

Sammenfatning

Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813

En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi



Sidsel Vinge og Susanne Reindahl Rasmussen

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

© VIVE og forfatterne, 2018

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.

Sammenfatning

Her sammenfattes rapporten *Regionale lægevagter og Akuttelefonen 1813 – En kortlægning med fokus på organisering, aktivitet og økonomi*. Rapporten er frit tilgængelig på www.vive.dk.

Opdraget er givet af Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner samt Sundhedsstyrelsen (jf. rapportens Bilag 1). 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 Akuttelefonen 1813 i 2017, hvor Statsrevi-sorerne 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.
2. **Dokumentation, koordination og kommunikation mellem aktører i vagten**, herunder borgeres 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 Akuttelefonen 1813.
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.
4. **Aktivitet**, herunder den faktiske aktivitet fordelt på ydelsestype, unikke/gentagne henvendelser i de regionale vagtlægeordninger samt vagtlægeordningernes visitation til hospital henholdsvis Akuttelefonen 1813's henvisninger til akutmodtagelser/akutklinikker.
5. **Økonomi**, herunder omkostninger ved aktiviteten med fordeling af omkostninger ved ydelsesbetalte honorarer og drift, omkostninger pr. ydelse samt vagtlægers gennemsnitlige indtjening.

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 Akuttelefonen 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 tildes 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, arbejds-gange, 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 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 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 rapportens afsnit 3.1. 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 regioner: 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).

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 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). Som beskrevet i afsnit 4.2 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): 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.

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

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).

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). 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 viderestilles fra sygeplejerske til læge jf. tabel 3.14. 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. 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): Der findes i alle lægevagtsregioner en vagtinstruks, som beskriver rammerne for vagtlægernes forpligtelser. Der er således ikke tale om lægefaglige instruk-

ser. Vagtlæger anvender – på samme vis som praktiserende læger i dagtiden – de faglige vejledninger, opslagsværker mv., som den enkelte finder relevante. Således er beslutningsstøttewærktøjer, 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 beslutningsstøttewærktøj 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. 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 beslutningsstøttewærktøj 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). I de fire vagtlægeregioner er det en visiterende læge, og i Region Hovedstaden er det en sundhedsfaglig visitator. 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 udtynge 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 visitatorer 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 vagtlægeregioner 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): *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*. Tilkald 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 ambulans kontakt på AMAK) (jf. afsnit 4.6). Derudover kan visitator *indlægge* eller henvise til *skadestue/akutmodtagelse, akutklinik/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 ligger uden

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.

for denne kortlægning at beskrive indholdet af aktiviteten i AMAK yderligere, idet kortlægningen primært fokuserer på Akuttelefonen 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 Akuttelefonen 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 Akuttelefonen 1813's læger kan foretage en række relativt ensartede *undersøgelser* i vagtlægekonsultationerne eller ved besøg (se eventuelt tabel 4.1). 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 Akuttelefonen 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/Akuttelefonen 1813 med henblik på at sygeplejersker kan køre ud og foretage observationer eller målinger i hjemmet og melde tilbage til vagtlæge/Akuttelefonen 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.

Ingen af de fire regioner med forskellige *servicemål for besvarelse af opkald* har opfyldt regionens egne servicemål for 2016, jf. tabel 5.1. Lægevagtsordningerne i regionerne Midtjylland, Syddanmark og Sjælland ligger 5-10 procentpoint under hver regions respektive servicemål, akuttelefonen i Region Sjælland har næsten opfyldt servicemålet, mens Akuttelefonen 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.

Tre regioner – Midtjylland, Sjælland og Syddanmark – har *servicemål for ventetid til besøg*, jf. tabel 5.3. 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. 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 og tabel 5.7.

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. 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. 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 lægevagtens 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.

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 Akuttefonen 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/Akuttefonen 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) og *klager over service eller adfærd* enten hos medarbejdere eller i en organisatorisk enhed over fx ventetid, faciliteter mv. (jf. afsnit 5.3.3). 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 Akuttefonen 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 Akuttefonen 1813. VIVE har beskrevet klagesagsbehandlingen i de enkelte regioner (i afsnit 5.3.3). 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 Akuttefonen 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. 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 statusamtaler, 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. 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, 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).

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).

- *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).

- *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).

- *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).

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).

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). Godt halvdelen af alle telefonkonsultationer gennemføres i alle regioner i A-vagttid³ (spændvidden er 52-55 %) (se tabel 6.6).
- *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). 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).
- *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). 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).

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).

- *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).

- *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).

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.

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).

- *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).

- *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).

5) Økonomi

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

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): 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).
- **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).

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).

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).

- **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). 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), mens mere end 88 % af omkostningerne ved Akuttelefonen 1813 kan tilskrives løn (jf. teksten til tabel 7.9).
- **Vagtlægers indtjening:** Den gennemsnitlige indtjening i forskellige typer af vagter er søgt estimeret i afsnit 7.8. 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).



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD