer hos den regionale akuttelefon indgår ikke i opgørelserne af honorarbetalte ydelser, og ii) driftsomkostninger ved akuttelefonen samt forbrug af lokaler er ikke medtaget i opgørelserne.

Herudover skal det bemærkes, at Region Hovedstadens driftsomkostninger ved Akuttelefonen 1813 (Tabel 7.9) *ikke* er sammenlignelig med de øvrige regioners samlede omkostninger ved lægevagtsordningen (Tabel 7.10). Det kan jf. afsnit 7.1.4, s. 164 primært tilskrives to forhold: i) Akuttelefonen 1813 varetager ikke konsultationer, og ii) driftsomkostningerne ved Akuttelefonen 1813 er baseret på beregninger og estimerede omkostninger, mens de honorarbetalte ydelser i vagtlægeregionerne er baseret på overenskomstens takster.

Kommentering på regionernes samlede omkostninger i lægevagtsregionerne (Tabel 7.10)

Af Tabel 7.10 fremgår det, at de samlede omkostninger pr. 1.000 borgere ikke er væsentlig forskellige i regionerne Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark (spændvidde i regionerne 159-163 tusinde kr. pr. 1.000 borgere).

De samlede omkostninger i Region Sjælland, der ikke er sammenlignelige med de øvrige tre regioner, er 136 tusinde kr. pr. 1.000 borgere. De relativt lave driftsomkostninger i Region Sjælland kan blandt andet forklares med følgende tre ting: i) Region Sjælland har ikke lønomkostninger ved drift af vagtlægeordningen, ii) omkostninger ved brug af lokaler er ikke opgjort, og iii) driftsomkostninger ved akuttelefonen i Region Sjælland indgår ikke i opgørelsen (jf. de anførte forbehold for sammenligninger i forhold til Tabel 7.8, s. 174).

Herudover fremgår det af Tabel 7.10, at i alle fire vagtlægeregioner kan mindst 75 % af omkostningerne tilskrives omkostninger ved honorarbetalte ydelser.

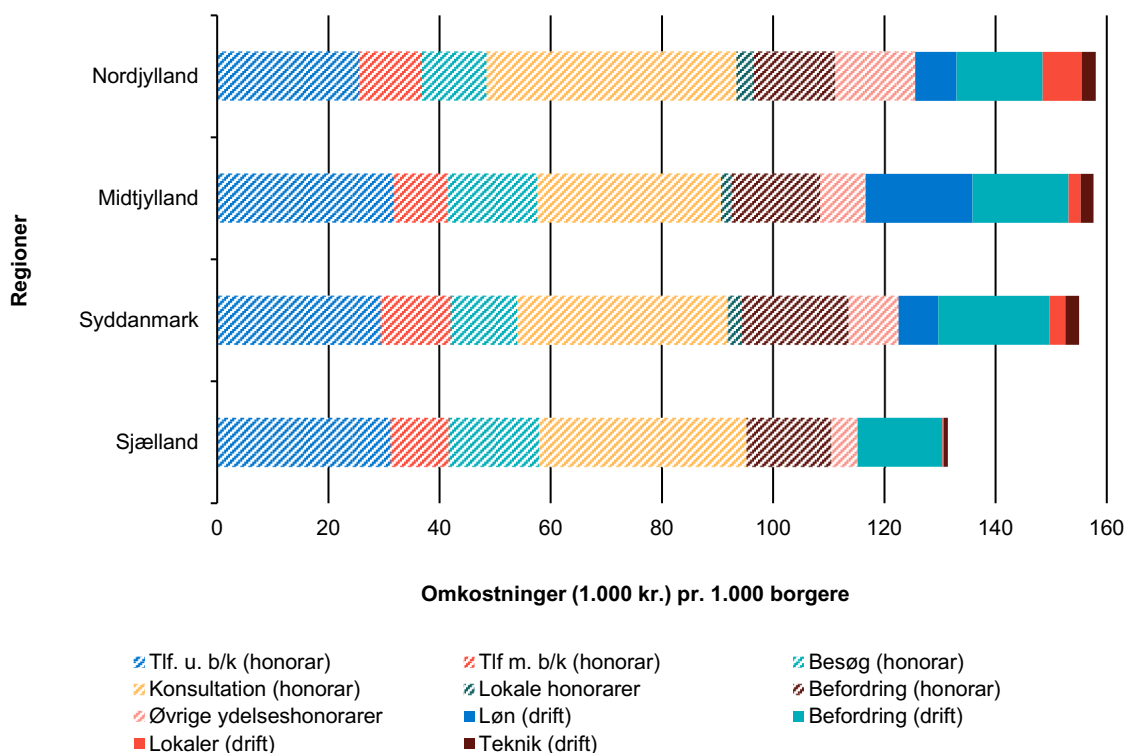
7.7 Specificerede omkostninger ved honorarbetalte ydelser til egne borgere og specificerede driftsomkostninger

I den efterfølgende Figur 7.1 ses de samlede omkostninger ved lægevagtsordningerne pr. 1.000 borgere. Omkostningerne er omfattet:

- I. Omkostninger ved honorarbetalte ydelser til regionens egne borgere (markeret med skravering i figuren)
- II. Driftsomkostninger ved lægevagtsordningerne (markeret med fuld farve i figuren).

Inden for hver af de opgørelser (I og II), er omkostningerne specificeret. Det bør bemærkes, at der i driftsomkostningerne også indgår omkostninger i forhold til borgere, der ikke bor i regionen, idet det ikke har været muligt at udskille dem.

Figur 7.1 Omkostninger ved specificerede honorarbetalte ydelser[#] til regionens egne borgere og specificerede driftsudgifter^{##} ved de regionale lægevagtordninger pr. 1.000 borgere (1.000 kr.), 2016



Anm.: [#] Omfatter alle honorarydelser uanset type.

^{##} Omfatter omkostninger ved i) løn (ledelse og administration, sekretariat i vagttid, andet sundhedspersonale, øvrige omkostninger ved fx rådighedsvagt og akutudkald, ii) befordring i form af transportordninger for læger og patienter, iii) lokale omkostninger og iv) omkostninger ved teknik (telefoni, pc'er, andet hardware og software) samt vagtberedskabshonorar.

Note.: * Region Sjælland har en tostrengt visitationsordning, idet der både er lægevagt og regional akuttelefon i vagttiden. Denne opgørelse medtager *ikke* omkostninger ved regionens akuttelefon. Den omfatter således kun omkostninger ved vagtlægeordningen i Region Sjælland, ekskl. omkostninger ved brug af lokaler. Omkostningerne i Regions Sjælland er således ikke direkte sammenlignelige med de øvrige regioner.

Kilde: Kilde: Regionalt indberettet økonomi. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i 2016), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Forbehold over for opgørelser og sammenligning (Figur 7.1)

Der skal gøres opmærksom på, at omkostninger ved Region Sjællands vagtlægeordning ikke kan sammenlignes direkte med de øvrige vagtlægeregioners omkostninger (jf. forbehold beskrevet i forhold til opgørelserne i Tabel 7.10, s. 178).

Kommentering på de specificerede omkostninger i lægevagtsregionerne (Figur 7.1)

Det fremgår af Figur 7.1, at de samlede omkostninger ikke adskiller sig væsentligt i de tre regioner Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark. Region Nordjylland har de højeste omkostninger ved honorarbetalte ydelser pr. 1.000 borgere. Af de tre sammenlignelige regioner (Region Sjælland undtaget) har Region Nordjylland og Region Syddanmark de samme relativt lave driftsomkostninger. Region Midtjylland har de højeste samlede driftsomkostninger, hvilket kan tilskrives, at regionen har højere lønomkostninger end de øvrige regioner grundet den mere omfattende brug af regionalt ansatte sygeplejersker i lægevagten som følge af den indgåede akuttafte i denne region.

7.8 Vagtlægers indtjening

Opdragsgiver har ønsket at få kortlagt vagtlægernes gennemsnitlige indtægt pr. vagttype (telefonvisitation, besøg og konsultationer).

I Tabel 7.11 ses en oversigt over vagtlægernes gennemsnitlige indtægt pr. vagt i 2016 i Region Midtjylland og Region Sjælland fordelt på fem forskellige typer af vagter:

- Visitationsvagt
- Besøgsvagter (besøg hos patienter)
- Vagtlægekonsultationer
- Blandingsvagt: Visitations-/konsultationsvagt
- Blandingsvagt: Besøgs-/konsultationsvagt.

For øvrige opgørelser og sammenligninger af vagtlægers gennemsnitlige indtjening pr. time henvises der til Bilag 6, s. 207. Beregninger i forhold til Region Nordjylland ses først i bilaget. Herefter følger bilagstabellerne 5.1-5.3 med specificerede opgørelser for Region Midtjylland, Region Syddanmark henholdsvis Region Sjælland.

Tabel 7.11 Vagtlægers indtjening pr. vagttype fordelt på regioner[#], 2016

Type vagt	Region			
	Nordjylland ^{##}	Midtjylland ^{###}	Syddanmark	Sjælland ^{####}
Visitationsvagt (kr.)	i.o.	8.106*	i.o.	i.o.
Besøgsvagt (kr.)	i.o.	5.083*	i.o.	i.o.
Konsultationsvagt (kr.)	i.o.	9.539*	i.o.	6.452**
Visitations-/konsultationsvagt	i.o.	i.o.	i.o.	7.440***
Besøgs-/konsultationsvagt	i.o.	7.418*	i.o.	3.883****

Anm.: [#] Der er ingen oplysninger om blandingsvagternes ('besøgs-/konsultationsvagt' henholdsvis 'visitations-/konsultationsvagt') fordeling på timeantal.

^{##} Vagtchefen oplyser, at ingen af vagtlægerne har 'rene' vagter og henviser i øvrigt til regionen for en opgørelse. Kontaktpersonen i Region Nordjylland oplyser imidlertid, at det ikke er muligt for regionen at lave denne opgørelse.

^{###} I Region Midtjylland er der også koordinationsvagter (ledelsesfunktion), hvor koordinator visiterer i det omfang, som koordinationsopgaverne tillader det.

^{####} Den gennemsnitlige indtjening pr. time i forskellige vagttypen – under hensyntagen til tidspunkt og varighed (rådgivningstiden i en vagt) – er beregnet. Evaluator har efterfølgende ganget indtjeningen pr. time med vagtens varighed.

i.o.: Er ikke oplyst.

Note: * Beregnet som vægtede gennemsnit for 8 timers vagt under hensyntagen til forskellig længde på vagterne.

** Der gøres opmærksom på, at indtjeningen er underrapporteret med 1,2 %.

*** Anses for at være en visitationsvagt, men der kan også være indlagt nogle timers konsultation. Der gøres opmærksom på, at indtjeningen er underrapporteret med 1,2 %.

**** Anses for at være en besøgsvagt, men den kan både omfatte en 'ren' besøgsvagt og en besøgsvagt med nogle timer konsultationer.

Kilde: Vagtlægerne i de fire regioner.

Forbehold over for opgørelser og sammenligning på tværs af regioner (Tabel 7.11 og opgørelser i Bilag 6, s. 207)

Ifølge de ansatte, der har foretaget opgørelserne (en vagtchef/en edb-chef/en it-vagtchef, en sekretariatschef i Nordjyllands Lægeforening), er det yderst vanskeligt at levere valide data for vagtlægers indtjening i forskellige typer af vagter, fordi der ikke foreligger tekniske systemer, som er beregnet til denne type opgørelse.

Den primære udfordring ved opgørelserne og sammenligninger på tværs af regionerne er følgende:

- Vagterne er sammensat af forskellige typer af opgaver, idet der forekommer en række forskellige typer af blandingsvagter. Der er således vagtlæger, som i én vagt både varetager visitation af patienter og gennemfører konsultationer, mens andre vagtlæger i én vagt både varetager besøg i patienters hjem samt varetager konsultationer – og i nogle tilfælde også visitation
- Timefordelingen i blandingsvagterne 'visitation/konsultation' henholdsvis 'besøg/konsultation' ikke er ensartede fra vagt til vagt
- Vagterne har forskellig varighed.

Vagtcheferne i regionerne Midtjylland, Region Syddanmark og Sjælland gør derfor opmærksom på, at der må tages store forbehold over for opgørelserne grundet vanskelighederne ved at få sammenlignelige opgørelser af indtjeningen pr. vagttype.

Kommentering på vagtlægers indtjening (Tabel 7.11 og opgørelser i Bilag 6, s. 207)

Af Tabel 7.11 fremgår det, at besøgsvagter har lavere indtjening i Region Midtjylland sammenlignet med visitationsvagter og konsultationsvagter. Samme billede tegner sig i Region Sjælland, hvor blandingsvagten 'besøgs-/konsultationsvagter' har lavere indtjening end både konsultationsvagter og blandingsvagten 'besøgs-/konsultationsvagter'.

De specificerede opgørelser for henholdsvis Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland (jf. bilagstabellerne 5.1-5.3) er kort opsummeret her: Der tegner sig overordnet set et billede af, at den gennemsnitlige indtjening pr. time for besøgsvagter samt blandingsvagterne 'besøgs-/konsultationsvagter' er lavere end de øvrige typer af vagter. Det er samme billede som det, der fremgår af Tabel 7.11.

Det fremgår af beregningerne i Bilag 6, s. 207, i forhold til indtjeningen i Region Nordjylland, at den gennemsnitlige indtjening er på 7.456 kr. pr. vagt og den gennemsnitlige indtjening pr. time på 997 kr. (gennemsnit af alle vagter og tidspunkter på døgnet dog ekskl. vagter/vagttimer på Læsø). Hvis timer og vagthonorar på Læsø inddrages i beregningerne, falder den gennemsnitlige indtjening pr. time fra 997 kr. til 929 kr.³⁷. Der er ikke leveret beregninger af indtjeningen i forskellige typer vagter i Region Nordjylland.

³⁷ VIVE vil i den forbindelse erindre om, at aftalen om et særskilt vagthonorar på Læsø er ophørt.

Litteratur

- Bondo Christensen, M., Gjørup Pedersen, C., Huibers, L. & Moth, G. 2014a, *Akuttaftalen, Evalueringsrapport, Håndtering af skader i lægevagten*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Aarhus.
- Bondo Christensen, M., Gjørup Pedersen, C., Huibers, L. & Moth, G. 2014b, *Akuttaftalen, Evalueringsrapport, Sammenfatning*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Aarhus.
- COWI 2014, *Evaluering af enstrenget og visiteret akutsystem frem til 1. april 2014. Endelig rapport*, COWI & Region Hovedstaden, København.
- Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) 2018, Jan.-last update, *Kvalifikationskort*. Available: http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/kompetencevurdering/kvalifikationskort/ [2018, 19. juli].
- Forretningsudvalget Region Nordjylland 2012, 30-01-2012-last update, *4. Implementering af beslutning vedrørende visitation af Skade-modtagelsen på Aalborg Sygehus* [Homepage of Region Nordjylland], [Online]. Available: <https://dokumenter.rn.dk/edocpublishing/edocPunkt.aspx?id=148&punktguid=cc449c16-a844-469b-8a1f-343cf511fe89> [2018, 01/17].
- Forretningsudvalget Region Sjælland 2011, 21.11.2011-last update, *3. Orientering om igangsættelse af Region Sjællands Akuttelevon. Forretningsudvalget Brevud: 1524998* [Homepage of Region Sjælland], [Online]. Available: <http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/dagsordener/2011/Sider/Forretningsudvalget/1110-Møde%20d.%2021-11-2011/1524998.aspx> [2018, 01/17].
- Fredslund, E.K. 2015, *Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden - teknisk og økonomisk analyse*, KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Orsholt, H., Hansen-Nord, G., Lundgren, C.S., Christiansen, B., Jensen, S. & Jensen, S.O. 2015, *Beskrivelse af Lægevgat Sjælland*, Region Sjælland, Sorø.
- PLO i Region Syddanmark 2014, *Vagtinstruks - Lægevgaten Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.
- PLO i Region Syddanmark 2011, *Kommissorium for det regionale PLO (PLO-R)*, Region Syddanmark, [U.st.].
- Praksisudvalget i PLO-Nordjylland 2017, *Kommissorium for Vagtudvalget i PLO-Nordjylland*, Region Nordjylland, Aalborg.
- Praksisudvalget i PLO-Nordjylland & Region Nordjylland 2012, *Vagtinstruks for lægevgaten i Region Nordjylland*, Region Nordjylland.
- Praktiserende Lægers Organisation 2016, *Honorartabel. Vagttid. Overenskomst om almen praksis. 1. april 2016 til 30. september 2016*, Praktiserende Lægers Organisation, København.
- Praktiserende Lægers Organisation 2010, *PLO's politik på akutområdet*, Praktiserende Lægers Organisation, København.

- Region Hovedstaden 2018, *Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet*. Available: <https://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/PortaMain.html?open&unid=X122F09631B49CB86C1257C60005F94A9&dbpath=/VIP/Redaktion/1596.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%20%F8g> (Tilgået 21. aug. 2018) .
- Region Hovedstaden 2015, *Aftale om levering af kørsel i forbindelse med akutte lægebesøg i hjemmet til Region Hovedstaden*. EU-udbud, Region Hovedstaden.
- Region Hovedstaden 2013, *Enstrenget og visiteret akutsystem - retningslinjer og principper* (August 2013), Region Hovedstaden, Hillerød.
- Region Midtjylland 2017, *Evaluering af lægevagtskampagnen fra 2015*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland 2016, *Udbud, almen lægegerning på øen Endelave - Tilbudsfrist: 26.02.2016 kl. 12.00* - <https://www.rm.dk/om-os/indkob--medicoteknik/udbud-og-indkob/udbud/aktuelle-udbud/udbud-almen-lagegerning-pa-oen-endelave---tilbudsfrist-26.02.2016-kl.-12.00/> (Publiceret: 08.01.2016. Revideret: 18.02.2016), Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland 2013, *PLO Midt og Region Midtjylland indgår i henhold til § 2 i Overenskomst om almen praksis denne aftale om ændret honorering af ydelserne 7101, 7108, 7109, 7120, 7136 og 7156 i vagttiden*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland 2006, *Aftale om lægevagten i Region Midtjylland*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland & PLO Midtjylland 2018, *Udbuds- og Regionsklinikkers deltagelse i lægevagten i Region Midtjylland (godkendt marts 2018)*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Midtjylland & PLO Midtjylland 2017, *Vagtinstruks for lægevagtordningen Region Midtjylland*, Praktiserende Lægers Organisation i Region Midtjylland, [U.st.].
- Region Midtjylland, PLO-Midtjylland & Fjendbo Jørgensen, A. 2012, *§ 2 aftale mellem Region Midtjylland, PLO-Midtjylland og læge Anders Fjendbo Jørgensen vedrørende lægebetjeningen på Anholt*, Region Midtjylland, PLO-Midtjylland, Aarhus.
- Region Midtjylland & Praksisudvalget i Region Midtjylland 2011, *Tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet*, Region Midtjylland, Viborg.
- Region Nordjylland 2009, *Tillæg til § 2 aftale om lægevagten i Region Nordjylland*, Region Nordjylland, Aalborg.
- Region Nordjylland 2006, *§ 2- aftale om lægevagten i Region Nordjylland*, Region Nordjylland, Aalborg.
- Region Nordjylland & Praksisudvalget 2007, *§2 aftale om rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger på Læsø*. Region Nordjylland & Praksisudvalget.
- Region Nordjylland & Vagtudvalget under PLO-Nordjylland 2011, *Kontrakt om indkøb af udstyr og inventar i lægevagten*, Region Nordjylland, Aalborg.

Region Sjælland 2010, *Tillæg til aftale om Lægevagt Sjælland - Procedure for afspilning mm. af de båndoptagede telefonsamtaler i Lægevagt Sjællands visitation*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland 2009, *Vedtægter for Lægevagt Sjælland*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland & Praksisudvalget i Region Sjælland 2009, *Vagtinstruks Region Sjælland*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland & Praksisudvalget i Region Sjælland 2007a, *Aftale om tilrettelæggelse af lægevagten i Region Sjælland*, Region Sjælland, Sorø.

Region Sjælland & Praksisudvalget i Region Sjælland 2007b, *Aftale om tilrettelæggelse af lægevagten i Region Sjælland (inkl. bilag 1-11)*, Region Sjælland, Sorø.

Region Syddanmark 2014a, 7. *Tillæg til aftale af april 2007 mellem Region Syddanmark og Det regionale praksisudvalg for almen praksis i Region Syddanmark om tilrettelæggelse af den regionale lægevagt. Visitation til skadestuer og skadepoliklinikkerne i Region Syddanmark*, Region Syddanmark, Vejle.

Region Syddanmark 2014b, *Bilag 2. Forhøjet vagtberedskabshonorar til praktiserende læger og vagtlæger på Ærø samt anvendelse af B-vagthonorar i vagttiden*, Region Syddanmark, Vejle.

Region Syddanmark & PLO Region Syddanmark 2014, *Aftale mellem Region Syddanmark og PLO Syddanmark om tilrettelæggelse af den regionale lægevagt og visitation til skadestuer*, Region Syddanmark, Vejle.

Region Syddanmark & PLO Syddanmark 2014, *Allonge til Lægevagtsaftale. Lægevagtsbetjening af Fanø*, Region Syddanmark, Vejle.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2017, *Overenskomst om almen praksis*, Praktiserende Lægers Organisation, København.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation 2014, *Overenskomst om almen praksis*, Praktiserende Lægers Organisation, København.

Samarbejdsudvalget for læger i Region Nordjylland 2016, *Klagesagsprocedure - almen praksis*, Region Nordjylland, Aalborg.

Samarbejdsudvalget for læger i Region Nordjylland 2010, *Forretningsorden*, Region Nordjylland, Aalborg.

Statistikbanken & Danmarks Statistik 2016, *FOLK1A: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og civilstand*, Danmarks Statistik.

Statsrevisorerne Rigsrevisionen 2017, *Rigsrevisionens beretning om Region Hovedstadens akutte-lefon 1813 afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger*, Folketinget, København.

Styrelsen for Patientsikkerhed 2017a, *Dansk Patientsikkerhedsdatabase - Årsberetning 2016*, Styrelsen for Patientsikkerhed, København.

Styrelsen for Patientsikkerhed 2017b, *Tilsynsrapport Akuttelefonen 1813, Region Hovedstaden - Reaktivt tilsyn*, Styrelsen for Patientsikkerhed, København.

- Sundheds- og Ældreministeriet 2018, *LBK nr 191 af 28/02/2018 Gældende (Sundhedsloven)*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2014, *BEK nr 966 af 29/08/2014 Gældende (Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren)*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2011, *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. (VEJ nr 1 af 03/01/2011. Gældende. Offentliggørelsesdato: 04-01-2011)*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 2010, *Til dig, der skal rapportere utilsigtede hændelser sket i praksissektoren*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2009, *Kvaliteten i den danske lægevagtsordning*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen & Dansk Selskab for Almen Medicin 2013, *Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Almen Medicin*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Udvalget om det præhospitalt akutberedskab 2010a, *Status for udvalget om det præhospitalt akutberedskabs arbejde - Bilag 3. Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Udvalget om det præhospitalt akutberedskab 2010b, *Status for udvalget om det præhospitalt akutberedskabs arbejde - sammenfatning*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Wadmann, S. & Kjellberg, J. 2015, *Evalueret af Enstrenget og Visiteret Akutsystem i Region Hovedstaden - sammenfatning*, KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Wadmann, S., Kjellberg, J. & Kjellberg, P.K. 2015, *Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden - organisationsanalyse*, KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, København.
- Århus Amt & Praksisudvalget i Århus 2005, *§ 2-aftale om almen praksis på Samsø*, Århus Amt, Århus.

Bilag 1 Kortlægningens opdrag

Opdragsgiver har formuleret følgende liste over områder, der ønskes afdækket i kortlægningen:

Tilrettelæggelse

1. Beskrivelse af tilrettelæggelsen af opgaven og opgavefeltet i hver enkelt region med hensyn til visitation, lægevagt/skadeklinikker, akuttelefon, brugen og organiseringen af telefonkonsultation, konsultationer, sygebesøg og visitation til hospital mv.
2. Beskrivelse af personalesammensætning (uddannelse, kompetencer, erfaring, bibeskæftigelse)
3. Beskrivelse af anvendelse af personaleressourcer og det ledelsesmæssige setup
4. Beskrivelse af personalets løbende kompetenceudvikling og supervisering
5. Beskrivelse af, hvilken betydning overenskomstforhold har for organisation, tilsynsmuligheder og finansiering.

Service og kvalitet

6. Beskrivelse af regionernes servicemål, herunder ventetid på henholdsvis telefon og på fremmøde
7. Hvordan monitoreres/dokumenteres servicemål?
8. Hvordan monitoreres/dokumenteres kvaliteten, herunder den patientoplevede kvalitet, og hvordan arbejdes med kvalitetsudvikling?
9. Opgørelse af antal klager, utilsigtede hændelser og tilsynsforanstaltninger siden 2007
10. Hvordan sikres læring i organisationen?
11. Beskrivelse af, hvordan instrukser og visitationsguides løbende justeres/opdateres.

Omkostningseffektivitet

12. Analyse af henvisningsmønstre til anden sundhedsbehandling (fx FAM) som følge af kontakt til de regionale lægevagtsordninger og Akuttelefonen 1813
13. Hvor mange henvendelser afsluttes i lægevagten/Akuttelefonen 1813?
14. Hvilke undersøgelser kan lægevagten/akuttelefonen selv rekvirere (og hermed afslutte/ færdigbehandle patienten uden at viderehenvise patienten til FAM eller andet sted)?
15. Analyse af unikke henvendelser og gentagne kontakter til de regionale lægevagtsordninger og Akuttelefonen 1813 inden for en afgrænset tidsperiode, fx 24 timer.

Data og dokumentation

16. Hvilke journalsystemer anvendes (og er der adgang til) i lægevagtsordningerne og i akuttelefonen?
17. Hvordan sikres kommunikation og sammenhæng med øvrige relevante sundhedsaktører, som eventuelt skal involveres som følge af patientens henvendelse til lægevagten/akuttelefonen (fx i forhold til epikriser mv).?
18. Hvordan dokumenteres kontakten mellem patienten og lægevagtsordningen/akuttelefonen?
19. Hvilke tekniske virkemidler/beslutningsværktøjer anvendes?

Økonomi

20. Hvad er den faktiske aktivitet i hver region og de faktiske udgifter hertil (opgjort på individniveau)?

21. Hvordan fordeler udgifterne sig i forhold til fx honorering/løn, faciliteter, kørsel mv.?
22. Hvordan afregnes pr. ydelse (henholdsvis telefonvisitation, telefonkonsultation, konsultation, sygebesøg, kørsel mv.)?
23. Hvad er den gennemsnitlige indtjening pr. vagttype (telefonvagt, konsultation, sygebesøg) i hver region?
24. Hvilke hensyn tages til produktivitet og styring?

Bilag 2 Forbehold for sammenligninger af aktiviteten

Forbehold som følge af ændringer af opgaveindhold over tid

Mulighederne for sammenligning af telefonkonsultationer over tid begrænses især af følgende tre forhold:

- Regionerne har indført visitation af alle akutte henvendelser til hospitalsvæsenet på forskellige tidspunkter
- Region Sjælland har oprettet en akuttelefon til visitation af skader
- Region Hovedstaden yder ikke konsultationer i Akuttelefonen 1813.

Visitation af akutte telefoniske henvendelser

Som det fremgår af kapitel 3, har et fællestræk i den regionale udvikling på vagtlægeområdet været indførelsen af skadesvisitation. Da dette har konsekvenser for mulighederne for at sammenligne aktiviteten over tid i de enkelte regioner såvel på tværs af regioner, beskrives udviklingen i dette kapitel.

I perioden 2012-2014 har fire af regionerne (Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden) indført enstrengt visitation for alle akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt til 112. Region Sjælland er den eneste region, hvor der fortsat er to adskilte systemer og telefonnumre til henholdsvis vagtlæge og akuttelefon (se eventuelt Figur 3.1, s. 47).

Forud for vagtlægernes og Akuttelefonen 1813's overtagelse af skadesvisitationen skulle borgere med skader selv henvende sig på skadestuen eller en akut modtageenhed uden forudgående telefonisk henvendelse, hvis de kom fra regionerne Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden. Nordjyllands Amt og senere Region Nordjylland har imidlertid haft telefonvisitation via egen læge/lægevagten til skadestuerne – dog ikke til Aalborg Skadestue, hvor patienterne indtil for godt seks år siden selv kunne henvende sig. I Region Midtjylland var der før indgåelsen af akuttaftalen i 2012 to ordninger i forhold til visitation af skader: I den vestlige del af regionen var det lægevagten, som varetog visitationen af skader, mens det i den østlige del var en hospitalsdrevet skadevisitation bemannet med sygeplejersker.

I Bilagsboks 2.1 ses ændringer vedrørende telefonvisitation ved akut sygdom og akutte skader i vagttid.

Bilagsboks 2.1 Telefonvisitation ved akut sygdom og akutte skader i vagttid

- **Region Nordjylland:** Med virkning fra 10. april 2012 blev der som det sidste sted i Region Nordjylland indført telefonvisitation til skademodtagelsen på Aalborg Sygehus. Telefonvisitation til alle skadesmodtagelser varetages herefter i vagttiden af de vagthavende læger – dog ikke ved opkald til 112 (Forretningsudvalget Region Nordjylland, 2012).
- **Region Midtjylland:** I 2012 blev der etableret et enstrengt visitationssystem for alle akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt til 112. Med virkning fra pr. 1. september overtog vagtlægerne visitationen af patienter med såvel akut tilskadekomst som med akutte tilstande, hvor der ikke er rekvireret hjælp via 112 (Region Midtjylland, Praksisudvalget i Region Midtjylland, 2011).
- **Region Syddanmark:** Med virkning fra 1. april 2014 blev der indført telefonvisitation til skadestuer og skadeklinikker i Region Syddanmark (Region Syddanmark, PLO Region Syddanmark, 2014). Telefonvisitationen i vagttid har siden været varetaget af lægevagten.
- **Region Sjælland:** Med virkning fra 3. oktober 2011 har man haft visitation af alle akutte henvendelser; men dette foregår i to separate systemer med hvert sit telefonnummer. Lægevagten tager sig af telefonopkald vedrørende akut sygdom, mens akuttelefonen, som blev etableret 3. oktober 2011, er målrettet akutte skader og visitation til sygehus og skadeklinikker og bemandet med sygehusansatte sygeplejersker (Forretningsudvalget Region Sjælland, 2011).
- **Region Hovedstaden:** Pr. 1. januar 2014 hjemtog Region Hovedstaden lægevagts opgaver og integrerede dem i en væsentligt udbygget version af den daværende rådgivende telefon, 1813. Med etableringen af den nye Akuttelefon 1813 er lægevagts- og skadestuefunktionen samlet i akutmodtagelser og -klinikker, og der er indført visitation til alle regionens akutte modtagesteder (Wadmann, Kjellberg & Kjellberg, 2015).

Samlet set betyder det, at der må tages forbehold, når antallet af telefonkonsultationer sammenlignes over tid og på tværs af regioner, idet omfanget af skadesvisitation påvirker antallet af telefonkonsultationer.

Konsultationer versus ambulante kontakter i AMAK

Borgernes adgang til lægevagtskonsultationer har i alle amter været visiteret via lægevagterne siden 2007 (i nogle amter i længere tid). I forbindelse med Region Hovedstadens hjemtagning af lægevagts opgaver i 2014 blev opgaven med 'konsultationer' udlagt til AMAK.

I afsnit 3.2 (s. 46) er udfordringerne med at sammenligne konsultations-/AMAK-aktiviteten beskrevet. Når det grundlæggende ikke er meningsfyldt at sammenligne antallet af gennemførte vagtlægekonsultationer med antallet af Akuttelefon 1813-visiterede ambulante kontakter til AMAK/børnemodtagelsen, er det, fordi sidstnævnte omfatter kontakter, som ikke varetages i vagtlægekonsultationerne – og omfanget heraf er ikke kendt. Hertil kommer, at når børnemodtagelserne i Region Hovedstaden er lukkede (kl. 23:00-08:00 alle dage), indlægges alle børn (0-12-årige). Region Hovedstaden har opgjort, at det vedrører i alt godt 8.100 børn. VIVE har beregnet, at de udgør ca. 5 % af alle visitationer til behandlersporet/sygdom – hvor stor en andel af disse børn, der ville være blevet visiteret til en ambulant kontakt frem for indlæggelse, såfremt børnemodtagelserne var natåbne, kan VIVE ikke estimere.

Konsultationer kan således kun sammenlignes mellem de fire regioner med vagtlægeordninger, men der er også her forbehold (jf. de efterfølgende to afsnit i dette Bilag 2 om registreringspraksis for første møde i aftalte vagtlægekonsultationer og regionernes opgørelse af aktiviteten).

Forbehold som følge af regionernes ydelsesregistrering

Mulighederne for sammenligning af telefonkonsultationer og besøg henholdsvis konsultationer på tværs af regioner begrænses yderligere af forskelle i vagtlægeordningernes registreringspraksis. Det drejer sig om ydelsesregistreringen i forbindelse med:

- Visitation til hospital
- Første konsultation på aftalte vagtkonsultationssteder
- Akuttelefonen i Region Sjælland.

Visitation til hospital

Hvis en opringning til vagtlægen fører til et besøg eller en konsultation hos vagtlægen, foretages der først en ydelsesregistrering af en telefonkonsultation med besøg/konsultation (ydelseskode 0602) efterfulgt af ydelsesregistrering på enten et besøg (ydelseskode 0471) eller en konsultation (ydelseskode 0101), når ydelsen er gennemført. En telefonkonsultation eller et besøg, hvor vagtlægen henviser patienten til hospitalet (uanset om det er en ambulant kontakt på hospitalet eller indlæggelse), udløser imidlertid kun én ydelsesregistrering i form af en telefonkonsultation uden besøg/konsultation (ydelseskode 0501), jf. overenskomsten.

Det betyder imidlertid, at det i praksis ikke er muligt via ydelseskoden at skelne en telefonkonsultation, hvor vagtlægen har afsluttet patientens henvendelse telefonisk, fra telefonkonsultationer, hvor vagtlægen har visiteret til hospitalet. I begge tilfælde benyttes ydelseskoden 0501. De tre regioner Nordjylland, Midtjylland og Sjælland følger overenskomsten i forhold til ydelsesregistrering af visitation til hospital. I Region Syddanmark er der imidlertid en anden praksis for ydelsesregistrering af visitation til hospital.

I Region Syddanmark er der (jf. afsnit 6.1.2, s. 125) indgået en aftale om, at vagtlægernes visitation til hospital honoreres med en lavere takst end den, der er gældende i de tre andre regioner med vagtlægeordninger. Det betyder, at det i Region Syddanmark ikke er muligt via ydelseskoden at skelne en telefonkonsultation, hvor vagtlægen har visiteret til besøg/konsultation, fra en visitation til hospitalet. I begge tilfælde benyttes ydelseskoden 0602.

Ved sammenlægning af de to typer af telefonkonsultationer (telefonkonsultationer med henholdsvis uden besøg/konsultation) har den forskellige registreringspraksis af visitation til hospital dog ingen betydning i forhold til en tværregional sammenligning.

Første konsultation på aftalte konsultationssteder

I de fire vagtlægere regioner er der (jf. afsnit 6.1.2, s. 125) indgået lokalaftaler om, at den første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder honoreres som et besøg.

Disse lokalaftaler betyder i forhold til region Midtjylland, Syddanmark og Sjælland, at det ikke er muligt via ydelseskoden at afgøre, hvorvidt der er tale om et besøg eller en første konsultation på et af de aftalte konsultationssteder, idet der i begge tilfælde bruges ydelseskoden 0471. I Region Nordjylland er det imidlertid muligt at skelne, fordi der her anvendes en særlig ydelseskode ved første konsultation på de aftalte vagtlægekonsultationssteder (ydelseskoden 4471). Den honoreres med samme takst som et besøg (ydelseskode 0471).

Det betyder to ting for opgørelserne i tre af de fire regioner med vagtlægeordninger: i) Opgørelserne af antal besøg er højere end det reelle antal besøg, fordi nogle af de registrerede besøg reelt er konsultationer, og ii) tilsvarende er opgørelserne af antallet af konsultationer lavere end det reelle

antal konsultationer, fordi nogle konsultationer er registreret som besøg. Det har ikke været muligt at opgøre omfanget af denne praksis. Det formodes imidlertid at være en begrænset fejlkilde i forbindelse med den tværregionale sammenligning, idet der er tale om mindre og delvist eller ad hoc-bemandede konsultationer med så lav aktivitet, at der ikke er en læge fast tilknyttet hele tiden.

Forbehold som følge af regionernes opgørelser af aktiviteten

I forbindelse med regionernes opgørelser af aktiviteten til denne kortlægning er der yderligere fire forhold, som er af afgørende betydning for den tværregionale sammenligning af aktiviteten. De vedrører:

- Manglende oplysninger om cpr og/eller bopæl på patienter, der ringer til vagtlægen/Akuttelefonen 1813
- Manglende oplysninger om bopæl på patienter, der ringer til Region Sjællands akutte telefon
- Manglende tekniske muligheder for dataadgang til opgørelse af antal gennemførte ambulante kontakter i AMAK, som er henvist af Akuttelefonen 1813
- Manglende registrering af tidspunkt og patientens alder ved opgørelser af den første konsultation på givne vagtlægekonsultationssteder i Region Nordjylland.

Manglende oplysninger om cpr og/eller bopæl – alle vagtlægeordninger og Akuttelefonen 1813

Forekomsten af borgere uden cpr og bopæl i forbindelse med opgørelserne af grundydelse (telefonkonsultationer, besøg og vagtlægekonsultationer) er håndteret forskelligt i de fem regioner, hvilket betyder, at der må tages varierende, men mindre forbehold for opgørelserne af aktiviteten, som det er beskrevet efterfølgende:

I Region Nordjylland indgår der personer uden oplysning om cpr i opgørelserne af det samlede antal ydelser inden for en given aktivitet, men de indgår ikke i de særskilte opgørelser af ydelser til regionens egne borgere. Regionen oplyser, at den ikke er bekendt med omfanget, men det vurderes, at der er tale om et meget begrænset antal. Det betyder, at antallet af ydelser til regionens egne borgere er undervurderet – i et formentlig meget begrænset omfang – i perioden 2009-2016.

I Region Midtjylland er der i 2012 og 2013 personer uden oplysning om bopælsadresse. De indgår i opgørelsen af det samlede antal ydelser inden for en given aktivitet, mens de ikke indgår i opgørelsen af ydelser til regionens egne borgere. Region Midtjylland har beregnet, at personer uden bopælsadresse udgør mindre end 0,05 % af de respektive ydelser. Det betyder, at antallet af ydelser til regionens egne borgere er undervurderet i et ubetydeligt omfang i 2012 og 2013.

I Region Syddanmark indgår personer uden oplysning om cpr og/eller bopæl ikke i opgørelsen af ydelser. Region Syddanmark oplyser, at det ikke har været muligt at opgøre antal ydelser, hvortil der ikke er knyttet oplysninger om cpr og/eller bopæl i de enkelte år og heller ikke at opgøre, hvor mange af dem der er givet til borgere i egen region henholdsvis uden for regionen. På basis af regionens oplysninger om antal ydelser inden for en given aktivitet givet til personer uden cpr og/eller bopæl har VIVE beregnet, at disse gennemsnitligt udgør 3,4 % af alle telefonkonsultationer, 1,0 % af alle besøg henholdsvis 3,4 % af alle konsultationer i perioden 2009-2016. Det betyder, at både det samlede antal ydelser og antallet af ydelser til regionens egne borgere i perioden 2009-2016 er undervurderet med gennemsnitligt 1-3,4 % afhængig af ydelser.

I Region Sjælland indgår personer uden cpr og oplysning om bopæl både i opgørelsen af det samlede antal ydelser inden for en given aktivitet og i opgørelsen af ydelser til regionens egne borgere. Region Sjælland har beregnet, at personer uden cpr og oplysning om bopæl udgør 0,3-0,4 % af alle telefonkonsultationer, 0,9-1,6 % af alle besøg og 0,3-0,4 % af alle konsultationer i perioden 2009-2016. Det betyder, at antallet af ydelser til egne borgere er overvurderet i perioden 2009-2016 med gennemsnitligt 0,3-1,6 % afhængig af ydelsen.

I Region Hovedstaden er der ikke cpr og bopæl på alle kontakter. Regionen har derfor antaget, at ydelser uden cpr og bopæl³⁸ kan fordeles forholdsmæssigt på ydelser til regionens egne borgere henholdsvis til alle borgere på basis af forholdet mellem ydelser til regionens egne borgere henholdsvis til alle borgere, hvor disse oplysninger ikke mangler. Akuttelefonen 1813 oplyser, at omfanget heraf er ca. 1.500 telefonkonsultationer i 2016 (0,2 % af alle telefonkonsultationer med cpr). Det betyder, at der i opgørelserne er taget et behørigt hensyn til de manglende oplysninger om cpr og bopæl – om end der altså indgår en antagelse om fordelingen.

Manglende oplysninger om bopæl – akuttelefonen, Region Sjælland

Det har ikke været muligt for Region Sjælland at levere data for aktiviteten i akuttelefonen for perioden 2011-2012 (akuttelefonen blev etableret 3. oktober 2011).

Bopælsadressen for indringere til akuttelefonen er ukendt. Det betyder, at der ikke er opgørelser af, hvor mange af telefonkonsultationerne i akuttelefonen der er givet til regionens egne borgere i perioden 2013-2016. Antallet af telefonkonsultationer i akuttelefonen, der er givet til borgere med bopæl i Region Sjælland, er i stedet estimeret på basis af forholdstalsregning. Efter samråd med Region Sjælland har VIVE således estimeret det årlige antal telefonkonsultationer i akuttelefonen til regionens egne borgere, således at det udgør samme procentvis andel af alle telefonkonsultationer i akuttelefonen, som antallet af vagtlægetelefonkonsultationer til regionens egne borgere udgør af alle vagtlægetelefonkonsultationer i regionen (94 % i 2013 og 95 % i de efterfølgende år). Det betyder, at der indgår et vist skøn i størrelsesordenen af antallet af telefonkonsultationer i akuttelefonen til regionens egne borgere i perioden 2013-2016.

Manglende tekniske muligheder for dataadgang – Region Hovedstaden

Det har ikke været muligt for Region Hovedstaden at levere opgørelser af antal gennemførte ambulante kontakter i AMAK baseret på visitation fra Akuttelefonen 1813 i 2016. Dette skyldes ifølge Akuttelefonen 1813 implementeringen af it-systemet Sundhedsplatformen. For at kunne sammenligne over tid for hele perioden 2014-2016 er der i stedet foretaget en opgørelse af antal henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til ambulant kontakt i AMAK. Det betyder, at antallet af henvisninger fra Akuttelefonen 1813 til AMAK er 5-6 % højere end antallet af registrerede patienter, der har modtaget en ambulant ydelse i et af de tre spor efter visitation fra Akuttelefonen 1813. Forskellen kan primært tilskrives, at nogle af de henviste patienter ikke møder op, møder sent op, eller møder op på en anden matrikel end den, de er henvist til (jf. afsnit 3.2, s. 46).

Første konsultation på aftalte vagtlægekonsultationssteder – Region Nordjylland

I opgørelsen af antal konsultationer har Region Nordjylland medtaget alle konsultationer (også de første konsultationer i aftalte vagtlægekonsultationssteder, som jf. lokalaftale ydelsesregistreres med koden 4471 – de udgør 1,3 % af alle konsultationer. Antallet af 'første konsultationer på aftalte vagtlægekonsultationssteder' er imidlertid ikke fordelt på A- og B-vagter eller patientens alder. Dette vurderes at have mindre betydning på fordelingerne.

³⁸ Når udtrækkene skal foretages, er der teknisk set tale om 'missing data' (omfattende erstatnings-cpr og missing).

Bilag 3 Beskrivelse af akuttefonen i Region Sjælland

I dette bilag har Region Sjælland foretaget en kortfattet beskrivelse af regionens akuttefon i forhold til starttidspunkt, registreringspraksis med betydning for levering af data til denne rapport, dens organisering og personalenormering.

Akuttefonen i Region Sjælland startede den 3. november 2011. Funktionen har åbent døgnet rundt, dog er der som ønsket kun leveret tal for den periode, hvor også lægevagten har åbent.

Der kan desværre kun leveres data fra 2013 og frem. Det registreres ikke, hvor patienterne bor. Der foregår ingen honorering (DRG eller andet) af samtalerne. Der gøres opmærksom på, at tallene er indringninger, dvs. der er talt med nogle stykker hver dag, som har ringet forkert. Præhospital Center leverer den tekniske løsning for opkald, og indtil Sundhedsplatformen kommer, registreres samtalerne i Imatis-systemet.

Akuttefonen i Region Sjælland fungerer som en samlet enhed "set ude fra", men den er placeret (både fysisk og organisatorisk) på de fire akutafdelinger i regionen og passes kun af behandlersygeplejersker. Behandlersygeplejerskerne passer funktionen i en turnus med det øvrige arbejde i akutafdelingerne, så de ikke mister deres praktiske og faglige kunnen. Funktionen er et virtuelt samarbejde, og man tager primært egne indringninger; sekundært hjælper man de øvrige matrikler.

Økonomien er svær at opgøre, da funktionen hvert sted er en del af akutafdelingerne, men der er samlet set i regionen en normering på 4 i dagvagt, 4 i aftenvagt, 1 fra kl. 12:00-20:00 og 2 i nattevagt, alle behandlersygeplejersker. Herudover er der en del af det administrative og ledelsesmæssige setup fra akutafdelingerne, der også bruges.

Bilag 4 Aktivitet fordelt på alder

Bilagstabel 4.1 Aktivitet i regionale lægevagtsordninger og i Akuttelefonen 1813# opgjort for egne borgere^{##} pr. 1.000 borgere fordelt på kontaktttype, alder og regioner, 2016

Telefonkonsultationer*	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland****	Hovedstaden
0-4 år	1.447	1.418	1.686	1.752	1.360
5-14 år	465	473	541	484	424
15-24 år	538	550	646	580	485
25-34 år	576	561	664	651	406
35-44 år	420	434	475	451	323
45-54 år	358	372	384	372	285
55-64 år	305	331	338	325	269
65-74 år	315	350	344	336	272
≥ 75 år	681	818	751	797	596
Ukendt	k.i.o.	i.r.	k.i.o.	k.i.o.	k.i.o.
I alt	497	520	565	534	435
Besøg**	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland****	Hovedstaden
0-4 år	10	40	6	42	0
5-14 år	4	12	2	8	0
15-24 år	8	23	7	16	1
25-34 år	14	27	12	22	1
35-44 år	15	27	15	21	1
45-54 år	20	35	20	27	2
55-64 år	29	46	32	38	5
65-74 år	56	77	58	72	12
≥ 75 år	239	288	249	299	72
Ukendt	k.i.o.	i.r.	k.i.o.	k.i.o.	k.i.o.
I alt	39	54	40	53	7
Vagtlægekonsultationer***	Region				
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Sjælland****	Hovedstaden
0-4 år	653	468	693	742	i.r.
5-14 år	248	190	196	205	i.r.
15-24 år	266	194	215	224	i.r.
25-34 år	250	176	227	233	i.r.
35-44 år	184	138	160	159	i.r.
45-54 år	160	119	125	127	i.r.
55-64 år	130	100	103	104	i.r.
65-74 år	112	85	89	88	i.r.
≥ 75 år	106	78	81	85	i.r.
Ukendt	k.i.o.	i.r.	k.i.o.	k.i.o.	i.r.
I alt	209	157	179	178	i.r.

Anm.: # Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage – for såvel vagtlægeordninger som Akuttefonen 1813.
Der er ikke foretaget justering for de tilfælde, hvor alderen er ukendt (k.i.o.: kan ikke oplyses). Afhængig af region er alder ukendt for 0,4-1,5 % af telefonkonsultationerne, 0,1-0,2 % af besøgene henholdsvis for 0,4-1,2 % af vagtlægekonsultationerne. I Region Midtjylland er der ingen tilfælde af manglende oplysning om alder (i.r.: ikke relevant).
Ved ydelser til egne borgere forstås de ydelser, som en given region har givet til regionens egne borgere. De ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner, samt ydelser til udenlandske turister, indgår ikke.

Note: * Telefonkonsultationer: For lægevagten er det summen af telefonkonsultationer (ydelseskoderne 0501 plus 0602) – for Akuttefonen 1813 er det summen af telefonhenvendelser (afsluttet til egenomsorg, lægelig telefonkonsultation, visiteret til besøg eller akutmodtagelse/akutklinik).
** Besøg: For lægevagten ydelseskode 0471 – for Akuttefonen 1813 de besøg, der er gennemført og visiteret fra Akuttefonen 1813.
*** Vagtlægekonsultationer: Ydelseskode 0101. I Region Hovedstaden forekommer der ingen vagtlægekonsultationer.
**** Opgørelsen for Region Sjælland omfatter kun de telefonkonsultationer, der er givet i vagtlægeordningen, mens telefonkonsultationer, der er givet af akuttelefonen, ikke indgår.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Bilagstabel 4.2 Antal henvisninger af egne borgere[#] fra Akuttefonen 1813 til Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker (AMAK)^{##} pr. 1.000 borgere fordelt på alder og spor. Region Hovedstaden, 2016

Alder	Alle henvisninger	Behandlerspor		Vurderingsspor
		Behandlingsspor sygdom	Behandlingsspor skade	
0-4 år	516	409	107	0
5-14 år	206	100	104	2
15-24 år	220	99	80	41
25-34 år	171	82	54	35
35-44 år	146	70	46	29
45-54 år	129	61	40	28
55-64 år	116	53	35	28
65-74 år	97	42	27	29
≥75 år	96	35	28	33
Ukendt	k.i.o.	k.i.o.	k.i.o.	k.i.o.
I alt	173	90	56	27

Anm.: # Ved ydelser til egne borgere forstås de ydelser, som en given region har givet til regionens egne borgere. De ydelser, som regionens borgere har modtaget under ophold i andre regioner, samt ydelser til udenlandske turister, indgår ikke.
Opgjort for tidsrummet kl. 16:00-08:00 på hverdage samt tidsrummet kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.
Der er ikke foretaget justering for de tilfælde, hvor alderen er ukendt (k.i.o.: kan ikke oplyses). Alderen er ukendt for <0,1 % af alle henvisninger.

Note: De bagvedliggende data er justeret efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner, idet børn (0-12 år) er flyttet fra vurderingsspor til behandlerspor skade, hvor de rettelig bør være opgjort. Der er tale om en mindre justering, som ikke har påvirket det samlede antal henvisninger.

Kilde: Regionalt indberettet aktivitet baseret på udtræk fra Akuttefonen 1813's it-system. Opgørelser pr. 1.000 borgere er baseret på FOLK1A (3. kvartal i givne år), Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Bilag 5 Beskrivelse af beregningerne for drifts-udgifter ved de regionale lægevagtordninger og Akuttelefonen 1813 i vagttid

Region Nordjylland

Bilagstabel 5.1 Region Nordjyllands driftsudgifter ved lægevagten i vagttid fordelt på type og opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelse med bemærkninger fra Region Nordjylland, 1.000 kr., 2016

Omkostningstype	Kr. (1.000)	Regionens bemærkninger til opgørelsen
Løn	4.328	
Ledelse og administration*	0	
Sekretariat**	128	Driftstilskud til vagtlægernes sekretariat (småindkøb og materiel/udstyr i lægevagten).
Sundhedspersonale***	4.200	Vedrører 8 sygeplejersker, svarende til 6,36 stillinger (inkl. udannelse af personale).
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	0	
Befordring	9.082	
Befordring af læger* ⁵	9.082	Efter taxaregning.
Befordring af patienter* ⁶	1	Efter taxaregning.
Lokaler	4.164	
Lokaleudgifter* ⁷	523	Region Nordjylland har beregnet anslåede udgifter til lægevagtens lokaler. Der betales lejeudgifter i Aalborg (145.638 kr. for 215 m ²) samt Skagen. Skagen er lejet ved Frederikshavn Kommune og fremgår af særskilt lejekontrakt. (32.000 kr.). Der er indhentet antal kvadratmeter for øvrige lokationer og tillagt kvadratmeterpris fra Aalborg (677,39 kr. pr. m ²).
Forbrug (vand, varme og el)		
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	3.007	
Rengøring og renovation	634	Omfatter særskilte regninger udover huslejepris.
Skatter og afgifter	0	Ikke relevant.
Teknik	1.429	
Telefoni* ⁸	26	Primært mobilregninger.
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	1.256	Anskaffelser og drift/vedligeholdelse, herunder licenser.
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	147	Anskaffelser og drift/vedligeholdelse.
I alt	19.003	

Noter.: * Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

*** Lønninger til sundhedspersonale (sygeplejersker, brobyggere m.fl.) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

**** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse rådighedsvagt og akutudkald.

*⁵ Omfatter 'ikke-honorarbetalte' udgifter til: taxaordning/færger – for Akuttelefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med forbindelse med besøg.

*⁶ Omfatter rekvireret kørsel af vagtlæge/Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).

*⁷ Omfatter huslejeudgifter på givne lokationer. Såfremt lokaleomkostningerne er udelelige i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.

*8 Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.

*9 Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.

*10 Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.

Anm.: I ovenstående opgørelse af driftsomkostningerne indgår: Region Nordjyllands årlige driftstilskud til lægevagten, som jf. § 2-aftale fra 2007 om lægevagten i Region Nordjylland medfinansierer: vagtsekretariat, vagtchef, sygeplejere i lægevagten, koordinatorfunktion, vagtbestyrelse, lægelige forbrugsartikler mv. Region Nordjylland kan imidlertid oplyse, at udgifterne i 2016 til vagtchef, koordinationsfunktion og vagtbestyrelse er dækket af lægevagten gennem de tilmeldte lægers kontingentbetaling. Herudover skal det bemærkes, at de tilmeldte lægers betalinger til drift lægevagten ikke indgår i ovenstående opgørelse (kontingent og betaling vedrørende rådighedsvagter). Omkostninger ved regionens varetagelse af eksempelvis betaling af lægevagtskørsel, klagesagsbehandling, sekretariatsbetjening af møder mellem regionen og lægevagten, udbud af lægevagtskørsel og monitorering af lægevagten indgår heller ikke.

Kilde: Data og bemærkninger er fra Region Nordjylland (i perioden november 2017-januar 2018).

Region Midtjylland

Bilagstabel 5.2 Region Midtjyllands driftsudgifter ved lægevagten i vagttid fordelt på type og opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelse med bemærkninger fra Region Nordjylland, 1.000 kr., 2016

Omkostningstype	Kr. (1.000)	Regionens bemærkninger til opgørelsen
Løn	24.980	
Ledelse og administration*	4.292	Lønoms-kostninger til 1 formand, 6 vagtchefer, 2 it-chefer, 4 medlemmer af Lægevagtudvalget, koordinatorfunktion og vagtskema (bloktilskud).
Sekretariat**	304	Løn til sekretærer (bloktilskud).
Sundhedspersonale***	15.705	Lønudgifter til assisterende sygeplejersker og behandlersygeplejersker. På et enkelt hospital er der anvendt en gennemsnitsløn - et andet hospital har ikke medtaget overarbejdsbetaling, da det ikke er muligt at udtrække særskilt i forhold til lægevagten.
Øvrige lønoms-kostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	4.679	Vagtberedskabshonorar. Hertil er lagt 76,6 % af udgifterne til praksisudvalgets deltagelse i lægevagtsudvalgsmøder, rådighedsvagter, akut udkald til rådighedsvagt samt møder og kurser (bloktilskud).
Befordring	22.421	
Befordring af læger* ⁵	22.421	Omfatter vognmandskørsel (ca. 21.325.000 kr.) og øvrige udgifter (ca. 221.000 kr.). Hertil er lagt 76,6 % af afstandskom-pensationen (læger med mere end 20 km til konsultations-sted) (bloktilskud).
Befordring af patienter* ⁶	0	Intet.
Lokaler	2.811	
Lokaleudgifter* ⁷	1.332	Lokalepriserne er estimeret på baggrund af det område, hvor lægevagten har lokaliteter. Det vægtede gennemsnit for m ² -prisen i Region Midtjylland er 811 kr. pr. m ² . Hertil er lagt 76,6 % af lejeoms-kostningerne til sekretariat og kontorartikler m.m. (bloktilskud).
Forbrug (vand, varme og el)	214	Beløbet er estimeret ud fra en tidligere beregning, hvor forbruget i en lægeklinik er opgjort til 150 kr. pr. m ² .
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	415	Udgiften dækker over receptblokke, kørselsrekvisition, medicinkvittering, systemnøgler, udstyr og medicinopfyldning.
Rengøring og renovation	850	Rengøring for de lokationer, hvor hospitalet modtager betaling for denne ydelse.
Skatter og afgifter	0	Ikke opgjort.
Teknik	2.986	
Telefoni* ⁸	283	Jf. lægevagtsaftalen anvender lægevagten Region Midtjyllands telefoniløsning. Derfor er det marginale oms-kostninger i forhold til licensudgifter mv., som regionen har for lægevag-tens brug af regionens telefoniløsning. Vi har ikke mulighed for at estimere, hvad udgifterne til lægevag-tens brug af telefonsystemet er. Den ekstra udgift ved at have lægevagten på systemet er ubetydelig i forhold til, hvad det ville koste, hvis de skulle have deres helt eget systemet. Hertil er lagt 76,6 % af oms-kostningerne til TDC (bloktilskud).
Edb mv.: pc'er, andet hardware og soft-ware* ⁹	2.697	Herunder opdatering, drift og service, bredbånd til iPads til brug for opdatering af ventetider. Hertil er lagt 76,6 % af oms-kostningerne til service og support, edb-nyanskaffelser, data-adgang og forsikringer mv. (bloktilskud).
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	6	Udgiften er udtrykket af økonomisystemet: Vedrører tyveri-alarmer på en enkelt lokalitet.
I alt	53.197	

- Anm.: * Lønninger til ledelse og administration (vagtschefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- ** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- *** Lønninger til sundhedspersonale (sygeplejersker, brobyggere m.fl.) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- **** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse rådighedsvagt og akutudkald.
- *5 Omfatter 'ikke-honorarbetalte' udgifter til: taxaordning/færger – for Akuttelefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med forbindelse med besøg.
- *6 Omfatter rekvireret kørsel af vagtlæge/Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).
- *7 Omfatter huslejudgifter på givne lokationer. Såfremt lokaleomkostningerne er udelelige i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.
- *8 Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.
- *9 Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.
- *10 Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.
- Note: I ovenstående opgørelse af driftsomkostningerne indgår Region Midtjyllands årlige driftstilskud (bloktilskud) til medfinansiering af lægevagten: edb-system, vagtledelse og vagttilrettelæggelse (jf. punkt 9 i aftale fra 2006 om lægevagten i Region Midtjylland). Det samlede vagtlægebudget var i 2016 på 13,8 mio. kr., jf. Årsrapport for 2016 fra Region Midtjylland. Region Midtjylland bidrog med et driftstilskud på i alt 10,5 mio. kr. (ca. 76 % af det samlede vagtlægebudget). I ovenstående opgørelse indgår de 10,5 mio. kr. fordelt med 76,6 % på udgiftsposterne: honorering af vagtschefer, edb-chefer, formanden, sekretærer, aflønning af koordinatorfunktion, rådighedsvagter og udkald fra rådighedsvagt og mødedeltagelse samt afstandscompensation, edb-udgifter (hardware og software), lokaleleje mv.
- De tilmeldte lægers egenbetaling til drift af lægevagten indgår ikke i opgørelsen. Omkostninger ved regionens varetagelse af fx betaling af lægevagtskørsel, klagesagsbehandling, sekretariatsbetjening af møder mellem regionen og lægevagten, udbud af lægevagtskørsel og monitorering af lægevagten er heller ikke medtaget.
- Kilde: Data og beskrivelse er leveret af Region Midtjylland november 2017. Fordelingen af Region Midtjyllands bloktilskud på udgiftsposter er baseret på 'Årsrapport for 2016 fra Region Midtjylland' – beregningerne er godkendt af formanden for lægevagtsudvalget.

Region Syddanmark

Bilagstabel 5.3 Region Syddanmarks driftsudgifter ved lægevagten i vagttid fordelt på type og opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelse med bemærkninger fra Region Syddanmark, 1.000 kr., 2016

Omkostningstype	Kr. (1.000)	Regionens bemærkninger til opgørelsen
Løn	8.731	
Ledelse og administration*	981	Udgør 75 % af lønningerne til 1 vagtchef, 1 vicevagtchef, 1 it-vagtchef (inkl. fagpension, som er fordelt forholdsmæssigt mellem ledelse og administration henholdsvis sekretariat).
Sekretariat**	3.099	Udgør 75 % af lønningerne til 1 leder af sekretariatet og 3 sekretariatsmedarbejder (inkl. fagpension, som er fordelt forholdsmæssigt mellem ledelse og administration henholdsvis sekretariat).
Sundhedspersonale***	3.200	Udgiften til sundhedspersonalet (brobyggere) erholdes af 'Midler til den patientnære indsats' (19 kr./patient i lægevagten).
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	1.451	Udgør 75 % af øvrige personaleomkostninger og diverse (lægevagts regnskab), øvrig løn i regionen + til konsulentfirma i forbindelse med udbud af kørselsordning.
Befordring	24.326	
Befordring af læger* ⁵	24.326	Regnskabstal fra Dantaxi (pr. 1. februar 2017 reduceret til ca. 16,4 mio. kr. årligt).
Befordring af patienter* ⁶	0	Intet.
Lokaler	3.407	
Lokaleudgifter* ⁷	3.407	Omfatter husleje, servicekontrakter, anskaffelser, rengøring mv. på 19 lokationer.
Forbrug (vand, varme og el)		
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)		
Rengøring og renovation		
Skatter og afgifter	0	Ikke relevant, da lokalerne er lejede.
Teknik	2.976	
Telefoni* ⁸	282	Telefonabonnementer, mobildata-abonnementer gennem TDC, alarmabonnement.
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	2.694	Anskaffelser og drift/vedligeholdelse.
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰		
I alt	39.440	

- Anm.: * Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- ** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- *** Lønninger til sundhedspersonale (sygeplejersker, brobyggere m.fl.) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.
- **** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse rådighedsvagt og akutudkald.
- *5 Omfatter 'ikke-honorarbetalte' udgifter til: taxaordning/færger – for Akuttelefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med forbindelse med besøg.
- *6 Omfatter rekvireret kørsel af vagtlæge/Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).
- *7 Omfatter huslejudgifter på givne lokationer. Såfremt lokaleomkostningerne er udelelige i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.
- *8 Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.
- *9 Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.
- *10 Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.
- Note: Region Syddanmark afholder 100 % af udgifterne til drift, befordring, konsultationssteder, anskaffelser, vedligeholdelse, husleje mv. Region Syddanmark medfinansierer driften af vagtlægeordningen med 4,4 mio. kr., hvilket udgør 75 % af udgiften til vagtchefernes lønninger, sekretariatet og den øvrige vagtadministration. Omkostninger ved sundhedspersonale i brobyggerordning indgår også i denne opgørelse (finansieres gennem puljen 'Midler til den patientnære indsats).
- De tilmeldte lægers egenbetaling til drift af lægevagten indgår ikke i opgørelsen. Omkostninger ved regionens varetagelse af fx betaling af lægevagtskørsel, klagesagsbehandling, sekretariatsbetjening af møder mellem regionen og lægevagten, udbud af lægevagtskørsel og monitorering af lægevagten er ikke medtaget i opgørelsen.
- Kilde: Data og beskrivelse leveret af Region Syddanmark november 2017.

Region Sjælland

Bilagstabel 5.4 Region Sjællands driftsudgifter i vagttid fordelt på type og opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelse med bemærkninger fra Region Sjælland, 1.000 kr., 2016

Omkostningstype	Kr. (1.000)	Regionens bemærkninger til opgørelsen
Løn	0	Region Sjælland har ingen udgifter hertil.
Ledelse og administration*	0	
Sekretariat**	0	
Sundhedspersonale***	0	
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	0	
Befordring	12.651	
Befordring af læger* ⁵	12.651	
Befordring af patienter* ⁶	0	
Lokaler	192	
Lokaleudgifter* ⁷	i.b.	Region Sjælland har ikke udgifter til lokaleleje – hverken på sygehuse eller kommunale sundhedscentre. I Region Sjælland er det besluttet ikke at anvende intern fakturering. Regionen er således ikke i stand til på meningsfuld måde at opføre "de teoretiske" udgifter, som den ville have haft, såfremt der stilles lokaler til rådighed via traditionelle lejemål.
Forbrug (vand, varme og el)	10	Vordingborg – forbrug vand varme og el.
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	109	Diverse anskaffelser.
Rengøring og renovation	58	Rengøring Nakskov Sundhedscenter.
Skatter og afgifter	15	Ejendomsskatter Vordingborg.
Teknik	664	
Telefoni* ⁸	239	Telefonudgifter 2016.
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	409	It-ydelser til lægevagten 2016.
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	15	Abonnement på tyverialarm.
I alt	13.506	

Anm.: i.b.: Er ikke beregnet

* Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

*** Lønninger til sundhedspersonale (sygeplejersker, brobyggere m.fl.) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

**** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse rådighedsvagt og akutudkald.

*⁵ Omfatter 'ikke-honorarbetale' udgifter til: taxaordning/færger – for Akuttelefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med forbindelse med besøg.

*⁶ Omfatter rekvireret kørsel af vagtlæge/Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).

*⁷ Omfatter huslejudgifter på givne lokationer. Såfremt lokaleomkostningerne er udelelige i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.

*⁸ Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.

*⁹ Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.

*¹⁰ Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.

Note: Region Sjælland har ingen medfinansiering af vagtlægernes driftsomkostninger. Omkostninger ved regionens varetagelse af fx betaling af lægevagtskørsel, klagesagsbehandling, sekretariatsbetjening af møder mellem regionen og lægevagten, udbud af lægevagtskørsel og monitorering af lægevagten indgår ikke i opgørelsen. Omkostninger ved regionens varetagelse af fx betaling af lægevagtskørsel, klagesagsbehandling, udbud af lægevagtskørsel og monitorering af lægevagten indgår ikke i opgørelsen.

Kilde: Data og beskrivelse leveret af Region Sjælland november 2017.

Region Hovedstaden

Bilagstabel 5.5 Region Hovedstadens driftsudgifter ved Akuttelefonen 1813 i vagttid fordelt på type og opgjort pr. 1.000 borgere. Opgørelse med bemærkninger fra Region Hovedstaden, 1.000 kr., 2016

Omkostningstype	Kr. (1.000)	Regionens bemærkninger til opgørelsen
Løn	104.652	
Ledelse og administration*	8.948	1 enhedschef, 4 sektionsledere, 6 vagtledere samt 2/3 sekretær.
Sekretariat**	0	Indeholdt i ovenstående.
Sundhedspersonale***	95.704	Ekskl. vagtledere, som er indeholdt i ledelse og administration.
Øvrige lønomkostninger i forbindelse med honorering af vagtlæger****	-	Indeholdt i ovenstående.
Befordring	5.960	
Befordring af læger* ⁵	5.960	Regnskabstal for taxakontrakt med TaxiNord 2016.
Befordring af patienter* ⁶	0	Intet.
Lokaler	2.287	
Lokaleudgifter* ⁷	541	Skønsmæssigt opgjort til 50 % af lejeudgiften for den samlede vagtcentral og herefter fordelt på baggrund af normering af 112 AMK-Vagtcentralen henholdsvis Akuttelefonen 1813.
Forbrug (vand, varme og el)	797	
Drift og vedligeholdelse (herunder indkøb af kontorinventar)	736	Fordelt på baggrund af normering af 112 AMK-Vagtcentralen henholdsvis Akuttelefonen 1813.
Rengøring og renovation	212	Renovation indeholdt i lejeudgift.
Skatter og afgifter	-	Ikke relevant, da bygningerne er lejede.
Teknik	5.526	
Telefoni* ⁸		Indeholdt i nedenstående.
Edb mv.: pc'er, andet hardware og software* ⁹	5.526	Drift og løbende udvikling af it i vagtcentralen. Skønsmæssigt udgør it-udgifterne 85 % af de samlede udgifter til vagtcentralen. De er herefter fordelt på baggrund af normering af 112 AMK-Vagtcentralen henholdsvis Akuttelefonen 1813.
Gps'er, alarmer mv.* ¹⁰	-	Indeholdt i ovenstående.
I alt	118.424	

Anm.: * Lønninger til ledelse og administration (vagtchefer, øvrige ledere og vagtudvalg) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

** Lønninger til sekretariat i vagttid inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

*** Lønninger til sundhedspersonale (sygeplejersker, brobyggere m.fl.) inkl. indbetaling af ATP, fagpension, feriepenge, eventuelt genetillæg og overarbejdsbetaling.

**** Omfatter øvrige omkostninger i forbindelse med rådighedsvagt og akutudkald.

*⁵ Omfatter 'ikke-honorarbetalet' udgifter til: taxaordning/færger – for Akuttelefonen 1813 indgår omkostninger ved transport af lægerne i forbindelse med forbindelse med besøg.

*⁶ Omfatter rekvireret kørsel af vagtlæge/Akuttelefonen 1813 (dog ikke 112-kørsel).

*⁷ Omfatter huslejeudgifter på givne lokationer. Såfremt lokaleomkostningerne er udelelige i forbindelse med eksempelvis lokation på et hospital, benyttes en af regionen fastsat kvadratmeterpris ganget med de til rådighed værende antal kvadratmeter.

*⁸ Telefoni i form af faste udgifter og forbrugsdrevne udgifter (indkøb af telefoner og udstyr hertil (fastnet og mobile), abonnementsafgift, oprettelsesgebyrer, samtaleafgifter (både på faste og mobile lokationer samt på såvel vagtlægers som patienters opkald, såfremt de betales), reparationer, vedligeholdelse mv.

*⁹ Omfatter indkøb og eventuelle udgifter forbundet med installation af pc'er og andet hardware samt software (fx skærme, tastaturer, printere/scannere samt programmer), udgifter relateret til servere/VPN-forbindelser mv., vedligeholdelse/reparationer samt forskellige former for support og services.

*¹⁰ Indkøb, installation, drift og vedligeholdelse samt support til fx gps'er og alarmer.

Note: For læger er disse kun tilstede svarende til vagttid ligesom lægevagter. For øvrigt sundhedspersonale kan vi ikke udskille vores udgifter til disse i traditionel vagttid, da disse medarbejdere både arbejder inden for og uden for traditionel vagttid. Der er derfor foretaget en vurdering af, hvor stor en del af lønnen der tilfalder vagttid. Dette er gjort på baggrund af bemandingsplaner for bemanning hen over døgnet. Driftsudgifterne kan ikke opdeles i vagttid og ikke vagttid. Disse er derfor fordelt efter det areal, som Vagtcentralen (Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen) udgør af Akutberedskabets samlede antal kvadratmeter (skønnet til 50 %) og herefter fordelt efter normeringstallet for henholdsvis Akuttelefonen 1813 og 112 AMK-Vagtcentralen.

Kilde: Data og beskrivelse leveret af Region Hovedstaden november 2017-februar 2018.

Bilag 6 Specificerede opgørelser af indtjeningen i forskellige typer af vagter

I de efterfølgende afsnit i dette bilag præsenteres specificerede opgørelser af indtjeningen i forskellige typer af vagter. Først præsenteres beregningerne, som sekretariatet i Nordjyllands Lægeforening har leveret i forhold til indtjeningen i Region Nordjylland. Herefter følger opgørelser, som vagtlægerne i Region Midtjylland henholdsvis Region Syddanmark og Region Sjælland har udarbejdet til belysning af indtjeningen i forskellige typer af vagter i deres respektive regioner (se bilagstabellerne 5.1-5.3).

Indtjening i Region Nordjylland

Sekretariatet i Nordjyllands Lægeforening har leveret følgende oplysninger og beregninger til VIVE: Vagternes tilrettelæggelse fremgår af bemandingsplanen. I 2016 var der i alt 9.781 vagter fordelt på 4.181 A-vagter og 5.600 B-vagter ekskl. vagter på Læsø (6.812 timer fordelt på 2.148 timer i A-vagter og 4.664 timer i B-vagter). Den samlede ydelsesomsætning i Region Nordjylland var i 2016 på 74,298 mio.kr. (inkl. 1,371 mio. kr. i honorar til vagtordningen på Læsø).

På dette grundlag har sekretariatet estimeret en gennemsnitlig indtjening på kr. 7.456 kr. pr. vagt og en gennemsnitlig indtjening pr. time på 997 kr. (gennemsnit af alle vagter og tidspunkter på døgnet (A-vagt og B-vagt), dog ekskl. vagter/vagttimer på Læsø). I dette estimat indgår et af sekretariatet ukendt ydeshonorar til de to læger på Læsø, der ligger ud over vagtberedskabshonoraret. Hvis timer og vagthonorar på Læsø inddrages i beregningerne, falder den gennemsnitlige timeløn fra 997 til 929 kr.³⁹.

Sekretariatschefen i Nordjyllands Lægeforening gør opmærksom på, at et stort antal vagter både indeholder timer i A-vagter og B-vagter, hvilket har gjort det vanskeligt at foretage denne opgørelse, idet snittet mellem A- og B-vagter ikke er entydigt. Opgørelserne fra Region Nordjylland er justeret efter udsendelse af den samlede rapport til alle regioner. VIVE finder de nye beregninger mest retvisende, hvorfor det er dem, der indgår i rapporten. De seneste beregninger er baseret på ydelsesomsætningen i 2016, der også har været grundlaget for de øvrige regioners beregninger frem for 2017, som det var tilfældet med de første beregninger for Region Nordjylland.

³⁹ VIVE vil i den forbindelse erindre om, at aftalen om et særskilt vagthonorar på Læsø er ophørt.

Indtjening i Region Midtjylland

Bilagstabel 6.1 Den gennemsnitlig indtjening pr. time og indtjeningen pr. vagt# fordelt på vagt-type, ugedag, varighed og tidspunkt. Region Midtjylland, 2016

Type vagt, ugedag, varighed og tidspunkt	Gennemsnitlig indtjening pr. time (kr.) *	Indtjening pr. vagt (kr.)
Visitationsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 07:00-15:00)	1.187	9.499
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.223	9.782
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	906	7.245
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 17:00-01:00)	1.043	8.344
Nattevagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 24:00-08:00)	1.032	8.257
Besøgsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	737	5.899
Dagvagt (weekend og helligdage): 6 timers vagt (kl. 18:00-16:00)	863	5.177
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	625	5.002
Nattevagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 24:00-08:00)	604	4.828
Konsultationsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.541	12.325
Dagvagt (weekend og helligdage): 6 timers vagt (kl. 10:00-16:00)	1.360	8.157
Aftenvagt (alle dage): 7 timers vagt (kl. 16:00-23:00)	1.458	10.203
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	1.440	11.517
Aftenvagt (alle dage): 6 timers vagt (kl. 17:00-23:00)	1.328	7.967
Nattevagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 24:00-08:00)	806	6.446
Visitations-/konsultationsvagt		
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	1.151	9.204
Aftenvagt (alle dage): 6 timers vagt (kl. 16:00-22:00)	1.151	6.903
Besøgs-/konsultationsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.252	10.016
Aftenvagt (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	911	7.285
Aftenvagt (alle dage): 6 timers vagt (kl. 17:00-23:00)	910	5.461
Koordinationsvagt**		
Dagvagt – Vest (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.322	10.574
Dagvagt – Øst (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.313	10.505
Aftenvagt – Vest (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	1.143	9.146
Aftenvagt – Øst (alle dage): 8 timers vagt (kl. 16:00-24:00)	1.043	8.343
Nattevagt – Vest (alle dage): 8 timers vagt (kl. 24:00-08:00)	1.086	8.689
Nattevagt – Øst (alle dage): 8 timers vagt (kl. 24:00-08:00)	1.062	8.499

Anm.: # Der er ingen oplysninger om blandingsvagternes fordeling på timeantal (besøgs-/konsultationsvagt henholdsvis visitations-/konsultationsvagt).

Note: * Er estimeret af evaluator på basis af fremsendte data og efterfølgende godkendelse af vagtlægerne i Region Midtjylland: Indtjeningen pr. vagt er divideret med antal timer.

** I koordinationsvagter (ledelsesfunktion) varetager koordinator også visitation, i det omfang koordinationsopgaverne tillader det. Honorarindtjeningen fremgår af tabellen. I 2017 vil der kun være én koordinationsvagt i Region Midtjylland.

Kilde: Vagtlægerne i Region Midtjylland.

Indtjening i Region Syddanmark

Bilagstabel 6.2 Den gennemsnitlig indtjening pr. time og indtjeningen pr. vagt# fordelt på vagt-type, ugedag, varighed og tidspunkt. Region Syddanmark, 2016

Type vagt, ugedag, varighed og tidspunkt	Gennemsnitlig indtjening pr. time (kr.)	Indtjening pr. vagt (kr.)*
Visitations-/konsultationsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	1.357	10.859
Lørdage	1.248	9.980
Søndage	1.461	11.688
Helligdage	1.410	11.282
Aftenvagt (alle dage): 7 timers vagt (kl. 16:00-23:00)	1.094	1.140
Hverdage	893	1.094
Lørdage	931	1.094
Søndage	1.146	1.174
Nattevagt (alle dage): 9 timers vagt (kl. 23:00-08:00)	1.077	9.695
Nætter til lørdage og søndage	1.125	10.124
Nætter til hverdage	1.052	9.468
Besøgs-/konsultationsvagt		
Dagvagt (weekend og helligdage): 8 timers vagt (kl. 08:00-16:00)	927	7.418
Lørdage	843	6.743
Søndage	1.005	8.036
Helligdage	991	7.928
Aftenvagt (alle dage): 7 timers vagt (kl. 16:00-23:00)	763	5.340
Hverdage	587	4.109
Lørdage	842	5.893
Søndage	872	6.105
Nattevagt (alle dage): 9 timers vagt (kl. 23:00-08:00)	875	7.873
Nætter til lørdage og søndage	979	8.811
Nætter til hverdage	825	7.425

Anm.: # Der er ingen oplysninger om blandingsvagternes fordeling på timeantal (besøgs-/konsultationsvagt henholdsvis visitations-/konsultationsvagt).

Note: * Beregningerne er baseret på rådighed (rådighedstiden i en vagt).

Kilde: Vagtlægerne i Region Syddanmark.

Indtjening i Region Sjælland

Bilagstabel 6.3 Den gennemsnitlig indtjening pr. time og indtjeningen pr. vagt# fordelt på vagt-type og ugedag. Region Sjælland, 2016

Type vagt	Ugedag	Gennemsnitlig indtjening pr. time (kr.)	Indtjening pr. vagt (kr.)
Konsultationsvagt (kr.)*	Samlet set	981	6.452
Omfatter hele vagten	Lørdage	965	6.615
Omfatter hele vagten	Søndage	1.078	7.395
Omfatter hele vagten	Helligdage	1.361	9.334
Omfatter hele vagten	Hverdage	904	5.649
Visitations-/konsultationsvagt*	Samlet set	1.157	7.440
Omfatter hele vagten	Lørdage	1.246	7.851
Omfatter hele vagten	Søndage	1.318	8.303
Omfatter hele vagten	Helligdage	1.523	9.595
Omfatter hele vagten	Hverdage	1.026	6.729
Besøgs-/konsultationsvagt	Samlet set	585	3.883
Omfatter hele vagten	Lørdage	501	3.436
Omfatter hele vagten	Søndage	538	3.687
Omfatter hele vagten	Helligdage	625	4.287
Omfatter hele vagten	Hverdage	414	2.380
Nattevagt	Alle dage	892	7.135

Anm.: # Der er ingen oplysninger om blandingsvagternes fordeling på timeantal (besøgs-/konsultationsvagt henholdsvis visitations-/konsultationsvagt).

Note: * Der gøres opmærksom på, at indtjeningen ved konsultationsvagterne henholdsvis visitations-/konsultationsvagterne er underrapporteret med 1,2 %.

Kilde: Vagtlægerne i Region Sjælland.

Bilag 7 Oversigt over anvendte forkortelser og begreber

Begreb eller forkortelse	Forklaring
AMAK	En samlede betegnelse for Region Hovedstadens akutmodtagelser og akutklinikker.
Ambulante kontakter i hospitalets akutmodtagelse	I denne rapport er det en fælles betegnelse for hospitals-/sygehus-kontakter i akutmodtagelser/akutafdelinger/skadestuer/skadeklinikker.
A-vagt	Tidsrummene kl. 16:00-22:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 08:00-20:00 på lørdage samt på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, hvis de ikke falder på søn- og helligdage.
B-vagt	Tidstidsrummene kl. 00:00-8:00 på alle dage, kl. 22:00-24:00 på hverdage (mandag-fredag), kl. 20:00-24:00 på lørdage, grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag samt kl. 08:00-24:00 på søn- og helligdage.
Besøg	Bruges om besøg hos patienter, som varetages af vagtlæger henholdsvis Akuttefonen 1813's læger. Disse kaldes også "sygebesøg", "hjemmebesøg" eller "lægebesøg".
Dagtid	I denne rapport bruges 'dagtid' om tidsrummet kl. 8:00-16:00 på hverdage.
DPSD	Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
LogicCAD	It-system i Region Hovedstaden.
Regioner med vagtlægeordninger	Regionerne Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark og Sjælland.
RM	Risiko Manager.
PLO	Praktiserende Lægers Organisation.
Selvhenvender	En betegnelse, der bruges om en borger, som henvender sig på en akutmodtagelse/skadestue uden at være visiteret hertil.
Tlf. m. b/k	Telefonkonsultation <u>med</u> efterfølgende besøg/vagtlægekonsultation – for Region Hovedstaden med efterfølgende besøg eller ambulant kontakt i AMAK.
Tlf. u. b/k	Telefonkonsultation <u>uden</u> efterfølgende besøg eller vagtlægekonsultation – for Region Hovedstaden uden efterfølgende besøg eller ambulant kontakt i AMAK
UTH	Utilsigtet hændelse.
Vagttid/Vagten	Tidsrummet, hvor vagtlægeordningen fungerer: kl. 16:00-08:00 på hverdage samt kl. 00:00-24:00 på grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag, lørdage samt søn- og helligdage.
1813-henviste	Udtryk, der i Region Hovedstaden benyttes om de patienter, som det sundhedsfaglige personale ved Akuttefonen 1813 har henvist til fysisk fremmøde.



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD