

Bilag til rapporten:
KVALITETEN I DEN DANSKE
LÆGEVAGTSORDNING

2009



Bilag til rapporten: Kvaliteten i den danske lægevagtsordning

© Sundhedsstyrelsen, 2009

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Lægevagt, vagtlæge, almen praksis

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: 21. december 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-033-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2009.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Redegørelse for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægers adgang til patienternes journaloplysninger fra almen praksis, sygehuse m.v.
- Bilag 2:** Brugertilfredsheden i lægevagtsordningen, en spørgeskemaundersøgelse udarbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen, september - november 2009
- Bilag 3:** Lægevagts styrker og svagheder, en undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen, september - november 2009

NOTAT

18. december 2009

Redegørelse for de lovgivningsmæssige muligheder for vagtlægers adgang til patienternes journaloplysninger fra almen praksis, sygehusene m.v.

Tilsyn
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 11
E-post info@sst.dk

Indledning

Reglerne om sundhedspersoners tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. findes i sundhedslovens¹ kap. 9, §§ 40 – 49.

Begreberne videregivelse og indhentning er afgørende for, hvilke af reglerne i sundhedsloven, der finder anvendelse.

Sundhedslovens §§ 42a og 42b giver adgang til indhentning af helbredsoplysninger m.v. ved opslag i elektroniske systemer i forbindelse med behandling af patienter. Sundhedslovens §§ 41 og 42 gælder for videregivelse i øvrigt af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter.

Det er reglerne i §§ 42a og 42b om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger, der i det følgende vil blive redegjort for.

Endvidere vil der blive redegjort for relevante regler i persondataloven², idet den behandling af personoplysninger, der finder sted i forbindelse med sundhedspersoners indhentning af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter, også er reguleret af persondataloven.

Endelig vil der blive redegjort for følgende elektroniske systemer, aktuelle og planlagte:

- Landspatientregisteret
- Laboratoriesvar
- E-journal
- Personlige Elektroniske Medicinprofiler (PEM)
- Fælles Medicinkort (FMK)
- Nationalt Patient Indeks (NPI)

¹ Lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008 Sundhedsloven

² Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger (persondataloven)

Sundhedslovens regler om indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Før den 1. oktober 2007 måtte sundhedspersoner som udgangspunkt kun foretage opslag i et EPJ-system³ med patientens samtykke. I særlige tilfælde kunne der dog foretages opslag uden patientsamtykke, men opslaget var så bl.a. betinget af tilladelse til videregivelse fra den sundhedsperson, der var i besiddelse af oplysningen.

For at sikre at anvendelsen af EPJ-systemer fremover kunne ske effektivt og hurtigt, blev der med virkning fra den 1. oktober 2007 vedtaget de specifikke regler i sundhedslovens §§ 42a og 42 b. Reglerne bygger på en sige-fra-model, som indebærer, at sundhedspersonen, når betingelserne i øvrigt er opfyldt, kan foretage opslag i et EPJ-system, med mindre patienten siger fra. Reglerne supplerer og erstatter de gældende videregivelsesregler i sundhedsloven.

Reglerne regulerer opslag i elektroniske systemer (praksissystemer, sygehusenes og kommunernes elektroniske systemer med sundhedsfagligt indhold såsom laboratoriesystemer, patientadministrative systemer og kliniske kvalitetsdatabaser, der indeholder patientdata etc.).

På nogle områder findes der særlige regler om adgang til bestemte systemer. Det gælder f.eks. Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), som reguleres af sundhedslovens § 157, jf. senere.

Reglerne regulerer kun sundhedspersoners⁴ opslag i elektroniske systemer i forbindelse med aktuell patientbehandling. Det er en betingelse, at den ansatte aktivt udfører eller medvirker ved patientbehandlingen for at kunne defineres som sundhedsperson.

Videregivelsesreglerne i sundhedsloven regulerer som hidtil sundhedspersoners videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i de tilfælde, hvor der ikke er tale om indhentning af oplysninger via opslag i EPJ-systemer, f.eks. papirbaserede patientjournaler.

Side 2

18. december 2009

Sundhedsstyrelsen

³ En samlet betegnelse for alle elektroniske systemer, der indeholder helbredsoplysninger og andre patientdata, der er indsamlet til det formål at understøtte den sundhedsfaglige behandling af de registrerede patienter eller til formål, der ikke er uforenelige hermed, f.eks. Landspatientregisteret.

⁴ Ved sundhedspersoner forstås personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar, jf. sundhedslovens § 6.

Indhentningsreglernes adgangsbetingelser

Side 3
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Generelle adgangsbetingelser i medfør af sundhedslovens § 42a

For alle de sundhedspersoner, der i medfør af bestemmelsen⁵ har (juridisk) adgang til f.eks. et EPJ-system, gælder følgende tre betingelser for at foretage opslag:

1. Det skal være nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient (patient-behandlerrelation).
2. Indhentning skal ske i fornødent omfang. Heri ligger, at hvis et elektronisk system er indrettet således, at sundhedspersonen ved opslag i systemet først præsenteres for en oversigt over eller en sammenfatning af de konkrete oplysninger, som vil kunne søges frem fra et dybere liggende niveau i systemet, må den pågældende person kun slå op på de konkrete oplysninger, hvis vedkommende ud fra oversigten eller sammenfatningen vurderer, at der er et fagligt behov for at indhente oplysningerne. Hvis det er teknisk muligt at få adgang til f.eks. kategorier af oplysninger eller til bestemte oplysninger, så vil kravet om "i fornødent omfang" medføre, at sundhedspersonen kun kan få teknisk adgang til de – kategorier af – oplysninger, som vedkommende har brug for.
3. Patienten må ikke have udnyttet sin ret til at sige fra over for indhentning af helbredsoplysninger m.v. Patienten skal være behørigt informeret om denne mulighed, og patientens tilkendegivelse om, at patienten ikke ønsker, at der indhentes oplysninger fra EPJ-systemer, skal journalføres i patientjournalen. EPJ-systemerne skal således være indrettet på en måde, der gør, at de kan håndtere, at der teknisk blokeres for opslag i overensstemmelse med patientens ønsker.

De nævnte tre adgangsbetingelser gælder ikke fuldt ud, hvis sundhedspersonen indhenter oplysninger efter "værdispringsreglen".⁶

Konkrete adgangsbetingelser i medfør af sundhedslovens § 42a

Bestemmelsen omhandler betingelserne for indhentning af elektroniske helbredsoplysninger for sundhedspersoner generelt, men opstiller forskellige betingelser for de forskellige faggrupper.

I denne redegørelse omhandles alene lægers adgang til EPJ-systemer.

Læger har, når betingelserne er opfyldt, en bred adgang til EPJ-systemer, da de har adgang til at foretage opslag i både historiske og aktuelle oplysninger og adgang til elektroniske oplysninger på tværs af sektorer og faggrænser, hvis det er nødvendigt (og teknisk muligt).

⁵ Sundhedslovens § 42a

⁶ Indhentning er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre patienter, jf. sundhedslovens § 42a, stk.5.

Lægers adgang til EPJ-systemer er således alene begrænset af de tre generelle betingelser.

Side 4
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Læger kan endvidere i medfør af sundhedsloven⁷ i forbindelse med behandling af patienter foretage opslag i EPJ-systemer med patientens samtykke, når opslaget ikke er nødvendigt i forbindelse med den igangværende behandling af patienten, eller når betingelserne for at foretage opslag efter værdispringsreglen⁸ ikke er opfyldt. Ønsker patienten f.eks., at lægen indhenter yderligere oplysninger om patienten fra et EPJ-system end de oplysninger, der er nødvendige til brug for den igangværende behandling, vil lægen med patientens samtykke kunne indhente sådanne oplysninger.

Persondataloven

Reglerne i sundhedslovens §§ 42a og 42b om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. til brug for behandling af patienter skal ses i sammenhæng med reglerne i persondataloven og de regler, der er fastsat i medfør heraf. Det følger således af de persondataretlige regler, at den dataansvarlige skal træffe de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at bl.a. helbredsoplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes, kommer til uvedkommendes kundskab (ubeføjet udbredelse), misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven. Heri ligger bl.a., at alene sundhedspersoner, der har et sagligt behov for at få adgang til EPJ-systemer, må autoriseres hertil, og at den enkelte sundhedsperson alene må autoriseres til anvendelser (og derfor få teknisk adgang til oplysninger), som vedkommende har behov for⁹.

Sundhedslovens juridiske bestemmelser om sundhedspersoners juridiske adgang til indhentning af oplysninger i EPJ-systemer regulerer ikke direkte spørgsmålet om teknisk adgang, men de har betydning for, i hvilket omfang lægen må få teknisk adgang (adgangsrettigheder) til oplysningerne efter persondataloven.

De nærmere regler vedrørende behandlingssikkerhed er fastsat i bekendtgørelse om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning (sikkerhedsbekendtgørelsen¹⁰) og nærmere beskrevet i Datatilsynets vejledning¹¹ til bekendtgørelsen.

Datatilsynet anbefaler, at vejledningens regler for den offentlige forvaltning anvendes på private organisationer m.v.

⁷ Sundhedslovens § 42a, stk. 6

⁸ Sundhedslovens § 42a, stk. 5

⁹ Persondatalovens § 41, stk. 3

¹⁰ Bekendtgørelse nr. 528/2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning

¹¹ Vejledning nr. 37/2001 til bekendtgørelse nr. 528/2000 om sikkerhedsforanstaltninger...

Elektroniske systemer

Side 5
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Landspatientregisteret (LPR)

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen - for eksempel i forbindelse med undersøgelse eller behandling - registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret. Oplysningerne registreres i forbindelse med indlæggelser, ambulante besøg og besøg på skadestue.

Landspatientregisteret indeholder, for hver 'kontakt', blandt andet oplysninger om:

- Sygehus og afdeling
- Indlæggelses- og udskrivningsdato
- Evt. diagnoser
- Evt. operationer
- Bopælskommune

For indlæggelser går registeret tilbage til 1977. Skadestue- og ambulante kontakter er registreret siden 1995.

Der er for tiden ikke teknisk adgang for vagtlæger til Landspatientregisteret.

Personlige elektroniske medicinprofiler (PEM)

Reglerne om Personlige Elektroniske Medicinprofiler er særskilt reguleret i sundhedsloven¹².

Medicinprofilen er en samlet oversigt over hver enkelt borgers recepter og køb af medicin på recept. Medicinprofilen giver både borgeren, lægen og apoteket et samlet overblik over den receptordinerede medicin, borgeren er i behandling med.

Medicinprofilen indeholder:

- en komplet oversigt over alle borgers elektroniske recepter samt oplysninger om ekspederede papir-, fax-, og telefonrecepter, som borgeren har fået de seneste to år
- en oversigt over den medicin, som borgeren har købt på recept på apoteket de seneste to år
- detaljerede oplysninger om alle ordinationer og købt medicin
- oplysninger om patientens alment praktiserende læge
- oplysninger om, hvilken læge, der har ordineret lægemidler til borgeren

¹² Sundhedslovens § 157

- oplysninger om, hvilket apotek, der har ekspederet borgerens recepter
- oplysninger om borgerens medicintilskud
- en kontrol af om de ordinerede lægemidler påvirker hinanden (interaktionskontrol)
- oplysninger om lægemidler eller grupper af lægemidler, som borgeren ikke kan tåle (lægemiddelcave)
- en log, hvor borgeren kan se, hvem der har set oplysninger i borgerens medicinprofil, og hvilke oplysninger, der har været set på.

Side 6
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Både borgere, læger og apotekspersonale har adgang til Medicinprofilen via den offentlige sundhedsportal sundhed.dk samt Lægemiddelstyrelsens hjemmeside medicin-it.dk. Der kræves digital signatur, eller for læger og apotekspersonale et særligt medarbejdercertifikat til sundhedsfagligt, at få adgang.

Laboratoriesvar

Læger kan søge prøveresultater på tværs af alle laboratorier via sundhed.dk

Vagtlæger har med medarbejdercertifikat og eventuelt pas udstedt af den pågældende vagtlægeorganisation (CVR-enhed) adgang til laboratoriesvar via sundhed.dk

Adgang via et pas sikrer, at det vil fremgå af loggen, at den pågældende læges adgang sker som vagtlæge.

E-journal

E-journal har eksisteret siden 2004. E-journal er en national, elektronisk journal, hvor ansatte i sygehusvæsenet, lægerne i primærsektoren og patienterne selv, hvis de er over 15 år og har digital signatur, kan hente journaloplysninger.

E-journal er et udtræksformat for elektroniske oplysninger, der registreres om en patient i forbindelse med et sygehusophold. Ved hjælp af dette udtræksformat opsamles patientoplysninger fra sygehusenes EPJ- og/eller patientadministrative systemer, hvorfra de overføres til en central E-journal-database. E-journal indeholder således primært oplysninger, som anvendes af sundhedspersonalet i forbindelse med patientbehandlingen.

Teknisk består løsningen af en fælles database, hvori alle journaloplysningerne opsamles. Data overføres hver nat fra sygehusenes EPJ systemer /patientadministrative systemer (PAS) til E-journal-databasen. Overførelsen foregår via sundhedsdatanettet. E-journal-databasen drives i et professionelt driftsmiljø af CSC i Århus.

E-journal rummer data fra de fem regioner og er på vej til at være fuldt landsdækkende. I begyndelsen af december 2008 var der for ca. 3,8 mio. patienter registreret ca. 4,6 mio. patientjournaler med ca. 20 mio. forløb i E-journal.

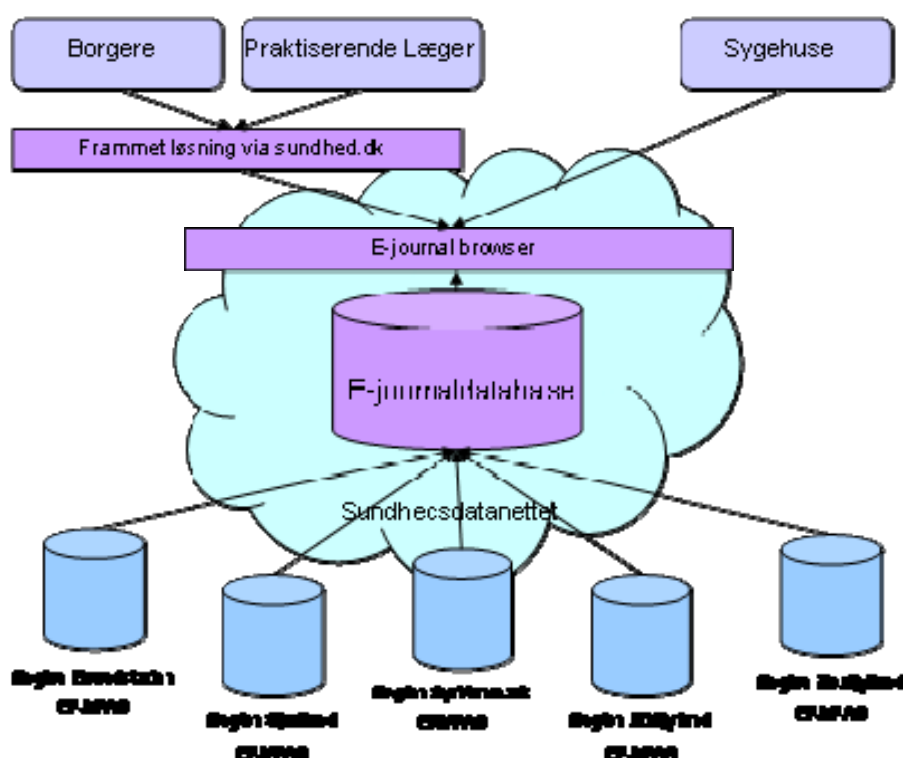
Side 7
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Overordnet er der tre målgrupper, som kan have en interesse i at tilgå E-journals oplysninger. Det drejer sig om praktiserende læger, sygehuse og borgere. Hertil er E-journal også af interesse for vagtlæger, speciallæger og kommuner.

Borgeradgangen til E-journal sker via sundhed.dk, hvor den enkelte borger med digital signatur kan få adgang til at foretage opslag i egen E-journal. Ca. 1 million danskere har en digital signatur.

Vagtlægers adgang til E-journal vil kunne etableres med et medarbejdercertifikat eventuelt suppleret med et pas udstedt af vagtlægeorganisationen (CVR-enheden).

Sammenfattende kan E-journalens samlede løsning beskrives som i figuren nedenfor.



Privatpraktiserende lægers adgang til E-journal skal ifølge en udtalelse fra Datatilsynet følges op af en række efterfølgende kontrolforanstaltninger. Kontrolforanstaltningerne består af fremsendelse af månedlige opgørelser til de deltagende regioners administratorer over alle sygehus- og sundhed.dk-brugere, der viser antal logins, antal afgivne samtykker på specifikke personnumre samt antal skift fra egen regionsserver til anden regionsserver.

Endvidere skal borgeren orienteres pr. sikker e-post eller brev, når en læge i e-journal har gjort sig bekendt med oplysninger om en person, der ikke er tilknyttet lægens ydernummer. Desuden skal der som minimum gennemføres kontrol af 1 % af alle ”normale” opslag og kontrol af 10 % af alle ”akut ekstraordinære” opslag.

Datatilsynet vil skulle tage stilling til vagtlægernes adgang til E-journal, herunder de mere præcise kontrolforanstaltninger, der i givet fald skal etableres.

Fælles medicinkort (FMK)

Fælles medicinkort er en løsning, der er under udvikling og som betyder, at alle borgere fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinering.

Det betyder, at alle ordinerende læger får adgang til at se og opdatere den aktuelle medicinering, så en korrekt medicinering kan finde sted.

Nærmere regulering med hensyn til oplysningerne i FMK og adgangen til medicinkortet vil ifølge det oplyste blive særskilt lovreguleret.

Nationalt patientindex (NPI)

Et nationalt patientindex (NPI) under udvikling vil trække på følgende datakilder:

- Landspatientregisteret
- E-journal
- Den Personlige Elektroniske Medicinprofil / Fælles Medicinkort
- Laboratoriesvar

Vagtlægers adgang til alment praktiserende lægers patientjournaler

De er ikke etableret en teknisk adgang for vagtlæger til alment praktiserende lægers patientjournaler.

Betingelserne for indhentning af oplysninger fra alment praktiserende lægers elektroniske patientjournaler er reguleret i sundhedslovens § 42a. Herudover gælder persondatalovens¹³ regler.

I den forbindelse skal særligt nævnes, at det følger af de persondataretlige regler¹⁴, at den dataansvarlige skal træffe de fornødne tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger mod, at bl.a. helbredsoplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes, forringes, kommer til uvedkommenhedens kendskab (ubeføjet udbredelse), misbruges eller i øvrigt behandles i strid med loven. Heri ligger, at alene sundhedspersoner, der har et sagligt behov

¹³ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger som behandles for den offentlige forvaltning (persondataloven) med senere ændringer

¹⁴ Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning med senere ændring og Vejledning nr. 37 af 2. april 2000 til bekendtgørelsen om sikkerhedsforanstaltninger

for at få adgang til EPJ-systemer, må autoriseres hertil, og at den enkelte sundhedsperson alene må autoriseres til anvendelser - og derfor få teknisk adgang til oplysninger - som vedkommende har behov for.

Side 9
18. december 2009
Sundhedsstyrelsen

Datatilsynet anbefaler som tidligere nævnt, at vejledningens regler for den offentlige forvaltning anvendes på private organisationer m.v.

Datatilsynet kan i forbindelse med anmeldelse/tilladelse/udtalelse opstille særlige vilkår, herunder f.eks. krav om efterfølgende kontrolforanstaltninger.

Sundhedsstyrelsen
18. december 2009

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Rapport

Dato
November, 2009

BRUGERTILFREDSHED I LÆGEVAGTSORDNINGEN

BRUGERTILFREDSHED I LÆGEVAGTSORDNINGEN

Revision	Endelig udgave
Dato	2009-10-12
Udarbejdet af	Rambøll Management Consulting
Beskrivelse	Rapport

INDHOLD

1.	Læsevejledning	1
2.	Undersøgelsens hovedresultater	2
3.	Undersøgelsens metode	5
3.1	Undersøgelsens datamateriale	5
3.1.1	Respondentgrundlag	5
3.1.2	Dataindsamling	5
3.1.3	Spørgeskema og svar	6
3.1.4	Svarprocenter og frafald	6
3.2	Forberedelse af data til analyse	8
3.2.1	Datarens	8
3.2.2	Efterstratificering	8
3.3	Analysen	9
3.3.1	Signifikansniveau	9
3.3.2	Håndtering af "Ved ikke"	9
3.3.3	Gennemsnitsberegninger	9
3.3.4	Indekskonstruktioner	9
4.	Demografiske forhold	11
4.1	Køn og alder	11
4.2	Hvem havde telefonisk kontakt med vagtlægen	12
4.3	Uddannelsesniveau	12
4.4	Husstandssammensætning	13
4.5	Vurdering af eget helbred	13
5.	Årsag til henvendelse	15
6.	Tilfredshed – telefonisk konsultation	18
6.1	Tilfredshed med aspekter ved den telefoniske kontakt	18
6.2	Resultatet af telefonsamtalen	20
6.3	Tryghed ved de råd som vagtlægen gav	20
6.4	Tilfredshed med samtalen alt i alt	21
7.	Tilfredshed – besøg i hjemmet	24
7.1	Tilfredshed med aspekter ved hjemmebesøget	24
7.2	Resultatet af besøget i hjemmet	26
7.3	Tryghed ved de råd som vagtlægen gav	26
7.4	Tilfredshed alt i alt med besøget i hjemmet	27
8.	Tilfredshed – vagtlægekonsultation	29
8.1	Transporttid	29
8.2	Tilfredshed med aspekter ved vagtlægekonsultationen	29
8.3	Resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen	32
8.4	Tryghed ved de råd som vagtlægen gav	32
8.5	Tilfredshed med besøget i vagtlægekonsultationen alt i alt	33
9.	Efterforløb	35
9.1	Oplevelsen af at have fået hjælp til problemet	35
9.2	Oplevelsen af at have gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen	35
9.3	Formel klage	36
10.	Tilfredshed – overordnet	37
10.1	Tilfredshed med kontakten	37
10.2	Tilfredshed med den danske lægevagtsordning	39

BILAG

Bilag 1 – Spørgeskema

1. LÆSEVEJLEDNING

I dette afsnit præsenteres en generel læsevejledning kort. Afsnittet har til formål at tydeliggøre brugen af begreber og præsentationen af tal i rapporten.

Rapporten fokuserer helt overordnet på brugertilfredsheden med lægevagtsordningen og forskellige aspekter af denne. Analyserne i rapporten er derfor koncentreret omkring faktorer, som spiller en signifikant rolle for graden af tilfredshed for brugerne af lægevagtsordningen. Eventuelle signifikante sammenhænge imellem bagvedliggende faktorer, som ikke har indflydelse på tilfredsheden, vil ikke præsenteres i rapporten.

Når der omtales sammenhænge imellem en given faktor og graden af tilfredshed er sammenhængen signifikant på et 95 % niveau.

Flere steder i rapporten præsenteres der gennemsnitsberegninger. De er alle foretaget på baggrund af faktorer, hvor udfaldet af variablen går fra 1 til 5. Det kunne eksempelvis være graden af tryghed. 1 repræsenterer den mindst positive værdi (ex. "Meget utryg"), mens 5 repræsenterer den mest positive værdi (ex. "Meget tryg"). For alle gennemsnit gør sig gældende, at jo højere værdi, desto mere positivt er det.

Igennem rapporten fokuseres der, ud over den overordnede tilfredshed med den danske lægevagtsordning, på graden af tilfredshed med tre ydelsestyper indenfor lægevagtsordningen. Ydelsestyperne er afsluttet telefonisk konsultation, besøg i hjemmet af vagtlæge samt besøg i vagtlægekonsultationen. Førstnævnte vil i løbet af rapporten udelukkende blive omtalt som telefonisk konsultation.

2. UNDERSØGELSENS HOVEDRESULTATER

Som et led i evalueringen af den danske lægevagtsordning har Rambøll gennemført 5.033 interviews fordelt på de fem regioner. Undersøgelsens samlede rensede svarprocent ligger på 60,4 %, hvilket overordnet set er tilfredsstillende. Der er imidlertid relativt stor spredning i svarprocenten på tværs af aldersgrupper. For brugere i alderen 0 til 14 år, hvor forældrene er blevet bedt om at svare, ligger svarprocenten på 67,3 % mens den for gruppen af brugere i alderen 18 til 25 år ligger på 44,7 %. Data er efterfølgende blevet efterstratificeret på køn, alder og region for derigennem, at opnå en repræsentativ fordeling på de tre parametre.

Formålet med denne undersøgelse har været at evaluere tilfredsheden blandt brugerne af den danske lægevagtsordning. Undersøgelsen er gennemført blandt brugere, som havde kontakt til vagtlægen i uge 37, 2009. Ydermere har undersøgelsen koncentreret sig om brugere, som enten har haft en telefonisk konsultation, besøg i hjemmet af vagtlægen eller besøg i vagtlægekonsultationen.

Brugerne har blandt andet svaret på spørgsmål vedrørende tilfredsheden med den kontakt som de har haft med vagtlægen i forbindelse med den konkrete ydelsestype. Derudover er brugerne blevet bedt om at angive årsagerne til henvendelsen til vagtlægen og hvad resultatet af deres kontakt med vagtlægen blev.

Slutteligt er brugerne blevet bedt om at angive deres overordnede tilfredshed med lægevagtsordningen. Der skelnes i undersøgelsen imellem to overordnede former for tilfredshed. Den første går på i hvilken udstrækning brugeren var tilfreds med den kontakt, som vedkommende havde med vagtlægen i uge 37, 2009. Den anden type af tilfredshed omhandler brugerens generelle tilfredshed med den danske lægevagtsordning og dermed ikke kun kontakten, som dannede grundlag for besvarelsen.

Blandt brugerne af lægevagtsordningen i uge 37, 2009 er der en overvægt af kvindelige brugere, idet 56,2 % af brugerne i denne uge var kvinder. I befolkningen som helhed udgør kvinder 50,4 % af befolkningen.¹ Den aldersmæssige fordeling blandt brugerne udviser en skævhed i forhold til, at brugere i alderen 0 til 14 år udgør 30,8 %, selvom gruppen i befolkningen som helhed kun udgør 18,3 %. Der er ydermere en svag overrepræsentation af brugere i alderen 15 til 35 år. Brugere på 36 år eller opefter er alle underrepræsenterede.

For knapt halvdelen af de kontakter, som blev foretaget til vagtlægen i uge 37, var det ikke brugeren selv, som havde kontakten. Langt størstedelen af denne gruppe udgøres af forældre, som har kontakten vagtlægen på vegne af deres barn. Over halvdelen af kontakterne til vagtlægen kommer fra husstande bestående af samlevende med hjemmeboende børn.

Den hyppigste årsag til, at der blev rettet henvendelse til vagtlægen i uge 37 var smerter, hvilket blandt andet dækker over øre- og mavesmerter. En fjerdedel af henvendelserne skyldes feber. Blandt kontakterne havde godt hver 7. henvendt sig til vagtlægen med samme problem inden for de sidste tre måneder.

Ydermere er brugerne blevet spurgt om, hvad de forventede inden de foretog opkaldet til vagtlægen. For knapt 3 ud af 4 brugere blev deres forventning indfriet, idet de eksempelvis forventede at få en tid i vagtlægekonsultationen, hvilket også blev resultatet af den indledende telefoniske kontakt med vagtlægen. Hver 8. bruger oplevede at deres forventning ikke blev indfriet.

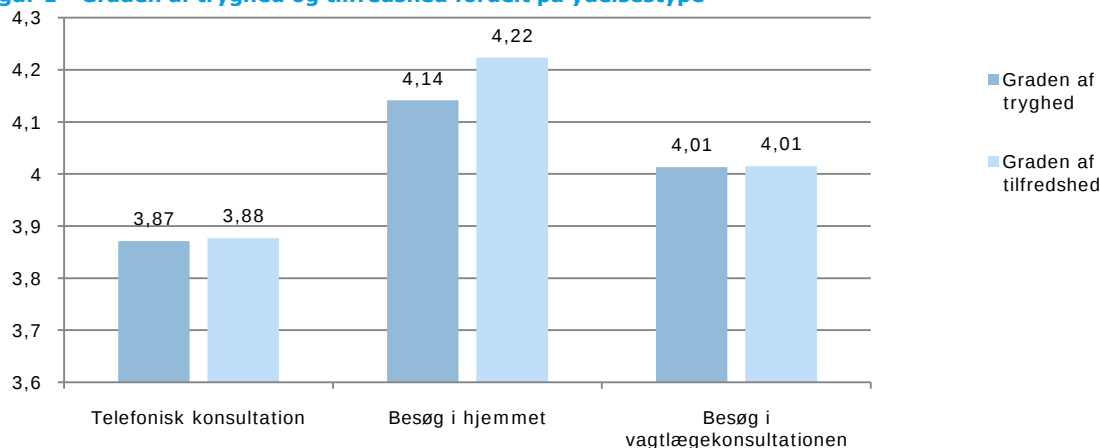
Brugerne har vurderet de tre ydelsestyper på en række parametre. Derudover har de angivet den overordnede tilfredshed med ydelsestypen samt den grad af trykthed som de råd eller den behandling som kontakten til vagtlægen resulterede i.

Figur 1 viser gennemsnitsscoren for graden af trykthed ved de råd eller den behandling, som brugeren modtog af vagtlægen, samt tilfredsheden med den konkrete ydelsestype. Et gennemgåen-

¹ Danmarks Statistik, FOLK1

de resultat i forbindelse med undersøgelsen er at brugerne fordeler sig forskelligt på sammenlignelige spørgsmål på tværs af ydelsestype. De brugere, som fik et besøg af vagtlægen i hjemmet, opnår et højere gennemsnit på de to spørgsmål, hvilket er ensbetydende med at de både er mere trygge og tilfredse. Mindst tryghed og tilfredshed er der at se ved de brugere, hvor kontakten til vagtlægen resulterede i en telefonisk konsultation.

Figur 1 - Graden af tryghed og tilfredshed fordelt på ydelsestype



Ydermere har brugerne vurderet den kontakt de havde til vagtlægen med udgangspunkt i en række udsagn om forløbet af kontakten. De er blandt andet blevet spurgt til, hvorvidt de oplevede at vagtlægen virkede til at have for travlt og i hvilken udstrækning de var tilfredse med den måde, hvorpå vagtlægen talte til dem på. Der er nogle fællestræk for brugernes vurdering på tværs af de tre ydelsestyper.

Hvorvidt brugerne oplevede ventetiden som acceptabel inden de fik kontakt til vagtlægen scorer generelt lavt for alle tre ydelsestyper, dog ikke i samme udstrækning for brugerne med telefonisk konsultation. Derudover er gennemsnittet for, i hvilken udstrækning brugeren fik følelsen af at vagtlægen havde for travlt, det udsagn som overordnet set er lavest. Måden hvorpå vagtlægen talte til brugeren på opnår på tværs af ydelsestyperne et højt gennemsnit.

Den overordnede tilfredshed med kontakten til vagtlægen opnår en gennemsnitsscore på 4,0, hvilket er ensbetydende med, at brugerne gennemsnitligt set er tilfredse. Helt nøjagtigt angiver 77,9 % af de adspurgte brugere, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med deres kontakt til vagtlægen. 11,5 % af brugerne er enten utilfredse eller meget utilfredse. Den faktor som har den største betydning for graden af tilfredshed med kontakten til vagtlægen er, ikke overraskende, den grad af tilfredshed, som brugerne angiver i forhold til den ydelsestype, som deres henvendelse resulterede i – ex. tilfredsheden alt i alt med besøget i vagtlægekonsultationen.

Tilfredsheden brugerne angiver i forbindelse med den konkrete ydelsestype, som de havde modtaget (ex. besøg i hjemmet af en vagtlæge) er hver især afhængig af en række faktorer. Fælles for tilfredsheden med alle tre ydelsestyper er imidlertid, at den tryghed som brugerne oplever i forlængelse af kontakten til vagtlægen, er den vigtigste faktor for graden af tilfredshed. I jo højere grad brugerne er trygge ved de råd eller den behandling, som kontakten resulterede i, desto større grad af tilfredshed angiver de. Generelt er graden af tryghed lavest for de brugere, hvor resultatet af kontakten til vagtlægen resulterer i enten en henvisning til egen læge eller rådet om at se tiden an.

Dernæst spiller vurderingen af konkrete aspekter ved kontakten med vagtlægen en stor rolle for tilfredsheden med ydelsestypen – brugernes vurdering af eksempelvis vagtlægens måde at tiltale vedkommende på og i hvilken grad brugeren fik følelsen af, at vedkommende spildte vagtlægens tid.

Den overordnede tilfredshed med kontakten til vagtlægen er dermed, igennem tilfredsheden med ydelsestypen, i vid udstrækning bestemt af graden af tryghed ved de råd eller den behandling som brugere modtog samt tilfredsheden med konkrete aspekter ved kontakten til vagtlægen.

Gennemsnitsscoren for den overordnede tilfredshed med den danske lægevagtsordning ligger på 3,77 og er dermed lavere end den er for den kontakt til vagtlægen, som brugeren havde i uge 37 2009. 71,1 % af brugerne angiver at de enten er tilfredse eller meget tilfredse. Andelen som angiver at de enten er utilfredse eller meget utilfredse ligger på samme niveau, som brugernes vurdering af deres kontakt.

Undersøgelsen viser samtidigt at der for både for graden af tilfredshed med kontakten til vagtlægen og tilfredsheden med den danske lægevagtsordning generelt ikke er nogen signifikant forskel imellem de fem regioner. Brugere er med andre lige tilfredse i eksempelvis Sjælland og Syddanmark.

3. UNDERSØGELSENS METODE

I dette afsnit præsenteres den metode, som lægger til grund for dataindsamlingen og analyserne, som præsenteres i afsnit 4.

3.1 Undersøgelsens datamateriale

Målgruppen i forbindelse med undersøgelsen af kvaliteten i lægevagtsordningen i Danmark består af personer, som har haft kontakt til lægevagtsordningen i uge 37 (7. september til 13. september) i 2009. Svarpersonerne har været de personer, som har haft kontakten til lægevagtsordningen og dermed ikke nødvendigvis de personer, som henvendelsen omhandlede. Eksempelvis er forældre til børn i alderen 0 til 14 år blevet bedt om at udfylde skemaet.

3.1.1 Respondentgrundlag

Undersøgelsens respondentgrundlag baserer sig på to udtræk, som er leveret af Sundhedsstyrelsen til Rambøll. Udtrækket er baseret på data fra sygesikringsregisteret, hvori alle kontakter til lægevagten registreres. Første udtræk bestod af 8.303 kontakter til lægevagten, mens andet udtræk bestod af 1.547 kontakter. Det andet udtræk blev leveret, da første udtræk ikke indeholdt nok kontakter til at gennemføre 5.000 interviews med den forventede svarprocent på 60.

Første udtræk er efterfølgende blevet rensat, så kun de gyldige kontakter indgår i den endelige bruttostikprøve – se nedenstående tabel for yderligere oplysninger. I alt blev 299 kontakter slettet, hvorfor den endelige bruttostikprøve på baggrund af det første udtræk indeholder 8.004 kontakter.

Tabel 1 – Specifikation af udtræk

	Første udtræk	Andet udtræk
Urenset	8.303	1.547
Ugyldigt ydelsesnummer	33	0
Ugyldig dato for henvendelse	108	20
Ukendt adresse	19	2
Dubletter (mere end én registrering pr. cpr-nr.)	19	0
Dubletter på husstand	95	4
Respondenter fra pilot	25	0
Total	8.004	1.521

Det andet udtræk indeholdt et større antal kontakter end nødvendigt, og der blev derfor udtrukket 500 kontakter simpelt tilfældigt fra totalen på 1.521 (se ovenstående tabel).

Den endelige bruttostikprøve bliver som følge af ovenstående 8.504 kontakter til lægevagtsordningen i uge 37, 2009.

3.1.2 Dataindsamling

Dataindsamlingen er gennemført i perioden 23. september til 30. oktober 2009, som en kombination af papirspørgeskema, telefoniske interview og selvudfyldelse via internettet.

Den valgte metode er efter Rambølls mening en nødvendighed, hvis der skal opnås tilfredsstillende svarprocenter, da kombinationen udnytter forskellige befolkningsgruppers foretrukne måde at deltage i undersøgelser på.

- 23. september 2009
 - Udsendelse af varslingsbrev med link til selvudfyldelse på internettet til 6.931 personer i alderen 0 til 64 år.
- 24. september 2009
 - Udsendelse af varslingsbrev samt papirspørgeskema til 1.073 personer på 65 år eller derover.
- 30. september 2009

- Den telefoniske opfølgning til de respondenter fra første udtræk, som endnu ikke har besvaret undersøgelsen, igangsættes. Selve dataindsamlingen foregår primært i aften- timerne, men en mindre andel af den samlede indsats foregår i dagtimerne, hvor der ringes til personer med børn, som er under 7 måneder gamle samt personer, som er 65 år eller derover.
- Respondenterne tilbydes i udgangspunktet at få tilsendt en e-mail med link til undersøgelsen for at lette respondentens adgang til undersøgelsen. Hvis respondenter af forskellige årsager ikke ønsker dette (ex. manglende adgang til e-mail) tilbydes interviewet gennemført telefonisk.
- 2. oktober 2009
 - Udsendelse af varslingsbrev med til link til selvudfyldelse på internettet til 420 personer i alderen 0 til 64 år.
 - Udsendelse af varslingsbrev samt papirspørgeskema til 80 personer på 65 år eller derover.
- 12. oktober 2009
 - Den telefoniske opfølgning til respondenter fra andet udtræk påbegyndes.
- Løbende i dataindsamlingen
 - Der udsendes rullende påmindelser til de personer, som har fået tilsendt et link til deres e-mail adresse.
- 2. november 2009
 - Dataindsamlingen afsluttes og adgang til skemaet lukkes.

3.1.3 Spørgeskema og svar

Spørgeskemaet som er blevet benyttet i forbindelse med undersøgelsen er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med sparring fra Rambøll. Efter at den første endelige version af spørgeskemaet forelå, blev der foretaget en telefonisk validering (pilottest) af spørgeskemaet, som havde til formål at sikre, at spørgsmålene i skemaet ville fungere i en interviewsituation – både telefonisk og via selvudfyldelse. Spørgeskemaet er endvidere valideret af lægefaglige såvel som metodeeksperter med viden indenfor vagtlægeordningen.

Pilottesten bestod af 10 interview med personer fra Region Midtjylland, som havde haft kontakt til vagtlægen i uge 37, 2009. På baggrund af pilottestens resultater blev der foretaget yderligere justeringer af spørgeskemaet, inden det blev sendt ud til de deltagende personer.

Rambøll har valgt udelukkende at inddrage de personer, som har gennemført undersøgelsen (komplette besvarelser). Dette betyder, at respondenter, som har påbegyndt deres besvarelse men ikke har fuldført den, er blevet slettet fra det endelige data, hvilket drejer sig om 26 besvarelser – se afsnit 3.1.4 for yderligere information.

Der har generelt været en stor villighed i at deltage i undersøgelsen blandt de personer, som Rambøll har været i kontakt med. En del af den store interesse, skal med al sandsynlighed findes i den opmærksomhed som, der blandt andet i medierne har været rettet mod lægevagtsordningen.

3.1.4 Svarprocenter og frafald

Følgende giver et overblik i årsagerne til frafald i undersøgelsen og derved den realiserede svarprocent. I Tabel 2 præsenteres den endelige opgørelse over frafaldet i undersøgelsen fordelt på region.

Tabel 2 – Svarprocenter og frafald fordelt på region

	Nordjyl- land	Midtjyl- land	Syddan- mark	Hoved- staden	Sjælland	Total
Bruttostikprøve	1.690	1.753	1.713	1.703	1.645	8.504
Har ikke haft kontakt til vagtlægen i uge 37	31	28	30	26	38	153
Respondenten er død	3	2	3	4	3	15
Dublet	1	3	1	0	3	8
Gyldig bruttostikprøve	1.655	1.720	1.679	1.673	1.601	8.328
Kan ikke træffes indenfor dataindsamlingsperioden	5	5	12	9	7	38
Ikke i stand til at deltage	13	19	11	18	9	70
Sprogproblemer	0	7	4	15	5	31
Personen som havde kontakt kan ikke træffes	8	18	20	15	12	73
Ingen kontakt	130	140	138	45	83	536
Ufuldstændige kontaktoplysninger	232	211	233	356	276	1.308
Nægter at deltage	98	98	95	104	101	496
Afsendt e-mail, men ingen besvarelse	141	164	157	151	104	717
Ufuldstændig besvarelse	5	7	6	3	5	26
Gennemført besvarelse	1.023	1.051	1.003	957	999	5.033
Renset svarprocent	61,8	61,1	59,7	57,2	62,4	60,4

Som det fremgår af ovenstående, er der tre grupper, som udgår af bruttostikprøven ved opgørelse af den endelige svarprocent. For det første fratrækkes de respondenter, som i vores kontakt med dem angiver, at de ikke har haft kontakt til lægevagtsordningen i uge 37 2009. Dernæst er en del af respondenterne døde, og slutteligt har der i alt været 8 dubletter.

Der er i alt 1.166 personer, som det ikke har været muligt at finde gyldige telefonnumre på.² Den næstestørste frafaldsårsag er manglende besvarelse, efter at vi har sendt respondenterne en e-mail med invitation til skemaet. Gruppen "Ingen kontakt" indeholder de personer, hvor vi har haft kontaktoplysninger, men som det aldrig er lykkedes at komme i kontakt med.³

Undersøgelsens endelige svarprocent ender dermed på 60,4, hvilket må siges at være tilfredsstillende. Der er imidlertid relativt store forskelle imellem regionerne. Hovedstaden har den laveste svarprocent af de fem regioner. Den primære årsag til dette er, at andelen af personer, hvor det ikke har været muligt at opbygge fuldstændige kontaktoplysninger, er relativt stor set i forhold til de fire øvrige regioner.

I Tabel 3 fremgår svarprocenter og frafald fordelt på brugernes alder. Det fremgår at der er stor forskel imellem aldersgrupperne på den opnåede svarprocent. Gruppen med den laveste svarprocent er brugere i alderen 18 til 25 år, hvorimod gruppen 0 til 14 år har opnået den højeste svarprocent. Forskellen bunder i nogen udstrækning i, at de to grupper har samme ønske om at deltage.

Den største udfordring er imidlertid i hvilken udstrækning det er muligt at komme i kontakt. Som det fremgår, er brugerne i alderen 18 til 25 år den gruppe, som har den forholdsvis største andel, hvor det ikke har været muligt at fremskaffe gyldige kontaktoplysninger – 25,7 % er det ikke muligt at finde telefonnummroplysninger på.

² Telefonnummersøgningen foregår i første trin automatisk på baggrund af en database indeholdende alle fastnet- og mobilnumre i Danmark. Hvis der i denne proces ikke kan kobles et telefonnummer til husstanden eller at nummeret som er blevet fundet, viser sig at være ugyldigt, sker der en manuel søgning af telefonnummer, hvilket sker via online telefonsøgningsdatabaser – ex. www.krak.dk og www.dgs.dk. En af de store udfordringer er, at taletidskort ikke er registreres systematisk, hvorfor personer som anvender dette, ikke kan søges – hverken automatisk eller manuelt.

³ Det gennemsnitlige antal opkald for denne gruppe ligger på 6,2.

Tabel 3 – Svarprocenter og frafald fordelt på alder

	0-14 år	15-17 år	18-25 år	26-35 år	36-45 år	46-55 år	56-64 år	65+ år	Total
Bruttostikprøve	2.852	333	845	955	983	798	585	1.153	8.504
Har ikke haft kontakt til vagtlægen i uge 37	25	5	11	21	20	18	14	39	153
Respondenten er død	0	0	1	0	0	2	0	12	15
Dublet	5	0	1	1	0	0	0	1	8
Gyldig bruttostikprøve	2.822	328	832	933	963	778	571	1.101	8.328
Kan ikke træffes indenfor dataindsamlingsperioden	8	5	8	3	3	4	2	5	38
Ikke i stand til at deltage	0	0	1	3	4	5	4	53	70
Sprogproblemer	10	0	5	3	3	4	3	3	31
Personen som havde kontakt kan ikke træffes	4	8	3	2	2	5	3	46	73
Ingen kontakt	141	16	76	84	60	56	42	61	536
Ufuldstændige kontaktoplysninger	375	47	214	185	142	111	59	175	1.308
Nægter at deltage	95	22	41	39	58	60	54	127	496
Afsendt e-mail, men ingen besvarelse	285	44	112	97	91	55	27	6	717
Ufuldstændig besvarelse	4	1	0	3	2	4	2	10	26
Gennemført besvarelse	1.900	185	372	514	598	474	375	615	5.033
Renset svarprocent	67,3	56,4	44,7	55,1	62,1	60,9	65,7	55,9	60,4

3.2 Forberedelse af data til analyse

Efter endt dataindsamling er data klargjort til analyse. Dette er dels sket igennem kontrol og rens af data i de tilfælde, hvor dette har været nødvendigt samt efterstratificering.

3.2.1 Datarens

Kontrol af data foregår ved for det første at kontrollere, om aktiveringer og betingelser i den tekniske opsætning af spørgeskemaet har fungeret efter hensigten. Der kan forekomme tilfælde, hvor respondenten først svarer ét og derefter går tilbage og ændrer sin besvarelse, hvilket påvirker hvilke spørgsmål, respondenten skal stilles. Det efterlader spor i data, som efterfølgende er rensat ud. Dette udgør imidlertid ikke et problem, idet det altid er muligt at se, hvad respondents sidste angivelse har været på det spørgsmål, som styrer de senere spørgsmål.

Udover denne tekniske kontrol af data, er spørgsmål, hvor det har været muligt for respondenten at angive en åben besvarelse, gennemgået for angivelser, som i forvejen er dækket af spørgsmålets lukkede kategorier. Dette gør sig blandt andet gældende for det indledende spørgsmål vedrørende, hvem der besvarer skemaet, samt spørgsmål 4, som afdækker de konkrete symptomer, som har været årsagen til henvendelse til lægevagten. Eksempelvis uddybende bemærkninger til allerede eksisterende svarkategorier så som temperaturangivelse ved feber.

Slutteligt er data gennemgået for besvarelser, hvor kombinationen af svar ikke er gyldig. Dette gør sig udelukkende gældende for spørgsmålene vedrørende antallet af personer i husstanden og det tilhørende spørgsmål vedrørende antallet af børn i husstanden. Enkelte har misforstået spørgsmålet og eksempelvis angivet 1 person i husstanden, hvoraf 3 er børn under 18 år.

3.2.2 Efterstratificering

For at korrigere for eventuelle skævheder i datamaterialet er der i forlængelse af dataindsamlings afslutning foretaget en matriceopvejning af data. Denne proces skal sikre, at data afspejler de fordelinger, som findes i populationen på en række baggrundsvariable. Til dette formål har Rambøll modtaget en populationsopgørelse på de kontakter som havde fundet sted til lægevagtsordningen i uge 37, 2009. Populationsopgørelsen er opgjort på køn, alder og region.

I undersøgelsesdesignet er det bevidst valgt at gennemføre ca. 1.000 interviews i hver af de fem regioner for derved at kunne afreportere meningsfuldt indenfor hver af de fem regioner. Dette bevirker imidlertid, at der i forbindelse med de nationale resultater skal foretages en justering af data, så dette afspejler fordelingen i populationen. Dette er som skrevet gjort ved hjælp af en

matriceopvejning. Ud over denne vægt, er der beregnet en vægt, så den rette fordeling på køn og alder stemmer overens med fordelingerne indenfor hver af de fem regioner.

3.3 Analysen

I forbindelse med analysen er der foretaget en række justeringer af de enkelte spørgsmål. Derudover fremkommer der bestemt typer af beregninger i løbet af analysen, som vil blive forklaret i nedenstående.

3.3.1 Signifikansniveau

I selve analysearbejdet arbejdes der med 95 % signifikansniveauer ($P < 0,05$). Dette vil sige, at de sammenhænge som angives som værende signifikante alle som minimum er signifikante på et 95 % niveau.

3.3.2 Håndtering af "Ved ikke"

Ved en lang række spørgsmål har det været muligt for respondenterne at angive "Ved ikke". I forbindelse med analysen er denne svarkategori udeladt for at give mulighed for gennemsnitsberegninger. Dette gælder primært i forbindelse med de spørgsmål, hvor der spørges til enighed eller tilfredshed. Dette betyder, at der i forbindelse med afrapporteringen af disse spørgsmål, både i forhold til gennemsnit og de procentuelle fordelinger, ikke vil fremgå hvor mange af respondenterne, der har svaret "Ved ikke".

3.3.3 Gennemsnitsberegninger

Der er i analysen blevet beregnet gennemsnitsscorer for en lang række af spørgsmålene. Det gælder for samtlige spørgsmål at de er stillet med udgangspunkt i en 5-punktsskala, hvorfor udfaldsrummet for gennemsnittet ligger på 1 til og med 5. 5 angiver den mest positive vurdering (meget tilfreds, i meget høj grad eller lignende), mens 1 angiver den mindst positive vurdering (meget uenig, slet ikke eller lignende). Dette betyder, at jo højere gennemsnittet er, desto bedre er vurderingen af udsagnet, eller tilfredsheden.

3.3.4 Indeks konstruktioner

Der er for spørgsmålene 7, 12 og 17 foretaget indeks konstruktioner. Dette er sket på baggrund af både faktoranalyse samt reliabilitetstest. For samtlige tre spørgsmålsbatterier viste det sig, at det ved spørgsmålene vedrørende ventetiden ikke gav statistisk mening at inddrage i et tilfredshedsindeks. Dette giver samtidigt god teoretisk mening, da netop ventetiden tidligt ligger adskilt fra den egentlige kontakt til vagtlægen. Derudover skal det gøres opmærksom på, at de af temaerne vendte modsat – hvilket vil sige at enighed i forbindelse med udsagnet må betragtes som værende en negativ holdning til spørgsmålet. Dette gør sig eksempelvis gældende for udsagnet: "Vagtlægen, der tog telefonen, virkede til at have travlt". Skalaerne for disse udsagn er blevet vendt, således at jo en høj score på udsagnet (ex. meget uenig) betragtes som værende positivt. Dette har betydning for både indeksene samt gennemsnitsberegningerne.

I de tre tabeller nedenstående vises Cronbach's alpha scorerne for de tre konstruerede indeks. Cronbach's alpha er et mål for indekset interne overensstemmelse – i hvor høj grad er de enkelte temaer som er inddraget i indekset et udtryk for én samlet bagvedliggende faktor. I denne sammenhæng er den bagvedliggende faktor, som indeksene formodes at være et udtryk for, den tilfredshed som brugerne af lægevagtsordningen oplever i forbindelse med kontakten til vagtlægen. Værdien for Cronbach's alpha spænder fra 0 til 1 og jo tættere på værdien 1, desto større grad af intern overensstemmelse.⁴

Tabel 4 – Indeks for tilfredshed med den telefoniske kontakt med lægevagtsordningen (spørgsmål 7)

	Cronbach's alpha, hvis temaet slettes
Ventetiden fra jeg ringede op til jeg kom igennem til en vagtlæge var acceptabel	0,857

⁴ Udover Cronbach's alpha er der foretaget en faktoranalyse af alle tre indeks, som viser, at de udeladte temaer alle korrelerer lavere med den bagvedliggende faktor end de andre temaer.

Vagtlægen, der tog telefonen, forstod mit problem	0,750
Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på i telefonen	0,739
Vagtlægen, der tog telefonen, virkede til at have for travlt	0,772
Vagtlægen, der tog telefonen, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	0,743

Som det fremgår af ovenstående vil Cronbach's alpha for indekset for tilfredsheden med den telefoniske kontakt med lægevagtsordningen stige, såfremt brugerens vurdering udelades fra indekset. Indekset endelige Cronbach's alpha score bliver dermed 0,857.

Tabel 5 – Indeks for tilfredshed med besøg af vagtlægen i hjemmet (spørgsmål 12)

	Cronbach's alpha, hvis temaet slettes
Ventetiden fra jeg ringede indtil vagtlægen kom hjem til mig var acceptabel	0,870
Vagtlægen, der kom hjem til mig, var grundig i sin undersøgelse af mig	0,739
Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på ved hjemmebesøget	0,761
Vagtlægen, der kom hjem til mig, virkede til at have for travlt	0,758
Vagtlægen, der kom hjem til mig, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	0,759

Igen bliver det klart, at indeksets styrke øges, såfremt vurderingen af ventetiden udelades. Dermed ender indeksets Cronbach's Alpha score på 0,870.

Tabel 6 – Indeks for tilfredshed med besøg i lægevagtkonsultationen (spørgsmål 17)

	Cronbach's alpha, hvis temaet slettes
Det var i orden, at jeg blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for, at vagtlægen kom hjem til mig	0,814
Ventetiden i vagtlægekonsultationen var acceptabel	0,826
Lægen i vagtlægekonsultationen var grundig i sin undersøgelse af mig	0,739
Jeg var tilfreds med den måde, lægen talte til mig på i vagtlægekonsultationen	0,742
Lægen i vagtlægekonsultationen virkede til at have for travlt	0,747
Lægen i vagtlægekonsultationen fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	0,744

Det sidste indeks er lidt specielt, idet der indgår et ekstra tema i forbindelse med de spørgsmål, som stilles til brugere af vagtlægekonsultationen. Det viser sig, at dette ekstra tema også bør udelades fra indekset, da det øger indeksets styrke. Indeksets endelige Cronbach alpha score ender dermed på 0,865.

4. DEMOGRAFISKE FORHOLD

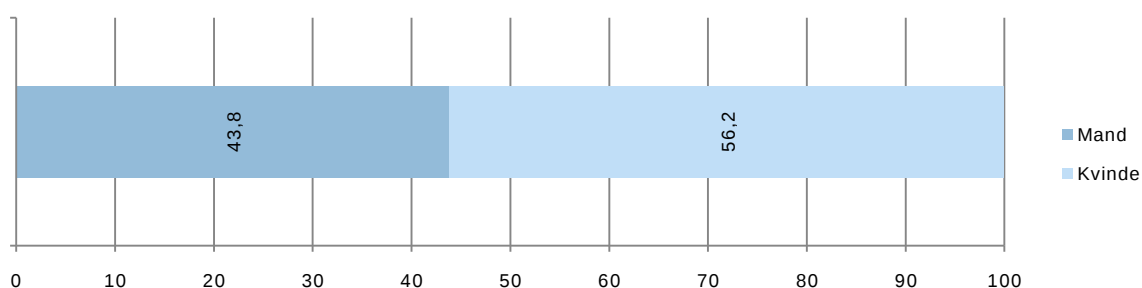
I den første del af spørgeskemaet er brugerne blevet bedt om at besvare en række baggrundsspørgsmål. Fordelingerne på disse spørgsmål vil kort blive præsenteret i dette afsnit.

4.1 Køn og alder

Oplysningerne om både køn og alder er hentet fra de oplysninger, som blev leveret som en del af stikprøven til undersøgelsen. Det betyder, at køn og alder udelukkende fører tilbage til den person, som henvendelsen drejede sig om, og dermed ikke nødvendigvis den person som havde kontakten til vagtlægen (se Figur 4).

Der var en klar overvægt af henvendelser, hvor personen som havde brug for vagtlægens hjælp, var kvinde. 56,2 % af henvendelserne drejede sig om kvinder, mens 43,8 % drejede sig om mænd.

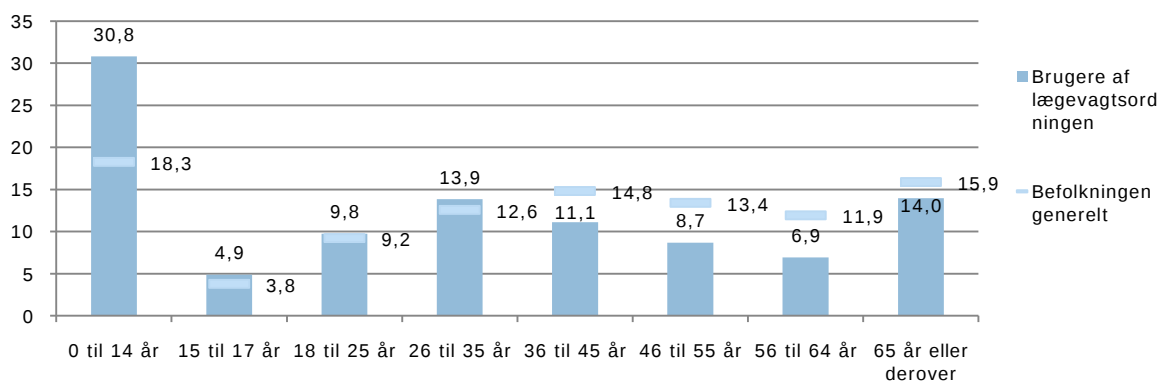
Figur 2 - Fordeling på køn



For oplysningerne om alder gælder det ligeledes, at alderen er hentet fra stikprøveudtrækket og alderen er derfor på den person, som henvendelsen til vagtlægen omhandlede. Næsten en tredjedel af henvendelserne til vagtlægeordningen i uge 37 omhandlede børn i alderen 0 til 14 år (30,8 %). 20,9 % af de samlede henvendelser omhandler børn i alderen 0-4 år. Personerne i alderskategorierne 26 til 35 år og 65 år eller derover er de to grupper, der fylder næste lige meget i antallet af henvendelser, med henholdsvis 13,9 % og 14 %. Særligt for førstnævnte er der en overrepræsentation af kvinder i forhold til det samlede billede – 62,8 %.

Ser man i forhold til befolkningen som helhed er det tydeligt, at børn i alderen 0 til 14 år er overrepræsenteret blandt brugerne af vagtlægeordningen. Hvor de blandt brugerne udgør 30,8 % udgør denne gruppe 18,3 % af befolkningen. Personerne i alderen 36 år og opefter er alle underrepræsenterede blandt brugerne set i forhold til deres andel af befolkningen.

Figur 3 - Fordeling på alder

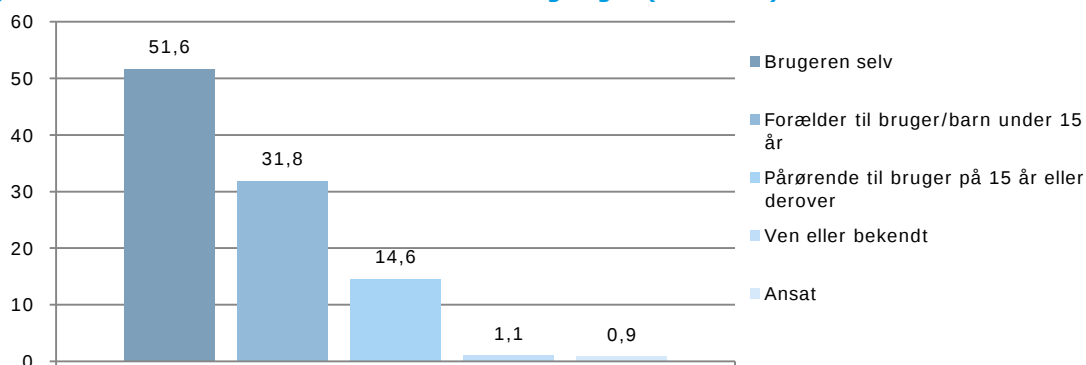


4.2 Hvem havde telefonisk kontakt med vagtlægen

Det første spørgsmål i spørgeskemaet omhandlede, hvem der havde kontakten til vagtlægen – brugeren selv eller en person som ringede på vegne af brugeren. I godt halvdelen af kontakterne til vagtlægen i uge 37 var det brugeren selv, som havde kontakten (51,6 % - se Figur 4). En stor del af de henvendelser, hvor det ikke var brugeren selv der havde kontakten, er kontakter som omhandler børn i alderen 0 til 14 år.

Det er i høj grad personer med en nær relation til brugeren, som har kontakten til vagtlægen (98 %)

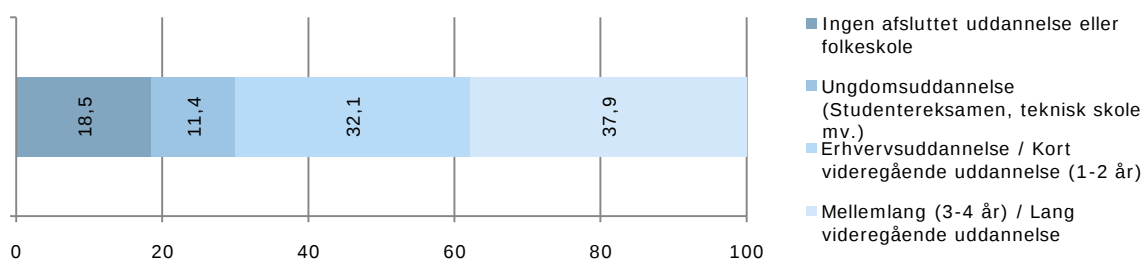
Figur 4 - Hvem havde den telefoniske kontakt til vagtlægen (N = 4.995)



4.3 Uddannelsesniveau

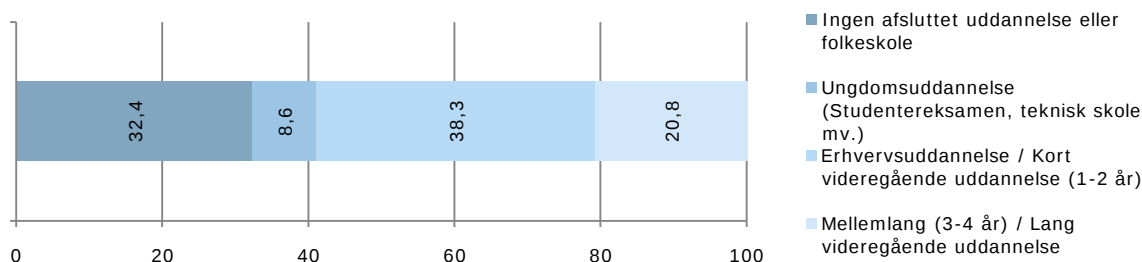
Sammensætningen i den endelige stikprøve i forhold til uddannelsesniveau er afbilledet i Figur 5. Spørgsmålet er besvaret af den person, som har haft kontakten til vagtlægen og dermed ikke nødvendigvis personen, som kontakten til vagtlægen drejede sig om. Den største gruppe udgøres af de personer, som har afsluttet enten en mellemlang- eller lang videregående uddannelse (37,9 %). Næststørste gruppe er personer med en erhvervs- eller kort videregående uddannelse (32,1 %).

Figur 5 - Hvad er din sidst afsluttede uddannelse (N = 4.819)



Ovenstående fordeling vil med al sandsynlighed være skæv i forhold til populationen, selvom det ikke kan kontrolleres, da der ikke findes populationsdata for uddannelsesniveauet blandt de personer, som kontakter vagtlægen. Det synes imidlertid sandsynligt, at befolkningens sammensætning på uddannelse i nogen udstrækning kan benyttes som kontrol af undersøgelsens resultat.

Figur 6 - Befolkningens uddannelsesniveau (Kilde: Danmark Statistik, KRHFU2)



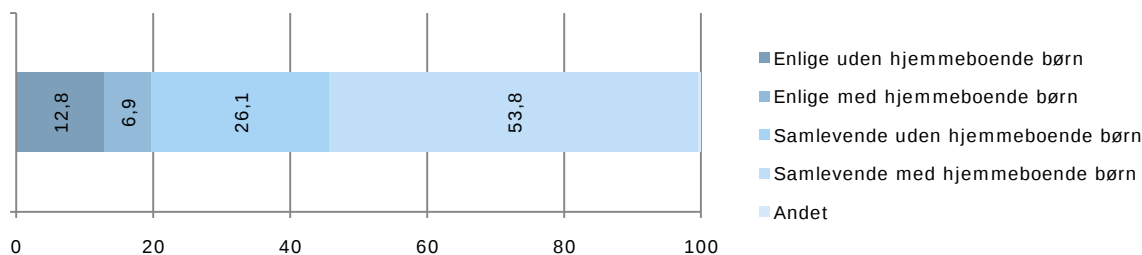
Set i forhold til befolkningen som helhed er gruppen med ingen afsluttet uddannelse eller folkeskoleniveau underrepræsenteret, idet de udgør 32,4 % af befolkningen og 18,5 % i undersøgelsen. Samtidigt er gruppen af personer med en mellemlang- eller lang videregående uddannelse overrepræsenterede, da de i undersøgelsen udgør 37,9 %, hvorimod de i befolkningen som helhed udgør 20,8 %.

4.4 Husstandssammensætning

Der er i spørgeskemaet blev stillet to spørgsmål i forhold til sammensætningen af husstanden – ét omhandlende hvor der er blevet spurgt til hvor mange personer der bor i husstanden inkl. respondenteren og ét omhandlende, hvor mange børn under 18 år, som er bosiddende i husstanden.

Disse to spørgsmål er kodet sammen og præsenteret i Figur 7. Som det fremgår er mere end halvdelen af de adspurgte brugere bosiddende i husstande med mere end én person over 18 år og ét eller flere børn på under 18 år (53,8 %). Den næststørste gruppe er samlevende uden hjemmeboende børn, som udgør godt en fjerdedel (26,1 %). Enlige uden hjemmeboende børn udgør 12,8 % og enlige med hjemmeboende børn 6,9 %. De sidste 0,4 % er personer, som ikke kan indplaceres i en af de fire andre kategorier, hvilket primært vil sige personer bosiddende på plejehjem eller lignende.

Figur 7 - Husstandssammensætning (N = 4.919)

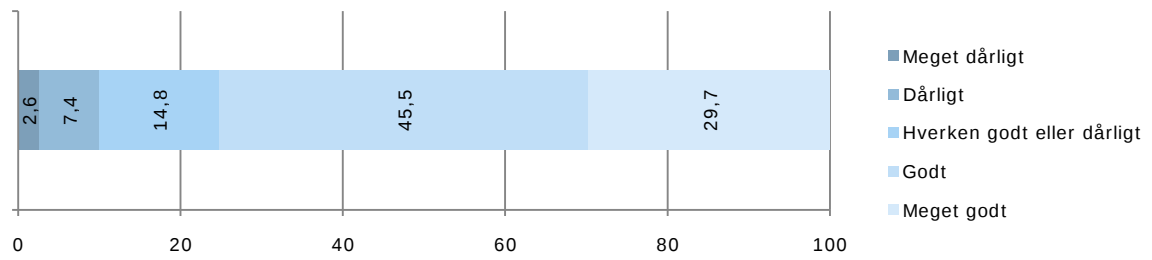


4.5 Vurdering af eget helbred

Det sidste spørgsmål, som respondenterne er blevet stillet i den del af spørgeskemaet som omhandler baggrundsoplysninger, er en vurdering af helbredet for den person, som henvendelse til vagtlægen omhandlede.

3 ud af 4 brugere vurderes at have et godt eller meget godt helbred (75,2 %), mens hver 10. af henvendelserne omhandler personer, som vurderes at have et dårligt eller meget dårligt helbred. Der er naturlig sammenhæng med alder på dette spørgsmål, idet der eksempelvis i gruppen 65 år eller derover er næsten hver fjerde, som angiver at deres helbred er dårligt eller meget dårligt (24 %).

Figur 8 - Hvordan vil du vurdere dit eget helbred (N = 4.963)



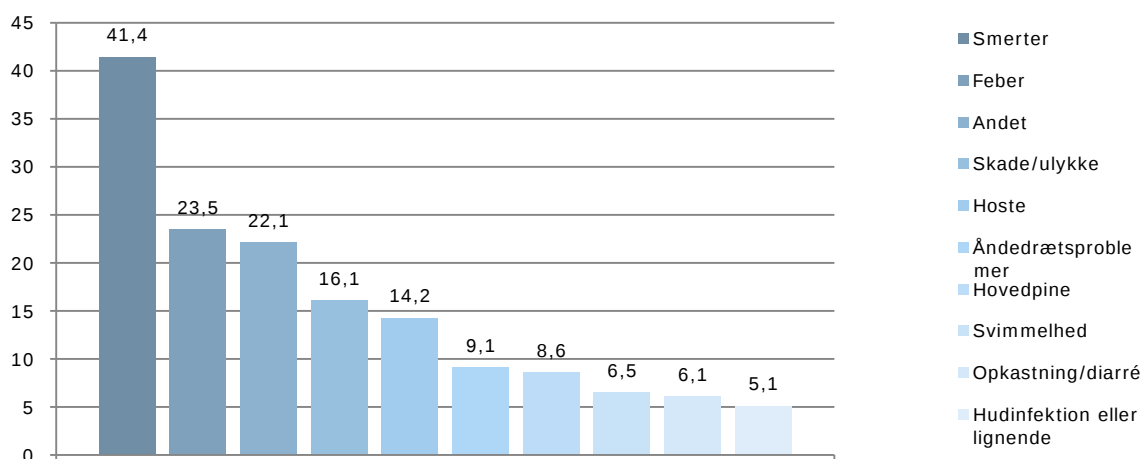
5. ÅRSAG TIL HENVENDELSE

Efter spørgsmålene som omhandlede brugerens og/eller personen som havde kontakten til vagtlægen baggrund, havde næste afsnit i spørgeskemaet til formål at afdække årsagen til henvendelsen til vagtlægen. Det første spørgsmål går primært på de 'medicinske' årsager, som var medvirkende til, at kontakten blev rettet.

I Figur 9 præsenteres en reduceret udgave af besvarelserne på spørgsmål 4. Den fulde version af spørgsmål indeholder 26 svarkategorier, som i nedenstående er reduceret til de 9 oftest benyttede svarkategorier. Kategorien "Andet" indeholder de resterende svarkategorier. Det har på spørgsmålet været muligt at afgive mere end én besvarelse, hvorfor tallene ikke summerer til 100 %.

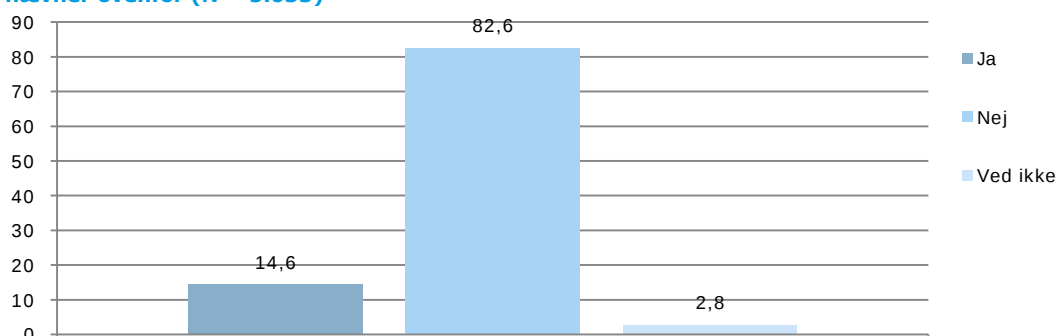
Smerter af den ene eller anden art er den hyppigst forekommende årsag til, at der tages kontakt til vagtlægen, idet 41,4 % angiver dette som én af årsagerne.⁵ Feber er årsagen til næsten en fjerdedel af henvendelserne til vagtlægen i uge 37, 2009. Kategorien "Andet" står for 22,1 %, mens skader/ulykker er årsag til 16,1 % af henvendelserne. Hoste angives i forbindelse med mere end hver 10. kontakt at være en af årsagerne. De resterende årsager som er afbilledet i nedenstående ligger alle under 10 %.

Figur 9 - Hvad var årsagen til, at du henvendte dig til vagtlægen (N = 5.033)



Efter at respondenterne har angivet årsagen til deres henvendelse, er de blevet spurgt, om de indenfor de sidste 3 måneder har haft henvendt sig til vagtlægen med det samme problem. Det gælder for 14,6 % af de adspurgte, at de indenfor de seneste 3 måneder har haft kontaktet vagtlægen med samme problem.

Figur 10 - Har du indenfor de seneste 3 måneder henvendt dig til vagtlægen med samme problemer, som du nævner ovenfor (N = 5.033)



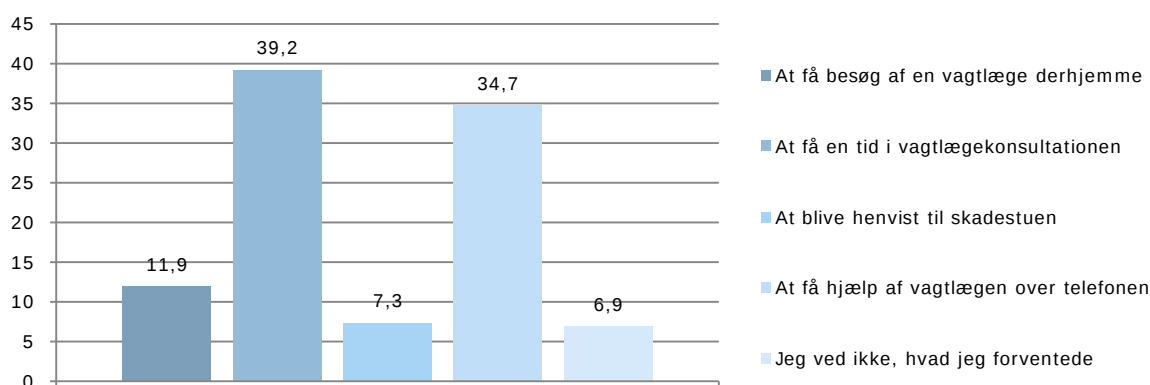
⁵ Kategorien er en opkodning af følgende smertetyper: Øre-, hals-, bryst- og mavesmerter samt yderligere smertetyper, som ikke kan indplaceres under én af de andre kategorier.

Der er en overrepræsentation af brugere i alderskategorierne 0 til 14 år, 18 til 25 år samt 65 år eller derover, hvor der har været kontakt til vagtlægen med samme problem indenfor de sidste 3 måneder.

Yderligere er respondenter blevet bedt om at angive, hvad de forventede inden de ringede til vagtlægen. Størstedelen forventede at få en tid til vagtlægekonsultationen (39,2 %), mens godt en tredjedel forventede at få hjælp til problemet i telefonen (34,7 %).

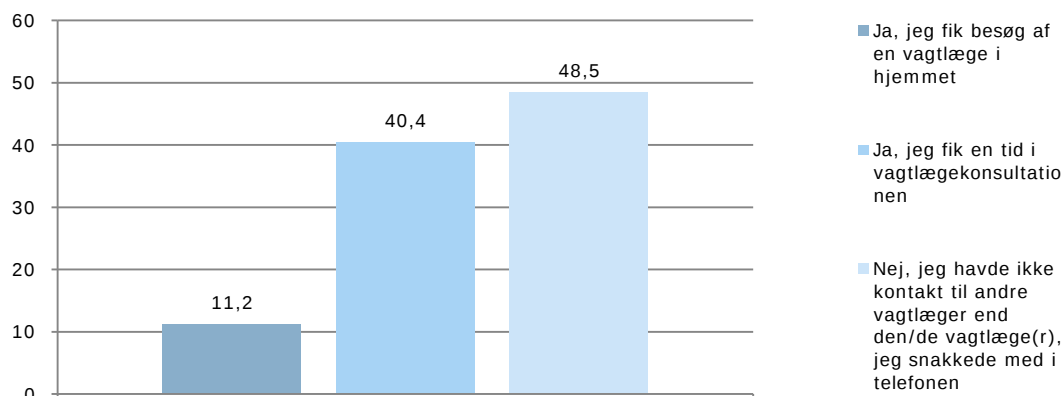
Mere end hver 10. forventede, at deres opkald ville resultere i et besøg af vagtlægen i hjemmet (11,9 %), mens 7,3 % forventede at de ville blive henvist til skadestuen. De sidste 6,9 % havde ikke nogen forventninger til udfaldet af deres opkald inden de foretog det.

Figur 11 - Hvad forventede du, inden du ringede til vagtlægen (N = 5.033)



I Figur 12 fremgår det, hvad resultatet af henvendelsen til vagtlægen rent faktisk blev. Næsten halvdelen af kontakterne til vagtlægen resulterede i, at problemet blev klaret telefonisk (48,5 %). 40,4 % af kontakterne resulterede i en tid til vagtlægekonsultationen, mens 11,2 % endte med at få et besøg i hjemmet af en vagtlæge, som følge af kontakten.

Figur 12 - Fik du - som følge af din telefoniske kontakt til vagtlægen - besøg af en vagtlæge i hjemmet eller en tid i vagtlægekonsultationen (N = 5.033)



Sammenholdes resultaterne af de to spørgsmål kan det fastlægges i hvilken grad forventningerne, som de adspurgte havde inden opkaldet, blev opfyldt. I Figur 13 fremgår det, hvordan fordelingen af de adspurgte er, hvis spørgsmålene omkring forventning til udfaldet af henvendelsen og det faktiske udfald sammenholdes.⁶

Langt størstedelen af brugerne får indfriet deres forventninger, idet 74,5 % oplever, at det som de forventede inden opkaldet også bliver resultatet af henvendelsen. Hver 8. oplever, at deres

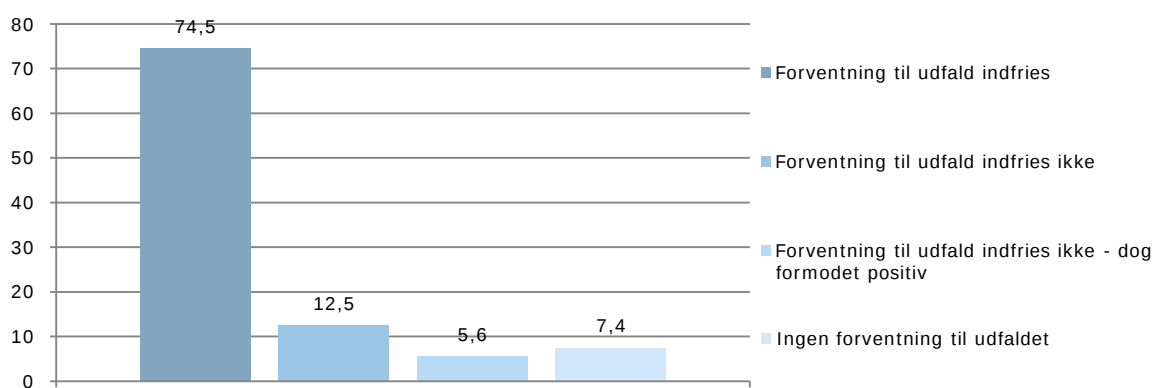
⁶ Opkodningen udelader de personer, som forventede at blive henvist skade, da disse ikke umiddelbart lader sig indplacere i én af de fire kategorier. Dette bevirker også at N er lavere i afrapporteringen af denne opkodning end det gør sig gældende for de andre spørgsmål i afsnittet.

forventning til resultatet af henvendelsen ikke opfyldes – denne kategori indeholder de personer, som havde forventet et besøg af vagtlægen i hjemmet eller en tid til vagtlægekonsultationen, men hvor resultatet bliver, at deres kontakt til vagtlægen stopper ved den telefoniske kontakt. Derudover indeholder kategorien også de personer, som havde forventet et besøg i hjemmet, men som i stedet får en tid til vagtlægekonsultationen.

Den tredje kategori indeholder de personer, hvor forventningerne ikke indfries, men hvor det formodes, at blive betragtet som værende positivt, at dette ikke er tilfældet. Eksempelvis indeholder kategorien henvendelser, hvor det forventede resultat af opkaldet var, at problemet kunne håndteres telefonisk, men hvor det faktiske resultat er enten et besøg i hjemmet eller en tid i vagtlægekonsultationen. Denne gruppe udgør 5,6 % af de adspurgte.

Sidste gruppe er de personer, som ikke havde nogen forventning til udfaldet, hvilket drejer sig om 7,4 %.

Figur 13 - I hvilken grad indfries forventningerne (N = 4.665)



6. TILFREDSHED – TELEFONISK KONSULTATION

I dette afsnit præsenteres resultaterne af spørgsmålene, som udelukkende koncentrerer sig om tilfredsheden med og aspekter ved den telefoniske konsultation.⁷ Der er på denne del af spørgeskemaet indsamlet i alt 2.439 besvarelser ud af 5.033.

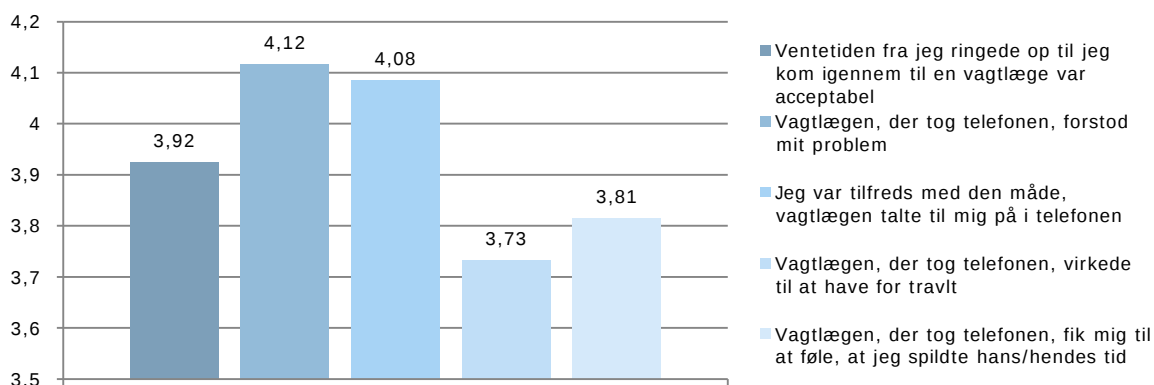
6.1 Tilfredshed med aspekter ved den telefoniske kontakt

Samtlige adspurgte er i spørgeskemaet blevet bedt om at forholde sig til 5 udsagn om forløbet af deres telefonsamtale med vagtlægen.⁸ Udsagnene går på de adspurgtes oplevelse af ventetiden samt interaktionen med vagtlægen i telefonen. I dette afsnit fokuseres der udelukkende på de af respondenterne, hvis henvendelse til vagtlæge resulterede i en telefonisk konsultation, selvom spørgsmålene er blevet stillet til samtlige brugere af vagtlægen.

Overordnet set ligger gennemsnittet for de fem spørgsmål på lige omkring 4, hvilket vil sige, at de adspurgte gennemsnitlig set er enige i forhold til de fem parametre. Scorerne på de fem spørgsmål har samme mønster, som det gør sig gældende for samtlige adspurgte.

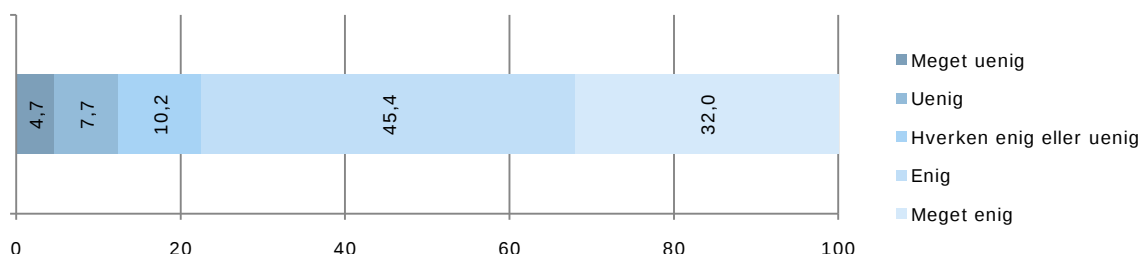
Oplevelsen af at vagtlægen havde for travlt scorer lavest, mens vagtlægens forståelse af problemet scorer højest. Det skal dog bemærkes, at scorerne på de fem spørgsmål er signifikant lavere, end det gør sig gældende for de personer, hvis henvendelse endte i enten et hjemmebesøg eller en tid i vagtlægekonsultationen. De er med andre ord i mindre grad enige i de fem udsagn.

Figur 14 - Forløbet af telefonsamtalen med vagtlægen (gennemsnit)



På spørgsmålet om hvorvidt de adspurgte fandt ventetiden inden de kom igennem til vagtlægen acceptabel, erklærer 77,4 % sig enige eller meget enige i, at ventetiden var acceptabel. Lidt mere end hver 10. fandt ikke, at ventetiden var acceptabel (12,4 %).

Figur 15 - Ventetiden fra jeg ringede op, til jeg kom igennem til en vagtlæge, var acceptabel (N = 2.402)

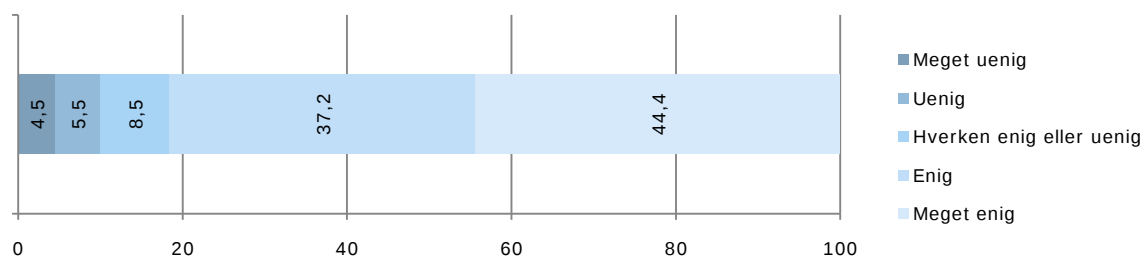


⁷ Som beskrevet i læsevejledningen er menes der med telefonisk konsultation, afsluttet telefonisk konsultation. Dette betyder at resultaterne i afsnittet ikke inddrager som brugere, som enten fik et besøg i hjemmet eller tid til vagtlægekonsultationen, selvom disse brugere også svarede på nogle af spørgsmålene vedrørende den telefoniske kontakt.

⁸ Spørgsmål 7 i spørgeskemaet – se bilag 1

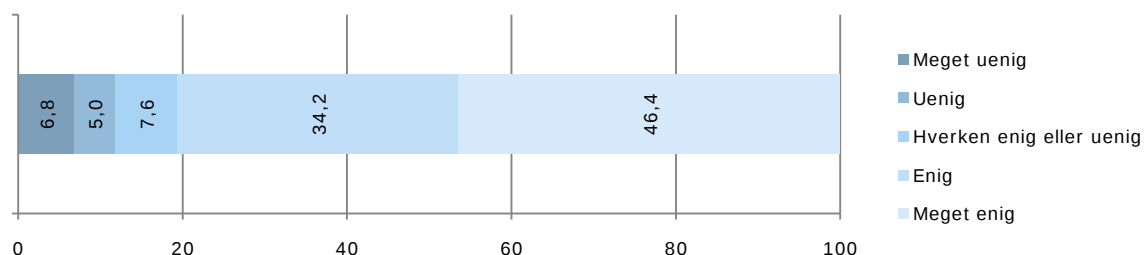
81,6 % af de adspurgte er enige eller meget enige i, at vagtlægen forstod deres problem. Der er 10 %, som angiver, at de er uenige eller meget uenige i udsagnet. Andelen på 10 % er signifikant større end for de personer, som fik en tid til vagtlægekonsultationen. Årsagen til dette skal med al sandsynlighed findes i, at oplevelsen af, at vagtlægen ikke forstod problemet, hænger sammen med, hvorvidt brugerens forventning til resultatet af opkaldet er blevet indfriet eller ej. Med andre ord oplever de personer, hvor henvendelsen afsluttes i telefonen, i højere grad at deres problem ikke er blevet forstået.

Figur 16 - Vagtlægen, der tog telefonen, forstod mit problem (N = 2.395)



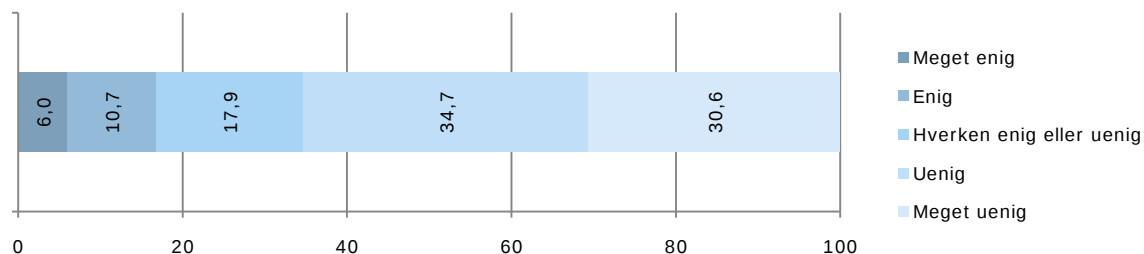
Måden hvorpå vagtlægen talte til vedkommende på, er det aspekt ved den telefoniske kontakt, som opnår det andet højeste gennemsnit. Mere end 4 ud af 5 er tilfredse med måden, hvorpå de blev tiltalt i telefonen. 11,8 % angiver at de ikke har oplevet dette aspekt ved samtalen som tilfredsstillende.

Figur 17 - Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på i telefonen (N = 2.409)



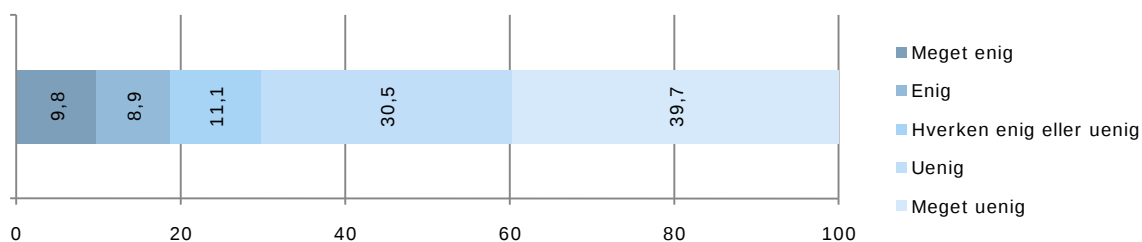
Knapt 2/3 af de adspurgte (65,3 %) er enten uenige eller meget uenige i, at vagtlægen, som de snakkede med i telefonen, virkede til at have for travlt. 16,7 % er enige i eller meget enige i udsagnet, hvilket er medvirkende til, at det er dette aspekt, som scorer lavest af de fem.

Figur 18 - Vagtlægen, der tog telefonen, virkede til at have for travlt (N = 2.354)



18,7 % angiver, at de er enige i, at vagtlægen fik dem til at føle, at de spildte hans/hendes tid, hvor 70,2 % ikke fik indtrykket af, at de spildte vagtlægens tid.

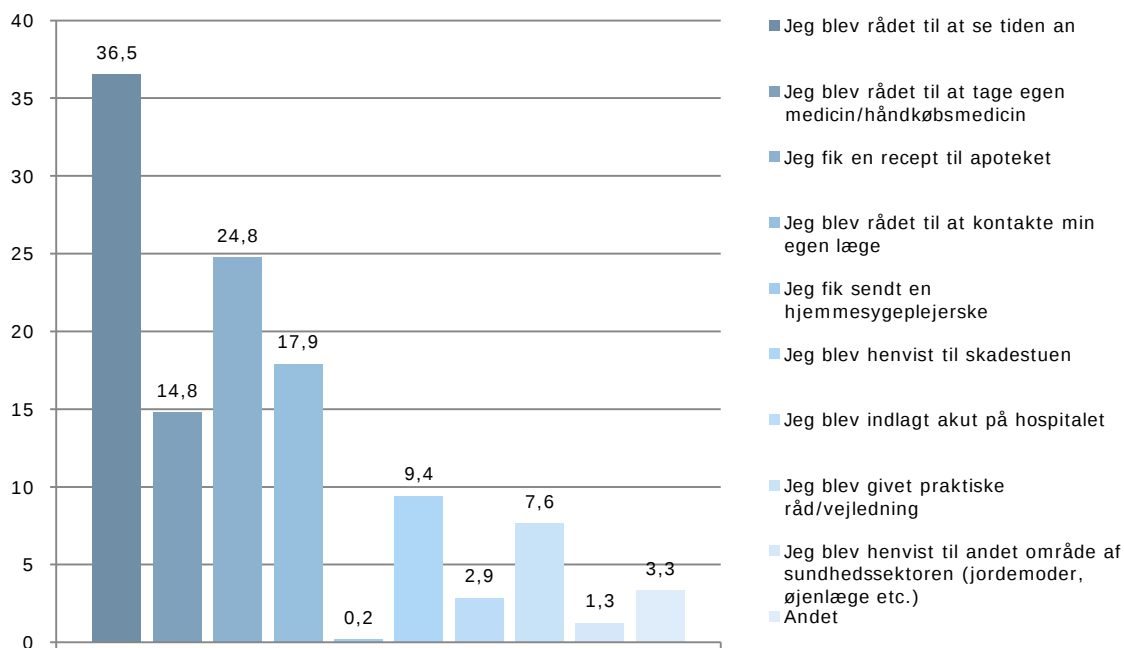
Figur 19 – Vagtlægen, der tog telefonen, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid (N = 2.370)



6.2 Resultatet af telefonsamtalen

Efter at have vurderet de enkelte temaer, er brugerne med telefonisk kontakt til vagtlægeordningen blevet bedt om at angive, hvad resultatet af deres kontakt til vagtlægen blev. Det har været muligt at afgive flere svar, hvorfor kategorierne summerer til mere end 100 %.

Figur 20 – Hvad blev resultatet af din telefonsamtale med vagtlægen (N = 2.414)



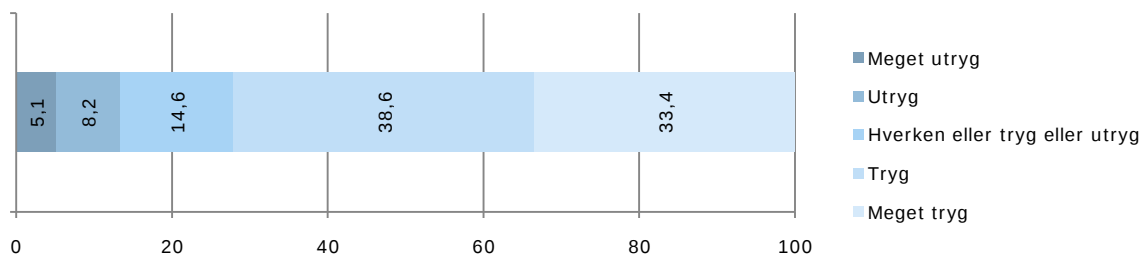
Det oftest forekommende resultat af en henvendelse, som ender med en telefonisk konsultation er, at brugeren bliver rådet til at se tiden an – 36,5 % angiver dette som resultatet af deres henvendelse. Hver fjerde ender med at få udskrevet en recept til apoteket (24,8 %). 17,9 % ender med at blive rådet til at kontakte deres egen læge. Andre 14,8 % bliver rådet til at tage egen medicin. Ca. hver 10. kontakt ender med, at brugeren henvises til skadestuen.

6.3 Tryghed ved de råd som vagtlægen gav

Den sidste del af spørgeskemaet, som blev stillet til de personer, som udelukkende havde haft telefonisk kontakt med vagtlægen, består af to spørgsmål. Det første omhandler, hvorvidt respondenterne efter samtalen var tryk ved de råd, som vedkommende fik af vagtlægen. Det andet angår i hvor høj grad respondenterne alt i alt var tilfreds med telefonsamtalen med vagtlægen.

Mere end 7 ud af 10 angiver, at de enten var trygge eller meget trygge ved de råd, som de fik af vagtlægen (Figur 21). 13,3 % angiver, at de var utrygge eller meget utrygge ved de råd, som de modtog i forbindelse med telefonsamtalen med vagtlægen.

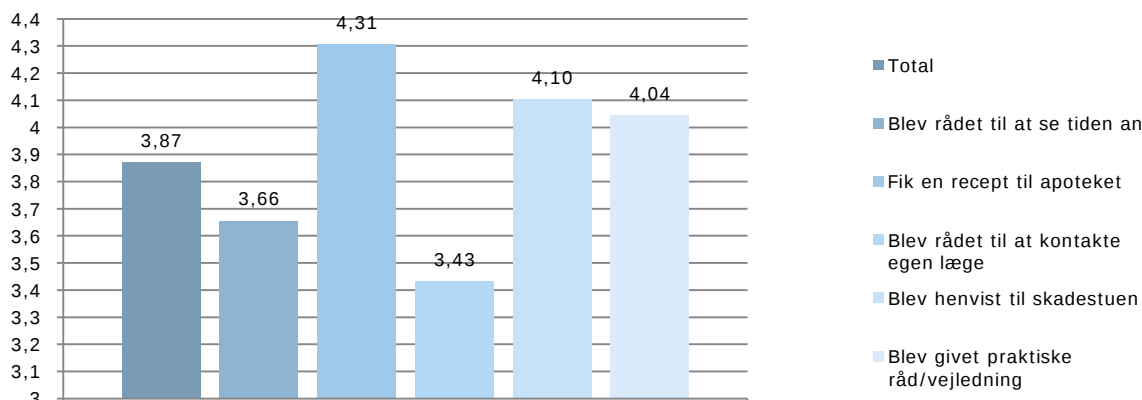
Figur 21 - Hvor tryg var du ved de råd, du fik af vagtlægen i telefonen? (N = 2.384)



Trygheden ved de råd som respondenterne modtog, er dog i høj grad afhængig af, hvad resultatet af telefonsamtalen med vagtlægen blev – Figur 22.⁹ Gennemsnittet for spørgsmålet ligger på 3,87, hvor trygheden for to grupper er signifikant lavere. For det første er den gruppe, som blev rådet til at se tiden an mindre trygge ved det råd end den gennemsnitlige tryghed blandt de personer, som havde telefonisk kontakt med vagtlægen. De mest utrygge er imidlertid dem, som er blevet henvist til at kontakte deres egen læge, når denne igen kan kontaktes.

Tre grupper er gennemsnitligt betragtet mere trygge ved vagtlægens råd. De personer, som har fået en recept til apoteket, er de personer, som angiver at være mest trygge ved vagtlægens råd. Dernæst er de personer som i forlængelse af samtalen er blevet henvist til skadestuen, gennemsnitligt mere trygge (4,1). Slutteligt er de personer, som har modtaget konkrete praktiske råd eller vejledning som et resultat af deres opkald til vagtlægen som helhed mere trygge.

Figur 22 - Tryghed ved råd fordelt på resultatet af samtalen med vagtlægen (gennemsnit)



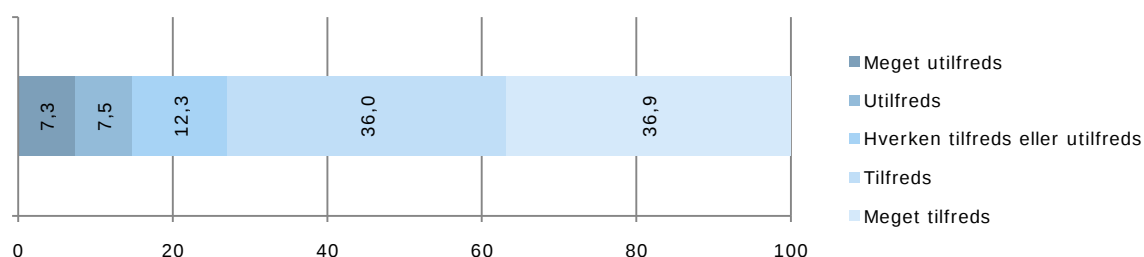
Samlet set er størstedelen af brugerne af den telefoniske vagtlægekonsultation trygge ved de råd, som de modtager fra vagtlægen. Der er som vist i ovenstående imidlertid relativt stor forskel, når der tages højde for resultatet af henvendelsen til vagtlægen. De to grupper, som udviser den laveste grad af tryghed, er begge grupper, hvor resultatet kan siges at afspejle en vurdering fra vagtlægens side af, at henvendelsen ikke nødvendiggør en konkret handling ud over råd.

6.4 Tilfredshed med samtalen alt i alt

Det sidste spørgsmål i forbindelse med afsnittet omkring den telefoniske kontakt til vagtlægen går på brugerens tilfredshed med samtalen alt i alt. Af Figur 23 fremgår det næsten 3 ud af 4 brugere (72,9 %) alt i alt er tilfredse eller meget tilfredse med telefonsamtalen med vagtlægen. Dette efterlader 14,8 % som angiver, at de enten er utilfredse eller meget utilfredse, samt 12,3 % som hverken er tilfredse eller utilfredse.

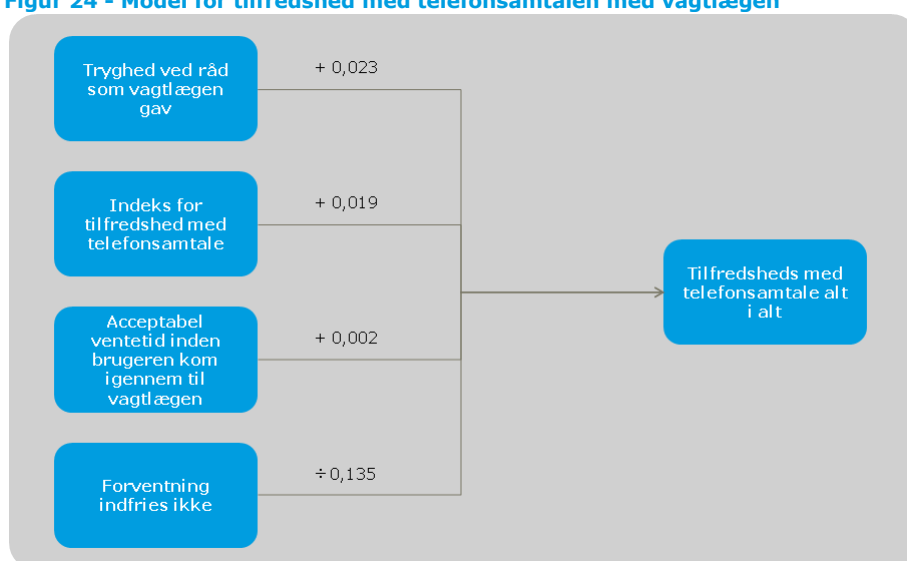
⁹ Der er kun præsenteret de grupper, hvor gennemsnittet er signifikant forskelligt fra gennemsnittet for totalen.

Figur 23 - Hvor tilfreds er du alt i alt med din telefonsamtale med vagtlægen? (N = 2.408)



Vendes blikket imod hvilke faktorer, som spiller ind i forhold til tilfredsheden alt i alt med telefonsamtalen, kan der med udgangspunkt i en regressionsanalyse opstilles en model for tilfredsheden. Resultatet af analysen er præsenteret i Figur 24.

Figur 24 - Model for tilfredshed med telefonsamtalen med vagtlægen



Analysen viser, at der er fire faktorer, som har en signifikant indvirkning på graden af tilfredshed alt i alt. Faktorerne er rangordnet efter deres indflydelse på graden af tilfredshed med telefonsamtalen med vagtlægen. Koefficienterne for de enkelte faktorer er afbilledet i modellen.¹⁰

Graden af tryghed ved de råd som vagtlægen gav, er den faktor, som har størst indflydelse på den tilfredshed, som brugeren udtrykker i forbindelse med telefonsamtalen med vagtlægen. Den positive sammenhæng betyder, at jo mere tryk brugeren følte sig, desto større er graden af tilfredshed.

Indekset, som er konstrueret på baggrund af de sidste fire aspekter ved telefonsamtalen, er den faktor med den anden største betydning for graden af tilfredshed (se afsnit 3.3.4 for en beskrivelse af, hvordan indekset er konstrueret). Sammenhængen er, som forventet, signifikant positiv, hvilket er ensbetydende med, at i jo højere grad brugeren er enige i udsagnene om telefonsamtalen med vagtlægen, desto mere tilfreds er brugeren.

Dernæst har oplevelsen af at ventetiden, inden brugeren kommer igennem til vagtlægen, er acceptabel en signifikant indflydelse på tilfredsheden. Sammenhængen er positiv, hvilket er ensbe-

¹⁰ For at kunne sammenligne koefficienterne på de enkelte faktorer, er samtlige faktorer omkodet, så udfaldet på de enkelte faktorer går fra 0 til 100. Dette betyder at fortolkningen af koefficienten for tryghed ved de råd som vagtlægen gav, er at såfremt brugeren erklærer sig "Tryk" i stedet for "Hverken tryk eller utryk" på spørgsmålet vil det være ensbetydende med, at graden af tilfredshed stiger med 0,575 ($0,023 \cdot 25$). Kodning fra 0 til 100 gælder imidlertid ikke for "Forventning indfries ikke", da dette er en såkaldt dummykodet variabel, som enten antager værdien 0 eller 1. Tolkningen af denne variabel er, at såfremt brugerens forventning ikke indfries er graden af tilfredshed 0,135 lavere end hvis forventningen var blevet indfriet.

tydende med, at i jo højere grad ventetiden opleves som værende acceptabel desto højere er graden af tilfredshed.

Det sidste aspekt, som har en signifikant indflydelse på tilfredsheden er, hvorvidt brugeren oplever, at forventningen til resultatet af opkaldet til vagtlægen indfries. Det vil med andre ord sige, at de brugere som forventede enten at få en tid til vagtlægekonsultationen eller at få besøg af vagtlægen, i mindre udstrækning er tilfredse med telefonsamtalen.

7. TILFREDSHED – BESØG I HJEMMET

I dette afsnit præsenteres resultaterne af de spørgsmål, som blev stillet til de personer, som i forlængelse af deres opkald til vagtlægen fik besøg i hjemmet af en vagtlæge. I alt 562 ud af de 5.033 (11,2 %) som besvarede undersøgelsen har fået stillet spørgsmålene. Mere end halvdelen af brugerne som fik et besøg i hjemmet er i alderen 65 år eller derover (51,4 %).

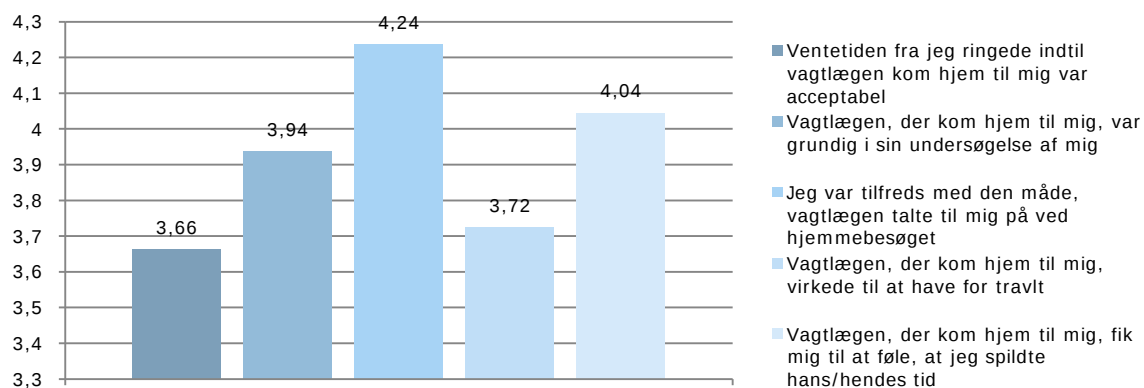
7.1 Tilfredshed med aspekter ved hjemmebesøget

Som det også gjorde sig gældende for de brugere, hvor henvendelsen til vagtlægen resulterede i en telefonisk konsultation, er brugerne som modtog et besøg i deres eget hjem også blevet bedt om at vurdere fem udsagn om besøget. De fem udsagn har samme temaer, som de der blev præsenteres i afsnit 6.1, dog er formuleringen lidt anderledes, da der her vurderes et besøg i hjemmet.

Spredningen på gennemsnittene for de fem temaer er større end det gjorde sig gældende for brugernes vurdering i forbindelse med den telefoniske konsultation (se Figur 14). Derudover er der forskel på, hvilke temaer der vurderes højest og lavest.

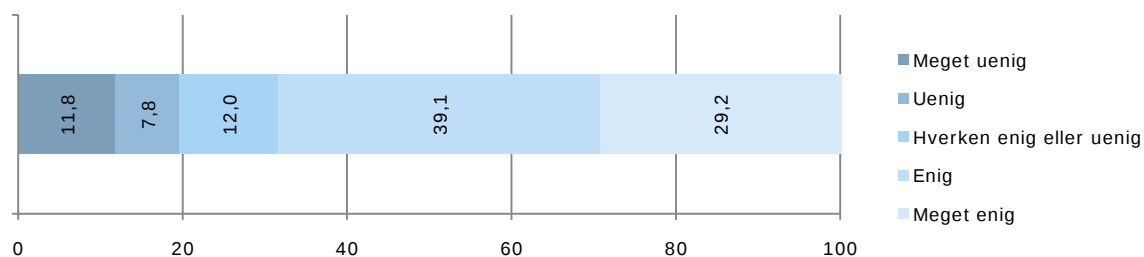
Ventetiden indtil vagtlægen var fremme ved brugeren vurderes lavest med en score på 3,66. Brugerne, som har fået besøg i hjemmet, er samtidigt den gruppe, som finder ventetiden mindst acceptabel set i forhold til brugere med telefonisk konsultation eller tid til vagtlægekonsultationen (se Figur 14 og Figur 38). Vurdering af at vagtlægen havde for travlt scorer næstlavest og ligger på samme niveau som for de to andre grupper. Måden hvorpå vagtlægen talte til brugeren på er det tema, som scorer højest for brugerne, som har fået besøg i hjemmet (4,24).

Figur 25 - Forløbet af hjemmebesøget (gennemsnit)



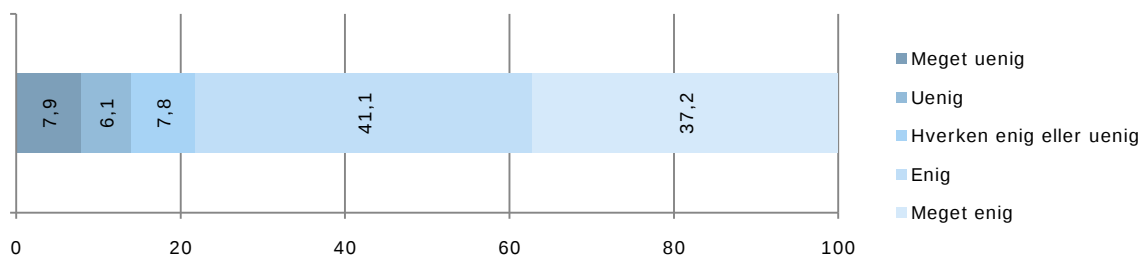
Vurderingen af om ventetiden inden vagtlægen ankom til hjemmet var acceptabel er det tema, som scorer lavest af samtlige temaer for alle grupper af brugere. 68,3 % angiver at de enige eller meget i udsagnet om at ventetiden var acceptabel. Mere end hver 10. meget uenig i, at ventetiden var acceptabel (11,8 %).

Figur 26 - Ventetiden fra jeg ringede indtil vagtlægen kom hjem til mig var acceptabel (N = 551)



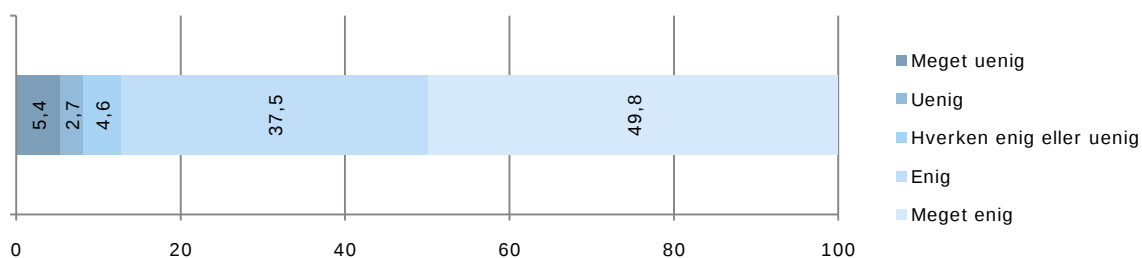
78,3 % af de personer som havde besøg af vagtlægen i hjemmet er enige eller meget enige i, at vagtlægen var grundig i undersøgelsen af vedkommende. 14 % oplevede ikke vagtlægens undersøgelse som værende grundig.

Figur 27 - Vagtlægen, der kom hjem til mig, var grundig i sin undersøgelse af mig (N = 542)



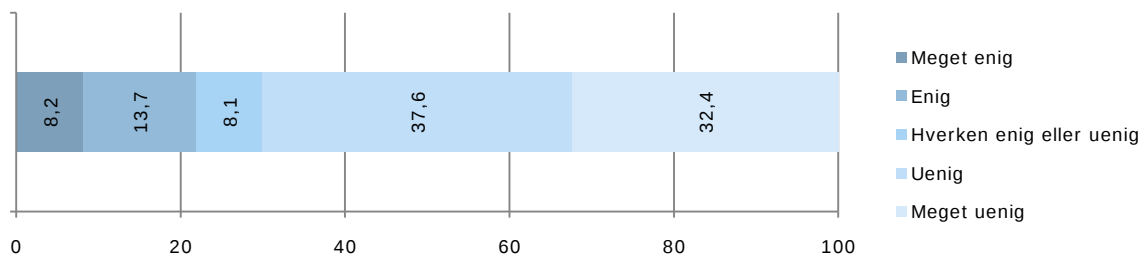
Måden hvorpå vagtlægen talte til brugeren på, er det tema som opnår det højeste gennemsnit af de fem temaer. Næsten halvdelen af brugerne er meget enig i udsagnet og 87,3 % er samlet set enige eller meget i, at de var tilfredse med måden, hvorpå vagtlægen tiltalte dem. 8,1 % er enten uenige eller meget uenige i udsagnet.

Figur 28 - Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på ved hjemmebesøget (N = 550)



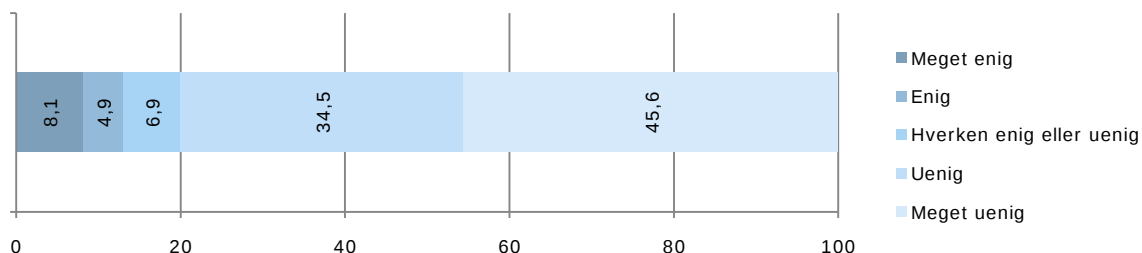
Mere end hver 5. bruger oplever at vagtlægen, som besøgte dem i hjemmet, havde for travlt (21,9 %). 70 % erklærer sig enten uenige eller meget uenige i udsagnet. Til trods for at gennemsnittet for dette tema ligger på samme niveau, som for de brugere med telefonisk konsultation, er andelen som er enige eller meget enige noget større (21,9 % vs. 16,7 %).

Figur 29 - Vagtlægen, der kom hjem til mig, virkede til at have for travlt (N = 519)



Brugerne, som fik besøg i hjemmet, oplever i mindre udstrækning at have spildt vagtlægens tid set i forhold til brugeren med telefonisk konsultation. 4 ud af 5 angiver, at de er uenige i udsagnet (80,1 %). 13 % fik følelsen af at de spildte vagtlægens tid i forbindelse med besøget i hjemmet.

Figur 30 - Vagtlægen, der kom hjem til mig, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid (N = 515)

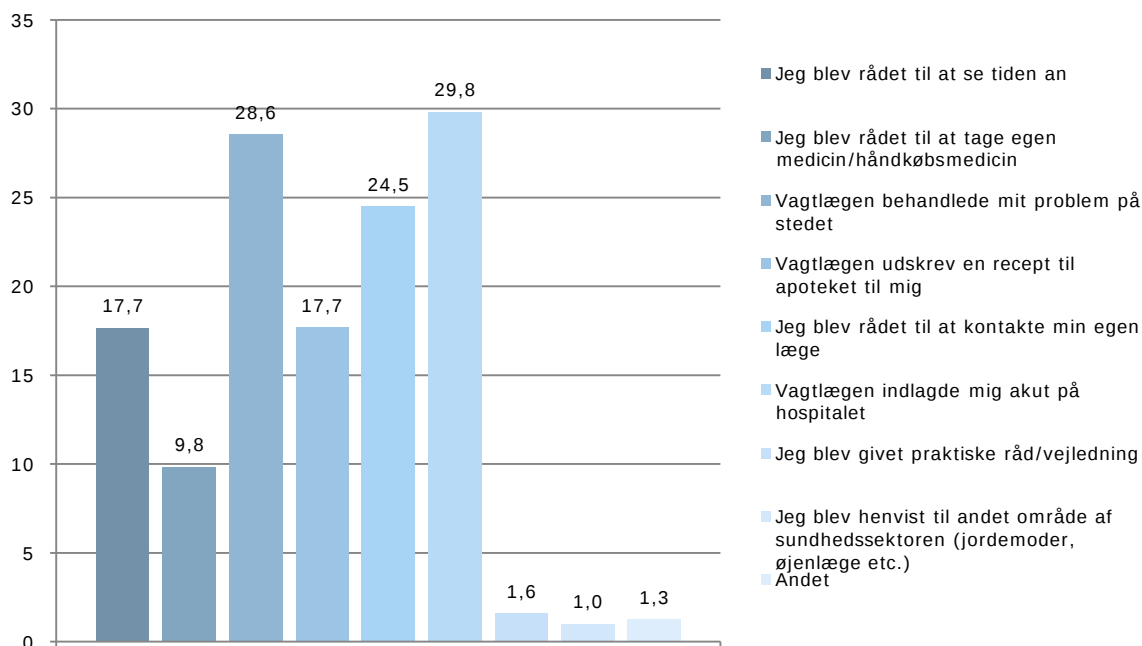


7.2 Resultatet af besøget i hjemmet

Brugerne, som havde haft et besøg af vagtlægen i hjemmet, er blevet spurgt om, hvad resultatet af dette besøg blev. I den forbindelse har det været muligt at angive flere svar på spørgsmålet – ex. hvis vagtlægen behandlede problemet på stedet og samtidigt rådede brugeren til at kontakte egen læge. Det bevirker, at de præsenterede resultater summerer til mere end 100 %.

For næsten en tredjedel af de brugere, som havde besøg af vagtlægen i hjemmet, blev resultatet af besøget, at de blev indlagt akut på hospitalet (29,8 %). I 28,6 % af tilfældene blev problemet behandlet af vagtlægen på stedet. En fjerdedel blev rådet til at kontakte egen læge (24,5 %).

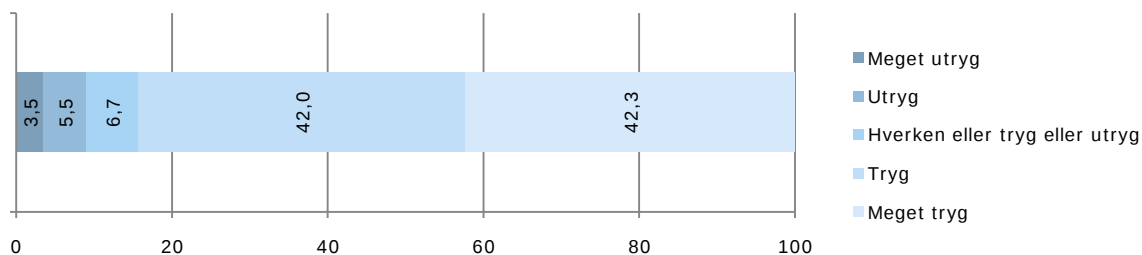
Figur 31 - Hvad blev resultatet af vagtlægens besøg i hjemmet (N = 551)



7.3 Tryghed ved de råd som vagtlægen gav

Mere end 8 ud af 10 brugere angiver, at de enten var trygge eller meget trygge ved de råd eller den behandling, som de modtog af vagtlægen i hjemmet (84,3 %). Dette ligger noget højere end for de brugere, som fik en telefonisk konsultation i forbindelse med deres henvendelse (84,3 % vs. 72 %).

Figur 32 - Hvor tryk var du ved de råd eller den behandling, du fik af vagtlægen i hjemmet? (N = 542)

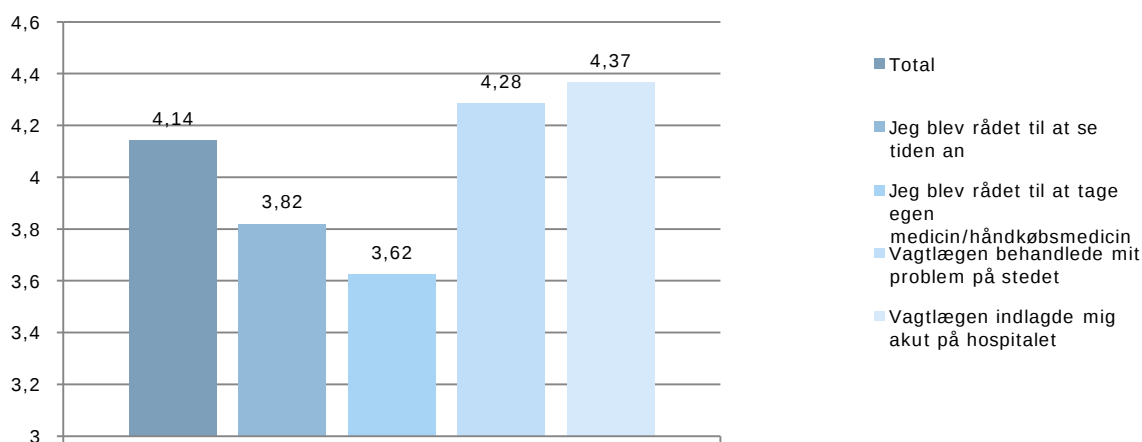


Som det også var tilfældet for brugerne med telefonisk konsultation, så er der signifikant forskel i brugerens tryk, når der skelnes imellem, hvad resultatet af besøget blev. De brugere som enten blev behandlet på stedet, eller som blev indlagt akut er generelt mere trykke end gennemsnittet, mens de brugere som enten blev opfordret til at se tiden an eller tage kontakt til egen læge er signifikant mindre trykke end gennemsnittet.¹¹

De brugere som blev indlagt akut er med et gennemsnit på 4,37 den gruppe, som er mest trykke ved behandlingen. Dernæst følger gruppen af brugere, som modtog behandling af vagtlægen i hjemmet (4,28).

Grupperne af brugere som enten blev rådet til at se tiden an eller blev rådet til at tage egen medicin eller håndkøbsmedicin er begge signifikant mindre trykke ved rådene/behandlingen, som de fik af vagtlægen – henholdsvis 3,82 og 3,62 i gennemsnit.

Figur 33 - Tryk ved råd fordelt på resultatet af vagtlægens besøg (gennemsnit)



Samlet set er brugerne med besøg af vagtlægen i hjemmet mere trykke end både brugerne som modtog en telefonisk konsultation eller tid til vagtlægekonsultationen (Se Figur 22 og Figur 46).

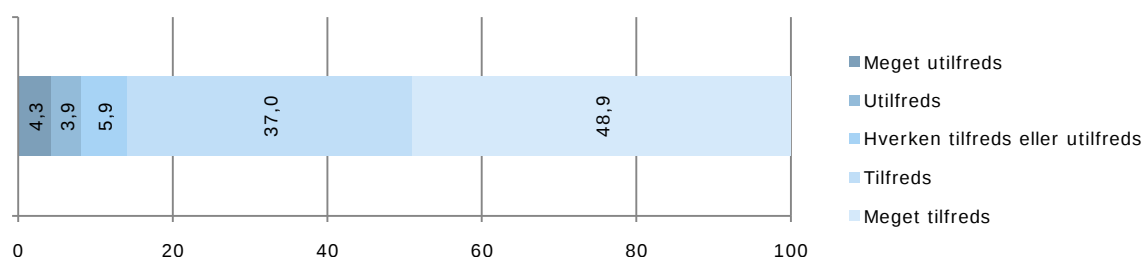
7.4 Tilfredshed alt i alt med besøget i hjemmet

Som det også gør sig gældende for de to andre ydelsesformer, er det sidste spørgsmål som stilles til de brugere, som fik besøg af vagtlægen i hjemmet, i hvilken grad de alt i alt var tilfredse med vagtlægens besøg.

85,9 % af de brugere som modtog et besøg i hjemmet er enten tilfredse eller meget tilfredse med besøget alt i alt. 8,2 % angiver, at de er utilfredse eller meget utilfredse med besøget alt i alt.

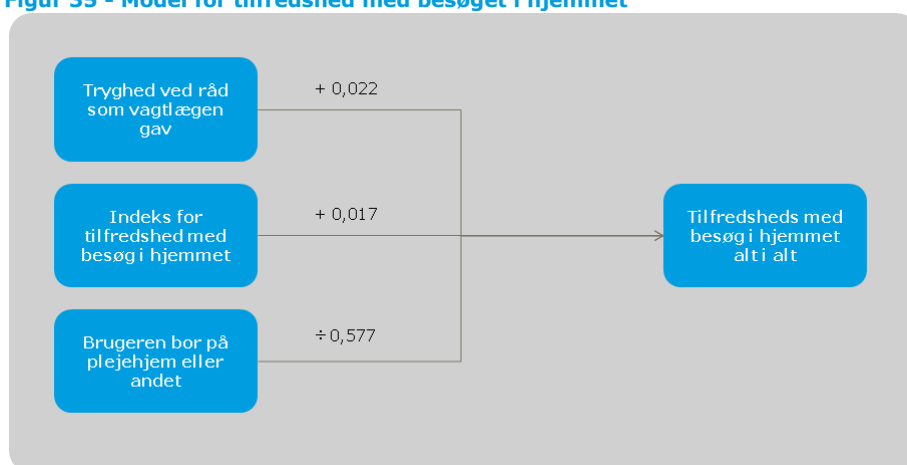
¹¹ Som det også gjorde sig gældende i afsnit 6.3 er det kun de signifikante forskelle som er afrapporteret.

Figur 34 - Hvor tilfreds er du alt i alt med vagtlægens besøg i hjemmet? (N = 551)



Resultaterne af regressionsanalysen af tilfredshed med besøget i hjemmet er præsenteret i nedenstående figur.

Figur 35 - Model for tilfredshed med besøget i hjemmet



Ligesom ved modellen for tilfredshed med telefonsamtalen med vagtlægen (se Figur 24 på side 22) er faktorerne rangordnet efter betydning. Der er i forbindelse med analysen fundet tre faktorer som har en signifikant betydning for graden af tilfredshed med besøget i hjemmet.

Som det også gjorde sig gældende for brugerne med telefonisk konsultation, så er graden af tryghed den vigtigste faktor i forhold til graden af tilfredshed. Sammenhængen er ikke overraskende positiv, hvilket er ensbetydende med, at i jo højere grad brugeren er tryk, desto større grad af tilfredshed med besøget udtrykker brugeren.

Dernæst spiller indekset som er beregnet på baggrund af de fire temaer en signifikant rolle i forhold til tilfredsheden – jo større tilfredshed på de fire temaer, som indekset består af, desto større tilfredshed alt i alt (se afsnit 3.3.4 for en beskrivelse af, hvordan indekset er konstrueret).

Slutteligt er der en signifikant negativ på graden af tilfredshed for de brugere, som bor på plejehjem eller andet. Dette betyder at tilfredsheden blandt denne gruppe er signifikant mindre tilfredse med besøget end de personer som bor i eget hjem.

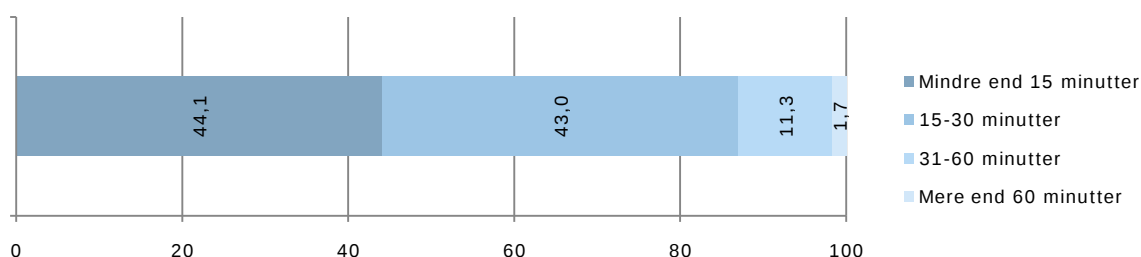
8. TILFREDSHED – VAGTLÆGEKONSULTATION

2.032 af de adspurgte brugeren af vagtlægen i uge 37 endte med at få en tid til vagtlægekonsultationen (40,4 % af de 5.033). I dette afsnit gennemgås deres tilfredshed i forbindelse med kontakten til vagtlægeordningen.

8.1 Transporttid

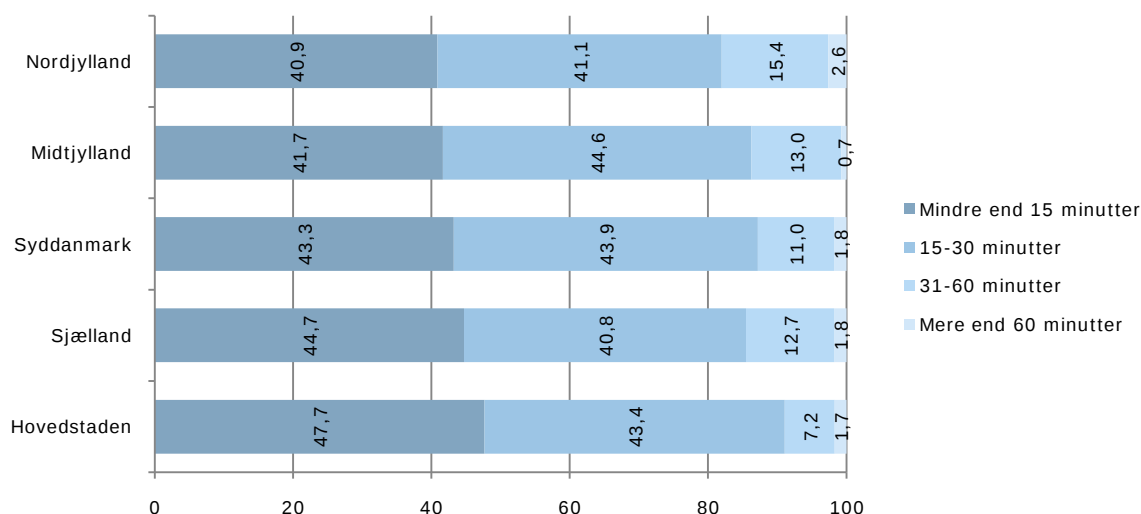
De personer, der fik en tid til vagtlægekonsultationen, blev spurgt om, hvor lang transporttid de brugte for at komme hen til vagtlægekonsultationen. Resultatet er præsenteret i Figur 36.

Figur 36 - Hvor lang transporttid brugte du sammenlagt på at komme hen til vagtlægekonsultationen (N = 2.016)



87,1 % af de adspurgte har maksimalt en halv times transporttid til vagtlægekonsultationen. 11,3 % har 31 til 60 minutters transporttid, mens den resterende del på 1,7 % har mere end én times transporttid.

Figur 37 - Transporttid fordelt på regioner (N = 2.016)



Transporttiden er dog i nogen grad afhængig af hvor i landet brugerne er bosiddende. I Figur 37 fremgår det, at brugere bosiddende i Region Nordjylland er dem med den gennemsnitligt længste transporttid, mens brugere i Region Hovedstaden har den korteste transporttid til vagtlægekonsultationen.¹²

8.2 Tilfredshed med aspekter ved vagtlægekonsultationen

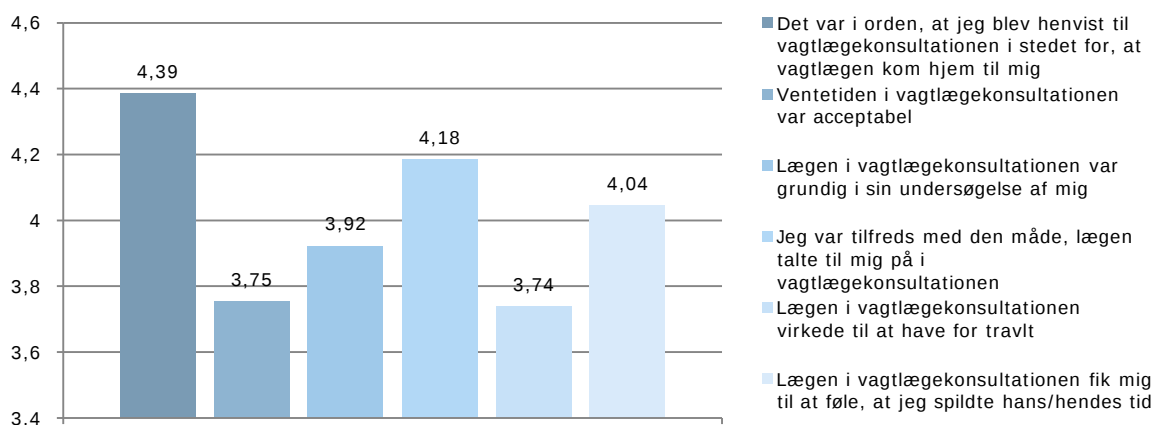
I forbindelse med evalueringen af graden af tilfredshed med vagtlægekonsultationen er brugerne blevet spurgt om ét ekstra spørgsmål og har dermed evalueret deres kontakt med vagtlægekonsultationen på baggrund af 6 temaer i stedet for 5. Det ekstra tema omhandler, hvorvidt brugeren fandt det i orden, at hun blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for at få besøg af en vagtlæge i hjemmet – dette beskrives mere dybdegående i nedenstående.

¹² Forskellen imellem Region Nordjylland og Region Hovedstaden i den gennemsnitlige transporttid er statistisk signifikant. Det er imidlertid udelukkende denne sammenligning, som udviser signifikans.

Scorene for de 6 temaer er præsenteret i Figur 38. De fem temaer, som også blev stillet til de brugere, der fik besøg af vagtlægen i hjemmet, udviser samme mønster som resultaterne præsenteret i afsnit 7.1. Måden hvorpå vagtlægen tiltalte brugeren samt følelsen af at spille vagtlægens tid er de to temaer, som gennemsnitligt scorer højest, hvis der udelukkende kigges på de fem gennemgående temaer. Det ekstra tema vedrørende hvorvidt det var i orden, at brugeren blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for at få et besøg i hjemmet, er det tema som scorer højest af samtlige temaer.

Hvorvidt ventetiden bliver opfattet som acceptabel eller om vagtlægen virkede til at have for travlt scorer begge lavest af de undersøgte temaer.

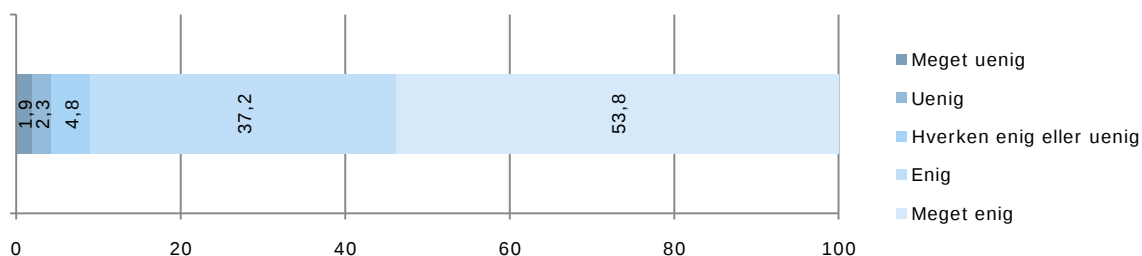
Figur 38 – Forløbet af besøget i vagtlægekonsultationen (gennemsnit)



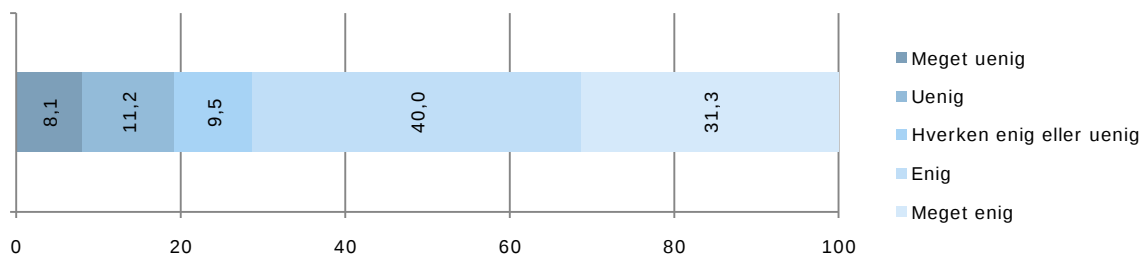
91 % af de adspurgte er enige eller meget enige i, at det var i orden, at vagtlægen henviste dem til vagtlægekonsultationen i stedet for, at der kom en vagtlæge på besøg i hjemmet hos brugeren.

Der er på dette tema en klar sammenhæng imellem gennemsnitsscoren og vurderingen af eget helbred – jo dårligere brugeren vurderer eget helbred, desto lavere er gennemsnittet og dermed graden af enighed. Eksempelvis er andelen af de personer, som enten er uenige eller meget uenige i udsagnet om det var i orden at de blev henvist til vagtlægekonsultationen, på 11,6 % blandt de der vurderer eget helbred som værende meget dårligt. Denne andel er for samtlige adspurgte 4,2 %.

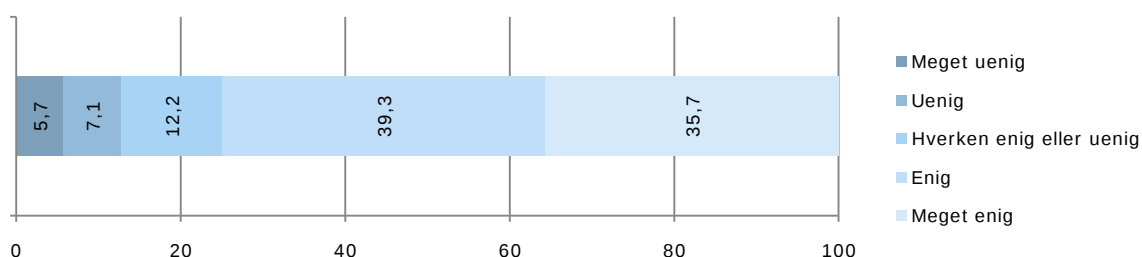
Figur 39 - Det var i orden, at jeg blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for, at vagtlægen kom hjem til mig (N = 1.998)



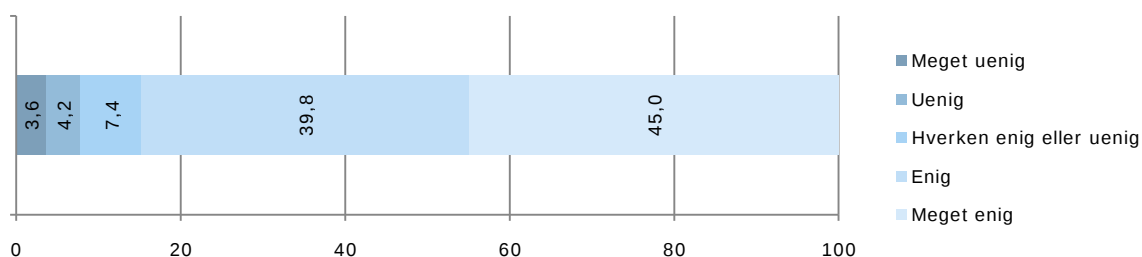
Andelen blandt dem som har besøgt vagtlægekonsultationen og som mener at ventetiden er acceptabel er 71,3 %. Dette ligger en smule højere end for dem der havde fået besøg af vagtlægen i hjemmet, men lavere end for dem, som udelukkende havde telefonisk kontakt til vagtlægen. 19,3 % eller knapt hver 5. bruger har ikke oplevet ventetiden i vagtlægekonsultationen som værende acceptabel.

Figur 40 - Ventetiden i vagtlægekonsultationen var acceptabel (N = 2.006)

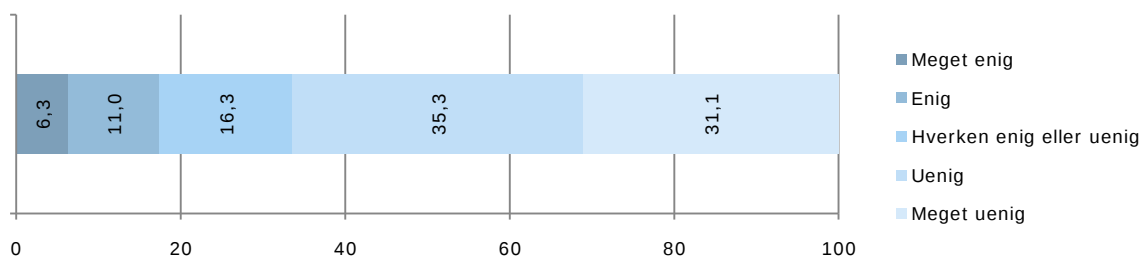
Hvorvidt vagtlægen som forestod undersøgelsen i vagtlægekonsultationen var grundig, erklærer 75 % sig enige i. Dette er lidt lavere end dem, som fik besøg i hjemmet – se Figur 27. Til trods for dette er gennemsnittet på stort set samme niveau som dem med besøg i hjemmet, hvilket skyldes at andelen som er uenige eller meget uenige i udsagnet er lavere – 12,8 %.

Figur 41 - Lægen i vagtlægekonsultationen var grundig i sin undersøgelse af mig (N = 1.992)

Måden hvorpå vagtlægen i vagtlægekonsultationen tiltalte brugeren er det tema, hvor gennemsnittet er næsthøjest. 84,8 % er enige eller meget enige i udsagnet, mens 7,8 % angiver, at de ikke er tilfredse med den måde, de blev tiltalt på.

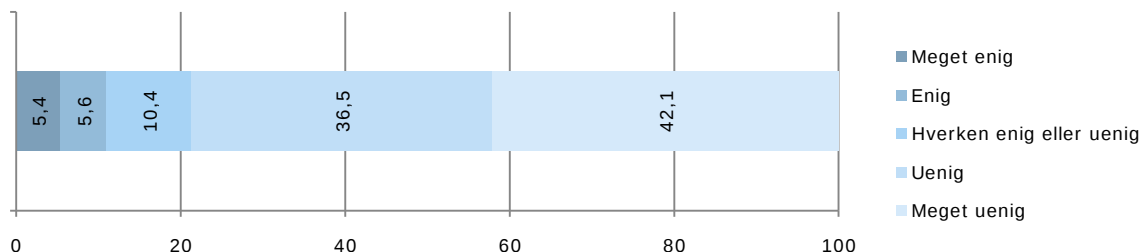
Figur 42 - Jeg var tilfreds med den måde, lægen talte til mig på i vagtlægekonsultationen (N = 2.002)

Hvorvidt vagtlægen havde for travlt er i alt 66,4 % af brugerne uenige eller meget uenige. Dette ligger på samme niveau som de to andre ydelsestyper. 17,3 % er enige eller meget enige i udsagnet om, at vagtlægen virkede til at have for travlt.

Figur 43 - Lægen i vagtlægekonsultationen virkede til at have for travlt (N = 1.977)

Det sidste tema, som brugerne er blevet bedt om at vurdere, er i hvilken grad lægen i vagtlægekonsultationen fik brugeren til at føle, at vedkommende spildte lægens tid. I alt 78,6 % af brugerne erklærer sig uenige eller meget uenige i dette udsagn, men 11 % erklærer sig enige. Gennemsnittet for dette tema ligger på samme niveau som for de brugere, som fik besøg af vagtlægen i hjemmet, men højere end for brugerne, hvis henvendelse resulterede i en telefonisk konsultation.

Figur 44 - Lægen i vagtlægekonsultationen fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid (N = 1.974)

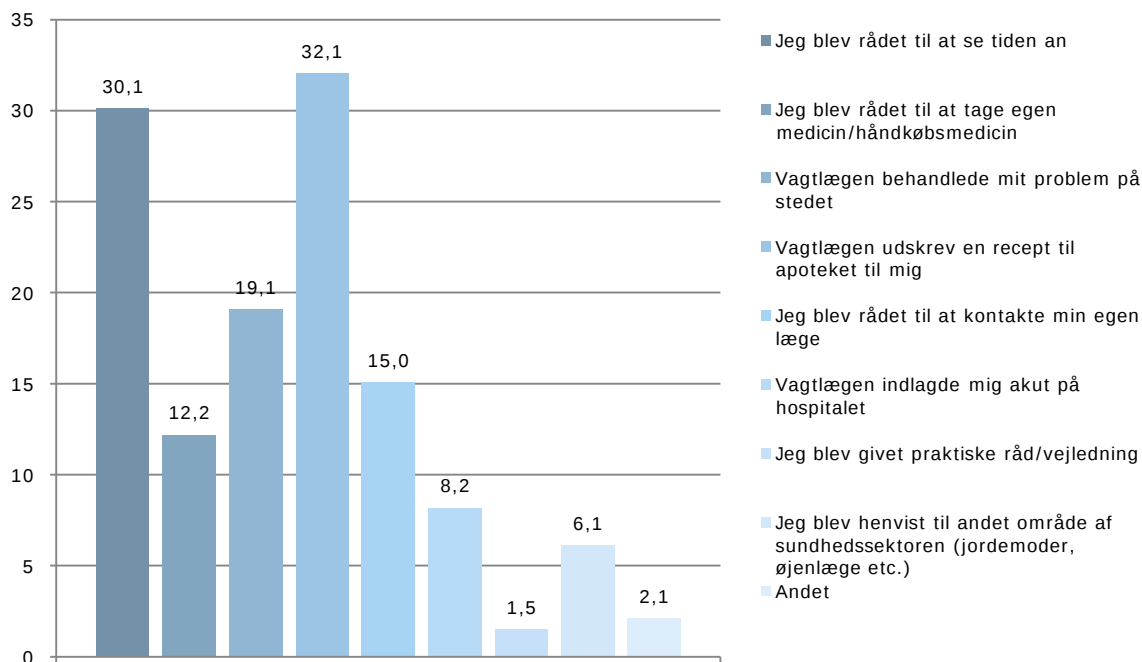


8.3 Resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen

Som det også gjorde sig gældende for de andre brugere af vagtlægeordningen, er brugerne som fik en tid til vagtlægekonsultationen blevet spurgt om, hvad resultatet blev. Det har også her været muligt at afgive flere svar, hvilket bevirker, at de forskellige kategorier summerer til mere end 100 %.

Det hyppigst forekommende resultat ved et besøg i vagtlægekonsultationen er, at vagtlægen udskriver en recept til brugeren, idet 32,1 % af de adspurgte har valgt denne mulighed. Næst hyppigst forekommende er det, at vagtlægen har rådet brugeren til at se tiden an – 30,1 %. I knapt hver femte af tilfældene er besøget i vagtlægekonsultationen endt med, at lægen behandlede brugerens problem på stedet. 8,2 % angiver, at de blev indlagt akut på hospitalet.

Figur 45 - Resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen (N = 2.006)

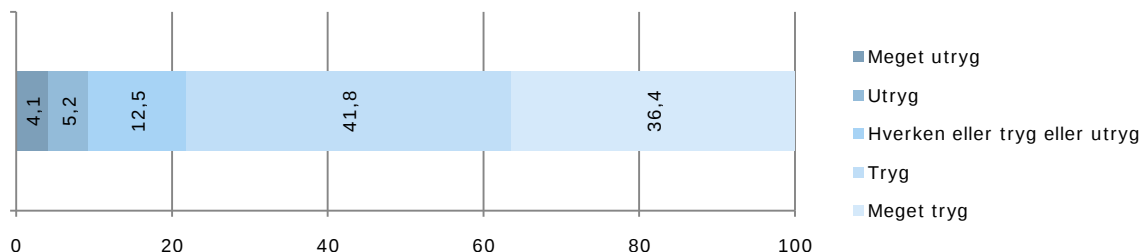


8.4 Tryghed ved de råd som vagtlægen gav

I Figur 46 vises fordelingen af brugerne på spørgsmålet om, hvor tryk vedkommende var ved de råd eller den behandling, som vedkommende modtog i vagtlægekonsultationen. 78,2 % angiver, at de er trykke eller meget trykke ved rådene eller behandlingen. Dette ligger midt imellem niveauet for henholdsvis brugere, som fik besøg i hjemmet (84,3 %) og brugere, hvis kontakt til

vagtlægen endte i en telefonisk konsultation (72 %). Knap hver 10. bruger af vagtlægekonsultationen angiver, at de enten var utrygge eller meget utrygge ved de råd eller den behandling, som de modtog.

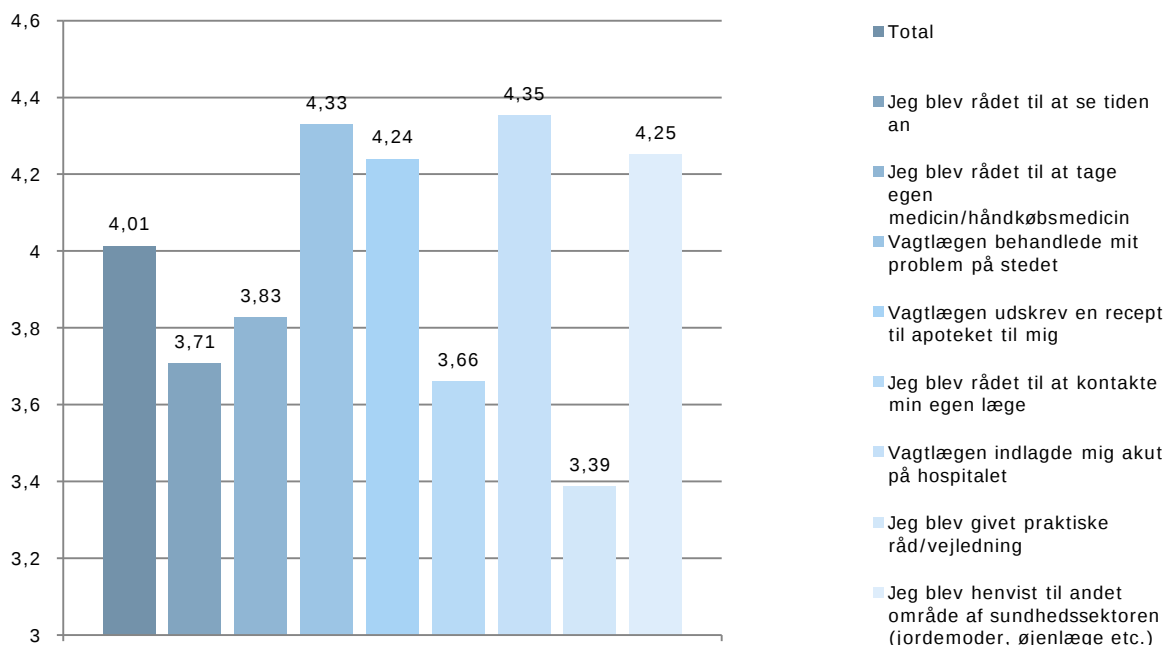
Figur 46 - Hvor tryk var du ved de råd eller den behandling, du fik i vagtlægekonsultationen (N = 2.000)



Overordnet set ligger gennemsnittet på spørgsmålet på 4,01. Der er imidlertid stor spredning i forhold til, hvad resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen blev. I Figur 47 fremgår gennemsnittet for spørgsmålet om tryk ved de råd eller den behandling, som brugeren modtog for de forskellige typer af resultater. Udelukkende de resultater, hvor gennemsnittet er signifikant større eller mindre end for totalen er præsenteret.

Otte af de i alt ni typer af resultater viser sig at have en signifikant indflydelse på graden af tryk. Fire, hvor graden af tryk er mindre og fire hvor graden af tryk er højere. I gruppen hvor graden af tryk er signifikant mindre inkluderer blandt andet de tilfælde, hvor brugeren er blevet rådet til at se tiden an eller kontakte egen læge. For de brugere hvor graden af tryk er højere er de tilfælde, hvor brugeren er blevet behandlet på stedet eller blevet henvist til et andet område af sundhedssektoren.

Figur 47 - Tryk ved råd fordelt på resultatet af besøget i vagtlægekonsultationen (gennemsnit)



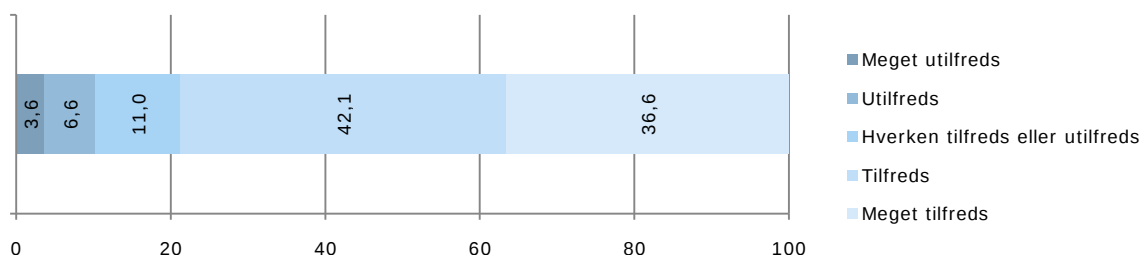
Samlet set tegner der sig et billede af, at de brugere, hvor resultatet af deres besøg i vagtlægekonsultationen udmundede sig i råd snarere end egentlig behandling (eller henvisning til andet område i sundhedssektoren) er signifikant mindre tryk end de personer, hvor resultatet blev egentlig behandling.

8.5 Tilfredshed med besøget i vagtlægekonsultationen alt i alt

Tilfredsheden med besøget i vagtlægekonsultation ligger, ligesom det gjorde sig gældende for graden af tryk, midt imellem de to andre ydelsestyper – se afsnit 6.4 og 7.4. I alt 78,7 % an-

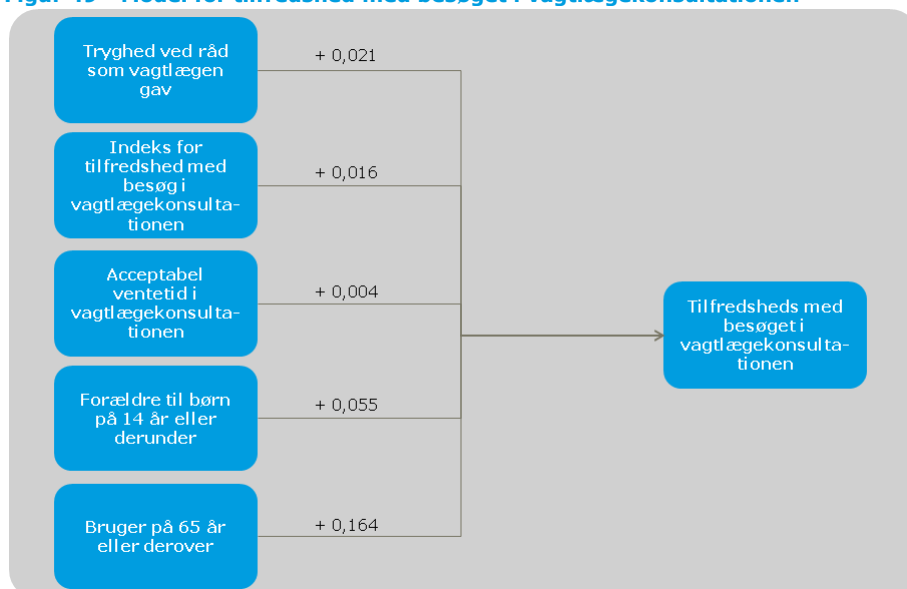
giver, at de enten var tilfredse eller meget tilfredse med besøget i vagtlægekonsultationen. 10,2 % af brugerne i vagtlægekonsultationen er utilfredse eller meget utilfredse med besøget.

Figur 48 - Tilfredshed alt i alt med besøget i vagtlægekonsultationen (N = 2.004)



I Figur 49 er der vist modellen for, hvilke faktorer som spiller en signifikant rolle i forhold til graden af tilfredshed med besøget i vagtlægekonsultationen alt i alt. Modellen viser i alt fem faktorer, som har en signifikant indflydelse på graden af tilfredshed og ligesom ved de to foregående modeller er faktorerne rangordnet efter betydning.¹³

Figur 49 - Model for tilfredshed med besøget i vagtlægekonsultationen



Som det også gjorde sig gældende for både tilfredsheden med besøg i hjemmet og den telefoniske konsultation spiller graden af tryghed den vigtigste rolle for tilfredsheden blandt brugerne. Jo højere grad af tryghed desto højere grad af tilfredshed med besøget i vagtlægekonsultationen.

For indekset gør det samme sig gældende – jo større score på indekset og dermed jo mere enig brugeren har været i de enkelte udsagn omkring besøget i vagtlægekonsultationen, desto mere tilfreds er brugeren med besøget (se afsnit 3.3.4 for en beskrivelse af, hvordan indekset er konstrueret).

Derudover spiller det en rolle for tilfredsheden, hvorvidt brugeren har oplevet ventetiden i vagtlægekonsultationen som acceptabel. I jo højere grad dette gør sig gældende desto mere tilfredse giver brugerne udtryk for de er med besøget i vagtlægekonsultationen.

Slutteligt er både forældre til børn under på 14 år eller derunder samt brugere på 65 år eller derover generelt mere tilfredse end brugerne imellem disse to "yderpunkter". Brugere på 65 år eller derover er den mest tilfredse gruppe.

¹³ De to sidste faktorer, "Forældre til børn på 14 år eller derunder" eller "Bruger på 65 år eller derover", er dummykodet, hvorfor de er placeret til sidst i modellen.

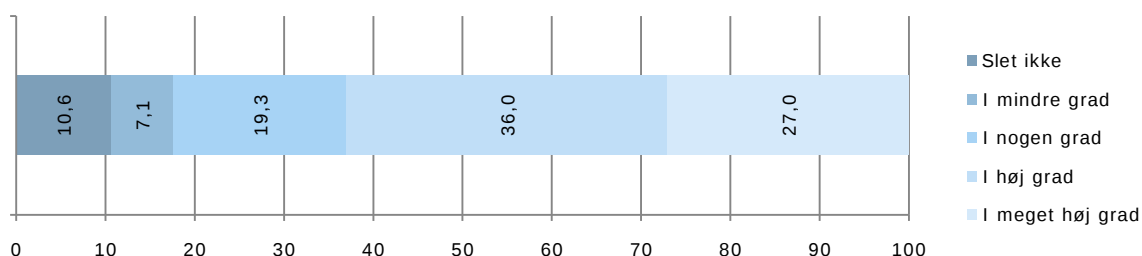
9. EFTERFORLØB

Respondenterne er i spørgeskemaet blevet bedt om at besvare en række spørgsmål, som omhandler deres vurdering af efterforløbet. De er blandt andet blevet spurgt til, hvorvidt de følte, at de havde fået hjælp til deres problem og i hvilken grad de havde gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen. Derudover er de blevet spurgt, hvorvidt de i forlængelse af deres kontakt til vagtlægen havde overvejet at indgive en formel klage over vagtlægen.

9.1 Oplevelsen af at have fået hjælp til problemet

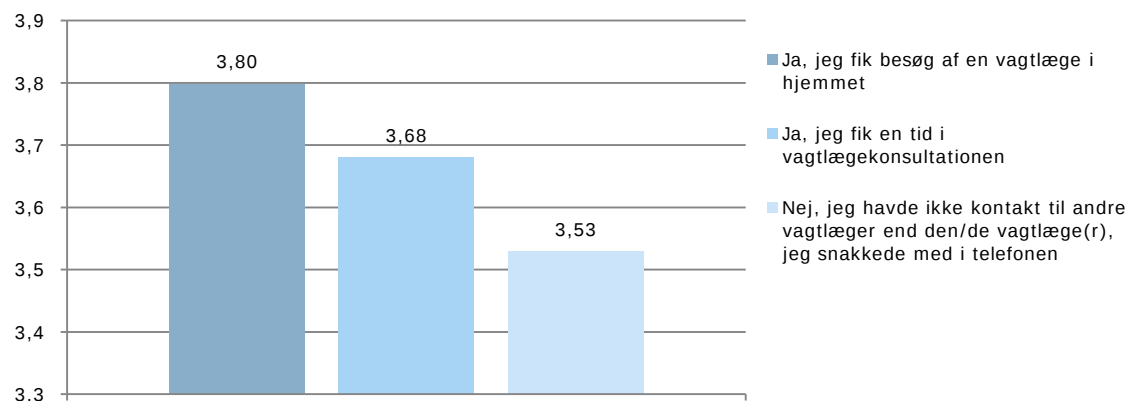
63 % af brugerne oplever efter deres kontakt med vagtlægeordningen, at de i høj grad eller meget høj grad har fået hjælp til det problem, som var årsag til henvendelsen. Knap hver femte angiver, at de i nogen grad oplever at have fået hjælp. Godt hver 10. bruger oplever, at de slet ikke har fået hjælp til problemet.

Figur 50 - Efter din kontakt til vagtlægen, oplevede du da, at du havde fået hjælp til dit problem? (N = 4.954)



Der er signifikant forskel på i hvilken grad brugerne oplever at have fået hjælp til deres problem alt afhængig af, hvilken form for kontakt til de har haft til vagtlægeordningen (ydelsestype). Brugere som fik besøg af en vagtlæge i hjemmet er den gruppe, som i videst udstrækning oplever, at de fik hjælp til det problem, som henvendelsen drejede sig om. Blandt de brugere, hvor kontakten til vagtlægeordningen endte med en telefonisk konsultation, er oplevelsen af at have fået hjælp til deres problem mindst.

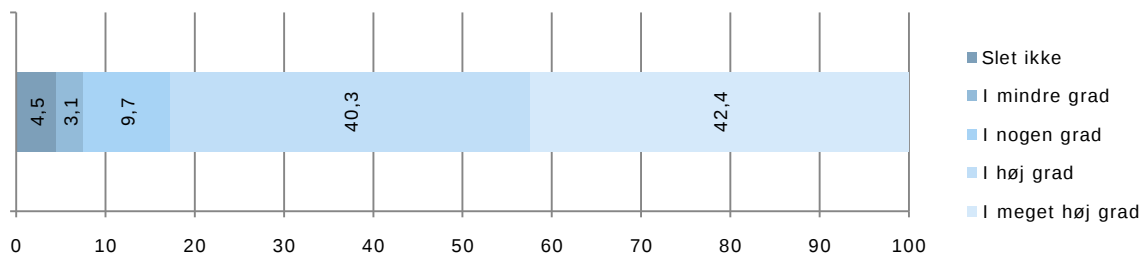
Figur 51 - Oplevelsen af at have fået hjælp fordelt på ydelsestype (gennemsnit)



9.2 Oplevelsen af at have gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen

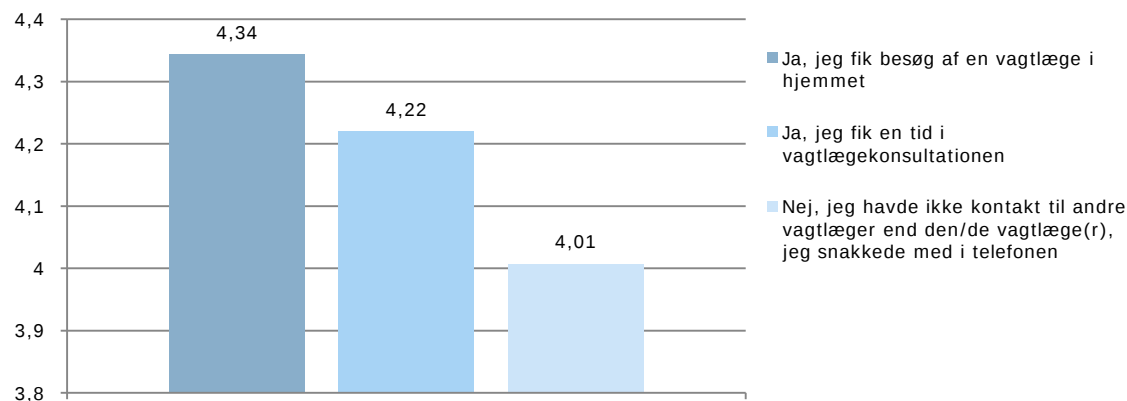
Efter spørgsmålet om hvorvidt brugeren oplevede at have fået hjælp til sit problem, blev vedkommende spurgt om denne havde gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen. 82,7 % angiver, at de i høj grad eller meget høj grad føler, at de gjorde det rigtige. Hver 10. angiver, at de i nogen grad havde gjort det rigtige. Knap hver 20. bruger har den opfattelse at de slet ikke gjorde det rigtige ved at kontakte vagtlægen.

Figur 52 - Efter din kontakt til vagtlægen, syntes du da, at du havde gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen? (N = 4.913)



Igen spores der en sammenhæng imellem ydelsestype og spørgsmålet. Mønstrer er det samme, som for spørgsmålet om, hvorvidt brugeren oplevede at have fået hjælp til problemet. Besøg i hjemmet resulterer i, at brugerne i højere grad oplever at have gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen, mens brugerne med telefonisk konsultation i lavere grad end de to andre ydelsestyper føler, at de gjorde det rigtige.

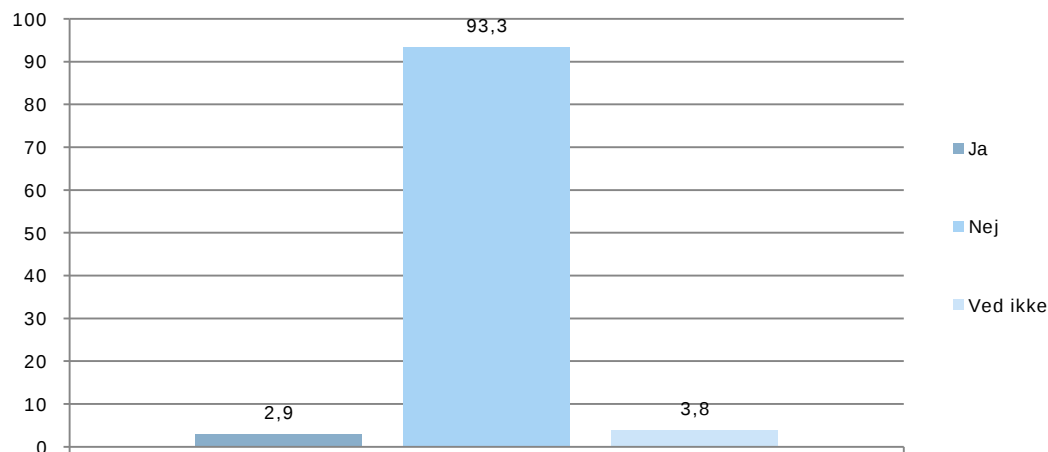
Figur 53 - Oplevelsen af at have gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen fordelt på ydelsestype (gennemsnit)



9.3 Formel klage

Sidste spørgsmål som behandles i dette afsnit vedrører, hvorvidt brugeren efter kontakten til vagtlægen overvejede at indgive en formel klage. 2,9 % af brugerne har overvejet at indgive en formel klage i forlængelse af deres kontakt til vagtlægen i uge 37.

Figur 54 - Har du overvejet at indgive en formel klage over din kontakt til vagtlægen (N = 5.033)



Der er i forbindelse med dette ingen signifikant forskel imellem de enkelte ydelsestyper – andelen som efterfølgende overvejer at indgive en officiel klage er den samme uagtet om brugeren eksempelvis fik et besøg i hjemmet eller en tid til vagtlægekonsultationen.

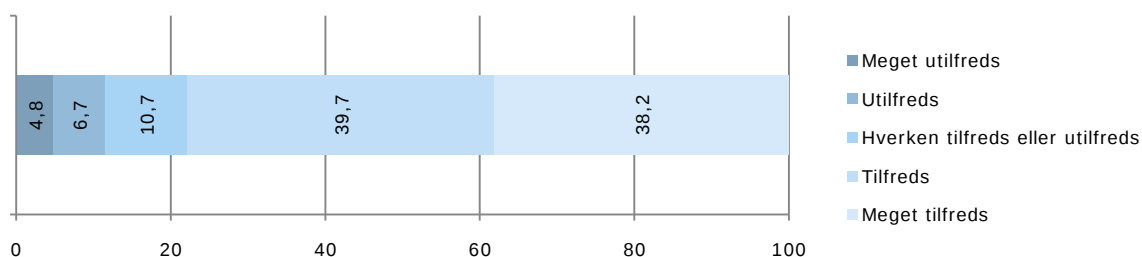
10. TILFREDSHED – OVERORDNET

I det følgende præsenteres resultaterne af undersøgelsen i forhold til de adspurgtes tilfredshed med kontakten til vagtlægen, som besvarelsene tager udgangspunkt i samt en præsentation af de adspurgtes helt overordnede tilfredshed med den danske vagtlægeordning.

10.1 Tilfredshed med kontakten

I undersøgelsen er de adspurgte blevet bedt om at tage stilling til udsagnet "Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt til vagtlægen?". De har derefter haft mulighed for at angive deres svar på en tilfredshedsskala gående fra meget tilfreds til meget utilfreds.

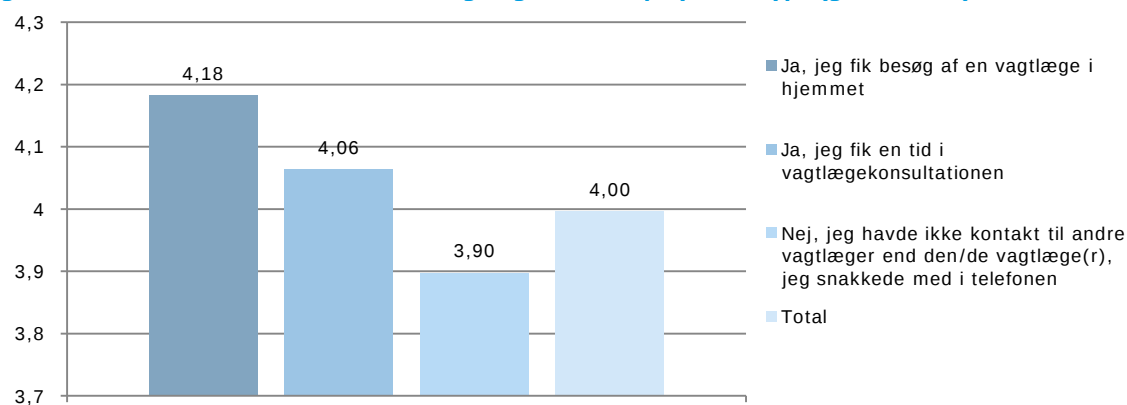
Figur 55 - Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt til vagtlægen (N = 4.969)



Som det fremgår af Figur 55 er mere end 3 ud af 4 tilfredse eller meget tilfreds med deres kontakt til vagtlægen (77,9 %). Ca. hver 10. angiver, at de hverken er tilfreds eller utilfredse. Knap hver 20. bruger er meget utilfreds med kontakten.

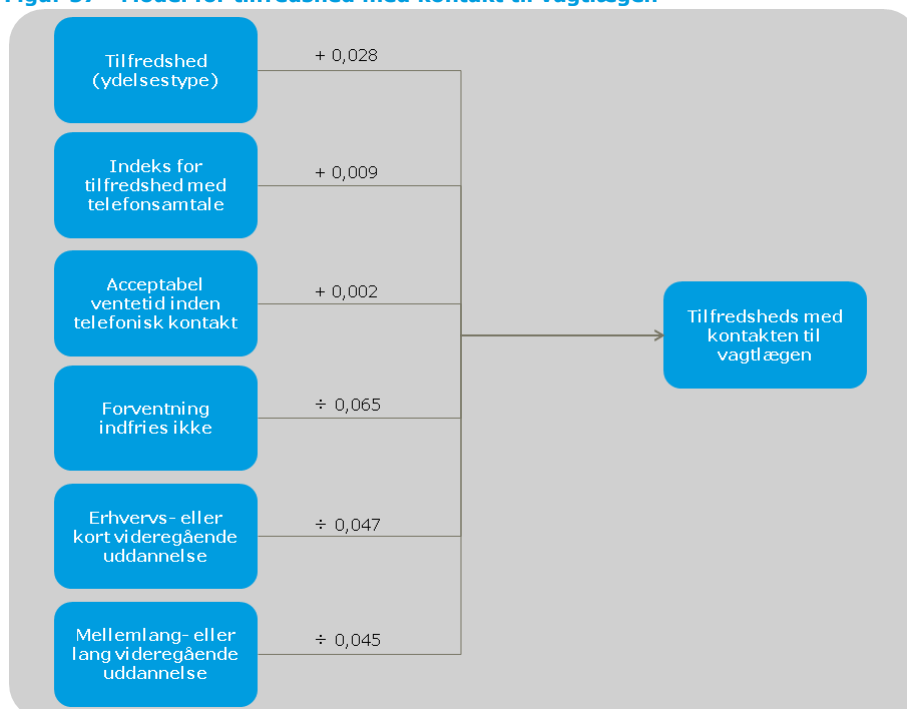
Ser man på tilfredsheden med kontakten til vagtlægen er der forskel på, hvor tilfredse brugerne er, er afhængig af, hvilken type af kontakt de havde til vagtlægen. Brugere som fik besøg i hjemmet er den gruppe, som er mest tilfreds med kontakten med et gennemsnit på 4,18. Brugere som udelukkende havde telefonisk kontakt med vagtlægen er mindst tilfreds med et gennemsnit på 3,9. Sidstnævnte gruppe er signifikant mindre tilfreds end de andre grupper.

Figur 56 - Tilfredshed med kontakten til vagtlægen fordelt på ydelsestype (gennemsnit)



I Figur 57 præsenteres de faktorer, som spiller en signifikant rolle i forhold til graden af tilfredshed med kontakten til vagtlægen. Faktorerne er ligesom i de tre foregående modeller rangordnet efter betydning for tilfredsheden.

Figur 57 - Model for tilfredshed med kontakt til vagtlægen



Ikke overraskende spiller graden af tilfredshed, som brugerne har givet udtryk for i forhold til ydelsestype (se Figur 23, Figur 34 samt Figur 48). Jo mere tilfredse brugerne er med ydelsestypen alt i alt, desto større tilfredshed med kontakten til vagtlægen.

Derudover spiller indekset for tilfredshed med den indledende telefonsamtale med vagtlægen en rolle for den overordnede tilfredshed (se afsnit 3.3.4 for en beskrivelse af, hvordan indekset er konstrueret). Dog ikke med samme styrke som tilfredsheden indenfor ydelsestyperne. Resultatet er, ikke overraskende, at jo større tilfredsheden var med temaerne for den telefoniske kontakt (ex. måden brugeren blev tiltalt på og hvorvidt vagtlægen forstod brugerens problem), desto større er tilfredsheden med kontakten til vagtlægen overordnet.

Ventetiden som blev oplevet inden brugeren kom igennem i telefonen til vagtlægen spiller også en signifikant rolle i forhold til tilfredsheden. Styrken af sammenhængen er dog relativt lille i forhold til de to foregående faktorer. Sammenhængen er som forventet – i jo højere grad brugeren finder ventetiden acceptabel desto højere er graden af tilfredshed med kontakten til vagtlægen.

Slutteligt er der tre faktorer, som spiller en negativ rolle i forhold til oplevet tilfredshed.¹⁴ For det første er de brugere, hvor deres forventning til resultatet af deres henvendelse ikke indfries, signifikant mindre tilfredse med kontakten til vagtlægen.

For det andet er der en effekt af uddannelse, idet både personer med en erhvervs- eller kort videregående uddannelse samt personer med en mellemlang eller lang videregående uddannelse helt overordnet set er mindre tilfredse end personer med enten en ungdomsuddannelse eller uddannelse på folkeskoleniveau.

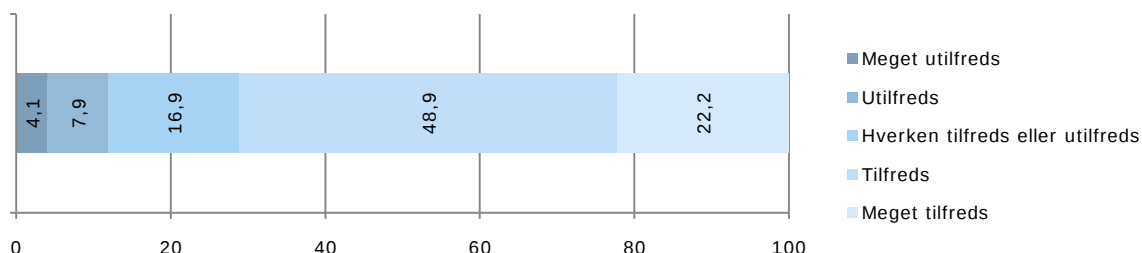
¹⁴ Alle tre faktorer er dummykodet – se eventuelt afsnit 6.4 på side 19 for yderligere information.

10.2 Tilfredshed med den danske lægevagtsordning

Det sidste spørgsmål i spørgeskemaet omhandler brugernes generelle tilfredshed med den danske vagtlægeordning og ikke blot deres seneste kontakt.

Resultatet fremgår af Figur 58. Det første der springer i øjnene er, at andelen som er tilfredse med den danske vagtlægeordning generelt er lavere end de, der erklærer sig tilfredse med kontakten til vagtlægen. Hvor der var 77,9 % som var tilfredse eller meget tilfredse med deres kontakt til vagtlægen, er andelen som er tilfredse eller meget tilfredse med vagtlægeordningen generelt 71,1 %. Derudover erklærer langt færre sig meget tilfredse (22,2 % vs. 38,2 %). I den anden ende af spektret er det 12 % som er utilfredse eller meget utilfredse med vagtlægeordningen generelt, hvilket ligger på samme niveau som for tilfredsheden med kontakten til vagtlægen (11,5 %). 16,9 % angiver, at de hverken er tilfredse eller utilfredse.

Figur 58 - Hvor tilfreds er du alt i alt med den danske vagtlægeordning (N = 4.805)



Relateres disse resultater til andre undersøgelser af brugertilfredsheden i den offentlige sektor, er gennemsnitsscoren på 3,77 på et niveau, som overgår andre områder (ex. Arbejdsformidlingen, De sociale myndigheder og Politiet). I en nylig offentliggjort undersøgelse fra SKAT er den højeste score for brugertilfredshed med forskellige områder inden for det offentlige på 3,74, mens den laveste ligger på 3,15.¹⁵ Sammenlignes der til gengæld med andre områder af den offentlige sektor (Folkeskolen, dagpasningstilbud og ældreområdet) ligger den overordnede tilfredshed dog en smule under niveauet.¹⁶

¹⁵ Undersøgelse offentliggjort på SKAT's hjemmeside 10. november 2009 (<http://www.skat.dk/getFile.aspx?Id=61276>)

¹⁶ *Det mener brugerne!* Finansministeriet og KL, januar 2005, publikation kan hentes på Finansministeriets hjemmeside.

BILAG 1

SPØRGESKEMA

BRUGERUNDERSØGELSE

Undersøgelse af kvalitet i vagtlægeordningen

Du bedes venligst i det følgende udfylde spørgeskemaet ud fra din telefoniske **kontakt til vagtlægen den [DATO]**.

Hvis det ikke var dig, der havde telefonisk kontakt til vagtlægen, bedes du venligst sørge for, at den person, der havde kontakten, besvarer skemaet.

For børn under 15 år gælder, at skemaet skal besvares af den voksne, som har haft den telefoniske kontakt til vagtlægen på barnets vegne.

Hvis du har svært ved selv at udfylde og indsende spørgeskemaet, vil vi opfordre dig til at få hjælp fra en pårørende eller anden bekendt.

Dine svar er naturligvis helt anonyme og vil blive behandlet fortroligt.

Når du har udfyldt spørgeskemaet, bedes du venligst anvende den vedlagte svarkuvert til at sende skemaet retur til Rambøll Management Consulting, der behandler svarene for Sundhedsstyrelsen. Porto er betalt.

Har du spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte Rambøll Management Consulting på telefon **8944 7999** eller på mail **skemasupport@r-m.com**

Baggrundsoplysninger

Hvem havde telefonisk kontakt til vagtlægen og svarer dermed på spørgsmålene i dette skema?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Brugeren selv (personen, som henvendelsen til vagtlægen drejede sig om)
- (2) ☐ Forælder til bruger/barn under 15 år
- (3) ☐ Pårørende til bruger på 15 år eller derover (forældre, søskende, børn, mm.)
- (4) ☐ Ven eller bekendt til brugeren
- (5) ☐ Ansat
- (6) ☐ Anden person, angiv venligst: _____

1) Hvad er din sidst afsluttede uddannelse?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Ingen afsluttet uddannelse
- (2) ☐ Folkeskole, mellemskole, realeksamen
- (3) ☐ EFG/HG/Teknisk skole (1-årig ungdomsuddannelse)
- (4) ☐ HH/HF/Studentereksamen
- (5) ☐ Erhvervsuddannelse (faglært, håndværker, HK, mm.)
- (6) ☐ Kort videregående uddannelse (1-2 år)
- (7) ☐ Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)
- (8) ☐ Lang videregående uddannelse (5 år eller derover)
- (9) ☐ Ønsker ikke at oplyse

2) Hvor mange personer bor der i din husstand inkl. dig selv?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ 1 person
- (2) ☐ 2 personer
- (3) ☐ 3 personer
- (4) ☐ 4 personer
- (5) ☐ 5 personer
- (6) ☐ 6 personer eller flere
- (7) ☐ Andet (plejehjem, døgninstitution mm.) -> **Gå til spm. 3**
- (8) ☐ Ønsker ikke at oplyse

2.1) Hvor mange børn under 18 år bor der i alt i din husstand?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Ingen børn
- (2) ☐ 1 barn
- (3) ☐ 2 børn
- (4) ☐ 3 børn
- (5) ☐ 4 børn
- (6) ☐ 5 børn eller flere
- (7) ☐ Ønsker ikke at oplyse

3) Hvordan vil du vurdere dit eget helbred?

Sæt kun ét kryds

Meget godt

Godt

**Hverken godt
eller dårligt**

Dårligt

**Meget
dårligt**

Ved ikke

☐☐☐☐☐☐

Vi vil bede dig om at tage udgangspunkt i din telefoniske kontakt til vagtlægen fra uge 37, når du besvarer de følgende spørgsmål (se den præcise dato i brevet).

Årsag til henvendelse

4) Hvad var årsagen til, at du henvendte dig til vagtlægen?

Sæt gerne flere kryds

- | | |
|--|---|
| ☐ Feber | ☐ Mavesmerter |
| ☐ Hoste | ☐ Andre smerter |
| ☐ Opkastning/diarré | ☐ Åndedrætsproblemer |
| ☐ Svimmelhed | ☐ Skade/ulykke |
| ☐ Øjenbetændelse | ☐ Urinvejsinfektion/blærebetændelse |
| ☐ Hovedpine | ☐ Graviditet/uønsket graviditet |
| ☐ Øresmerter | ☐ Blødninger fra underlivet |
| ☐ Halssmerter | ☐ Psykiske problemer |
| ☐ Brystsmerter | ☐ Havde brug for fornyelse af recept |

☐ Andet. Skriv venligst årsag: _____

5) Har du inden for de seneste 3 måneder henvendt dig til vagtlægen med samme problemer, som du nævner ovenfor?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke

6) Hvad forventede du, inden du ringede til vagtlægen?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ At få besøg af en vagtlæge derhjemme
(2) ☐ At få en tid i vagtlægekonsultationen
(3) ☐ At blive henvist til skadestuen
(4) ☐ At få hjælp af vagtlægen over telefonen
(5) ☐ Jeg ved ikke, hvad jeg forventede

Telefonsamtalen med vagtlægen

7) Nu følger en række udsagn om forløbet af din telefonsamtale med vagtlægen.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Ventetiden fra jeg ringede op, til jeg kom igennem til en vagtlæge, var acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vagtlægen, der tog telefonen, forstod mit problem	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var tilfreds med den måde, vagtlægen talte til mig på i telefonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7) De næste to udsagn handler om forløbet af din telefonsamtale med vagtlægen.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Vagtlægen, der tog telefonen, virkede til at have for travlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vagtlægen, der tog telefonen, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8) Fik du - som følge af din telefoniske kontakt til vagtlægen - besøg af en vagtlæge i hjemmet eller en tid i vagtlægekonsultationen?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Ja, jeg fik besøg af en vagtlæge i hjemmet -> **Gå til spørgsmål 12**
- (2) ☐ Ja, jeg fik en tid i vagtlægekonsultationen -> **Gå til spørgsmål 16**
- (3) ☐ Nej, jeg havde ikke kontakt til andre vagtlæger end den/de vagtlæge(r), jeg snakkede med i telefonen -> **Gå til spørgsmål 9**

9) Hvad blev resultatet af din telefonsamtale med vagtlægen?

Sæt gerne flere kryds

- (1) ☐ Jeg blev rådet til at se tiden an
- (2) ☐ Jeg blev rådet til at tage egen medicin/håndkøbsmedicin
- (3) ☐ Jeg fik en recept til apoteket
- (4) ☐ Jeg blev rådet til at kontakte min egen læge
- (5) ☐ Jeg fik sendt en hjemmesygeplejerske
- (6) ☐ Jeg blev henvist til skadestuen
- (7) ☐ Jeg blev indlagt akut på hospitalet
- (8) ☐ Andet: _____

10) Hvor tryk var du ved de råd, du fik af vagtlægen i telefonen?

Sæt kun ét kryds

Meget tryk	Tryk	Hverken eller	Utryk	Meget utryk	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Sæt kun ét kryds

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gå nu til spørgsmål 21 ->

Besøg af vagtlægen i hjemmet

12) Nu følger en række udsagn om forløbet af vagtlægens besøg hjemme hos dig.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Ventetiden fra jeg ringede, indtil vagtlægen kom hjem til mig, var acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vagtlægen, der kom hjem til mig, var grundig i sin undersøgelse af mig	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var tilfreds med den måde vagtlægen talte til mig på ved hjemmebesøget	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12) De næste to udsagn handler også om forløbet af vagtlægens besøg hjemme hos dig.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Vagtlægen, der kom hjem til mig, virkede til at have for travlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vagtlægen, der kom hjem til mig, fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13) Hvad blev resultatet af vagtlægens besøg i hjemmet?

Sæt gerne flere kryds

- (1) ☐ Jeg blev rådet til at se tiden an
- (2) ☐ Jeg blev rådet til at tage egen medicin/håndkøbsmedicin
- (3) ☐ Vagtlægen behandlede mit problem på stedet
- (4) ☐ Vagtlægen udskrev en recept til apoteket til mig
- (5) ☐ Jeg blev rådet til at kontakte min egen læge
- (6) ☐ Vagtlægen indlagde mig akut på hospitalet
- (7) ☐ Andet: _____

14) Hvor tryk var du ved de råd eller den behandling, du fik af vagtlægen i hjemmet?

Sæt kun ét kryds

Meget tryk	Tryk	Hverken eller	Utryk	Meget utryk	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15) Hvor tilfreds var du alt i alt med vagtlægens besøg i hjemmet?

Sæt kun ét kryds

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gå nu til spørgsmål 21 ->

Besøg i vagtlægekonsultationen

16) Hvor lang transporttid brugte du sammenlagt på at komme hen til vagtlægekonsultationen?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Mindre end 15 minutter
- (2) ☐ 15-30 minutter
- (3) ☐ 31-60 minutter
- (4) ☐ Mere end 60 minutter
- (5) ☐ Ved ikke

17) Nu følger en række udsagn om forløbet af dit besøg i vagtlægekonsultationen.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Det var i orden, at jeg blev henvist til vagtlægekonsultationen i stedet for, at vagtlægen kom hjem til mig	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ventetiden i vagtlægekonsultationen var acceptabel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lægen i vagtlægekonsultationen var grundig i sin undersøgelse af mig	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jeg var tilfreds med den måde, lægen talte til mig på i vagtlægekonsultationen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17) De næste to udsagn handler også om forløbet af dit besøg i vagtlægekonsultationen.

Du skal for hvert udsagn angive, hvor enig/uenig du er i udsagnet.

Sæt kun ét kryds ud for hvert udsagn

	Meget enig	Enig	Hverken eller	Uenig	Meget uenig	Ved ikke
						
Lægen i vagtlægekonsultationen virkede til at have for travlt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lægen i vagtlægekonsultationen fik mig til at føle, at jeg spildte hans/hendes tid	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18) Hvad blev resultatet af dit besøg i vagtlægekonsultationen?

Sæt gerne flere kryds

- (1) ☐ Jeg blev rådet til at se tiden an
- (2) ☐ Jeg blev rådet til at tage egen medicin/håndkøbsmedicin
- (3) ☐ Vagtlægen behandlede mit problem på stedet
- (4) ☐ Vagtlægen udskrev en recept til apoteket til mig
- (5) ☐ Jeg blev rådet til at kontakte min egen læge
- (6) ☐ Vagtlægen indlagde mig akut på hospitalet
- (7) ☐ Andet: _____

19) Hvor tryk var du ved de råd eller den behandling, du fik i vagtlægekonsultationen?

Sæt kun ét kryds

Meget tryk	Tryk	Hverken eller	Utryk	Meget utryk	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Sæt kun ét kryds

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Efterforløb

21) Efter din kontakt til vagtlægen, oplevede du da, at du havde fået hjælp til dit problem?

Sæt kun ét kryds

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

22) Efter din kontakt til vagtlægen, syntes du da, at du havde gjort det rigtige ved at kontakte vagtlægen?

Sæt kun ét kryds

I meget høj grad	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

23) Har du overvejet at indgive en formel klage over din kontakt til vagtlægen?

Sæt kun ét kryds

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej
(3) ☐ Ved ikke

24) Hvor tilfreds var du alt i alt med din kontakt til vagtlægen?

Sæt kun ét kryds

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

25) Hvor tilfreds er du alt i alt med den danske vagtlægeordning?

Sæt kun ét kryds

Meget tilfreds	Tilfreds	Hverken eller	Utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Generelle kommentarer:

Deltagelse i fokusgruppemøde

Har du lyst til at deltage i et fokusgruppemøde om styrker og svagheder ved vagtlægeordningen?

Du vil i så fald blive kontaktet af Sundhedsstyrelsen, som vil oplyse nærmere om tid og sted. Mødet varer cirka 2 timer.

Ved deltagelse vil du modtage en gave og vil naturligvis også få dækket dine transportudgifter.

Sæt kun ét kryds

(1) ☐ Ja

(2) ☐ Nej

HVIS JA: Angiv venligst dine kontaktoplysninger nedenfor:

Dit navn: _____

Din e-mailadresse: _____

Dit telefonnummer: _____
(meget gerne mobil)

Sundhedsstyrelsen

Lægevagstens styrker og svagheder

Slutrapport

December 2009

COWI

COWI A/S
Parallelvej 2
2800 Kongens Lyngby

Telefon 45 97 22 11
Telefax 45 97 22 12
www.cowi.dk

Sundhedsstyrelsen

Lægevagtens styrker og svagheder

Slutrapport

December 2009

Dokumentnr.	P-71938-A-1
Version	4
Udgivelsesdato	9. december 2009
Udarbejdet	THHO, LIVE, LSPE
Kontrolleret	LSPE
Godkendt	THHO

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	2
1.1	Formål og metode	2
2	Sammenfatning	5
3	Organisation	9
3.1	Brug af lægevagten	10
3.2	Organisering af lægevagten	17
3.3	Kommunikation	26
4	Faglig kvalitet og patientsikkerhed	28
4.1	Kvalitet og patientsikkerhed	29
5	Lægevagtens samarbejdspartnere	35
5.1	Region Nordjylland	36
5.2	Region Midtjylland	37
5.3	Region Syddanmark	39
5.4	Region Sjælland	40
5.5	Region Hovedstaden	41
6	Brugeroplevelser	44
6.1	Forventninger til lægevagten	45
6.2	Tilfredshed med lægevagten	46
6.3	Information og tilgængelighed	49

Bilagsfortegnelse

Bilag

Interviewguides til brug for interview med vagtlæger, lægevagtschefer, regionale planlægningschefer, samarbejdspartnere og patienter

1 Indledning

Denne rapport indeholder en undersøgelse af kvaliteten af lægevagtordningen. Der er fokus på både at belyse styrker og svagheder ved lægevagtordningen, og indsamlingen af data er sket gennem bredspektrede fokusgruppeinterview.

Rapporten er udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen. Dataindsamlingen og afrapporteringen er gennemført i perioden fra september til november 2009. Undersøgelsen indgår som et led i Sundhedsstyrelsens generelle undersøgelse af kvaliteten i lægevagtsordningen.

1.1 Formål og metode

Formål

Formålet med denne undersøgelse er følgende:

Tekstboks 1.1 Opgavebeskrivelse

At belyse lægevagtsordningens styrker og svagheder med vægt på, hvordan lægevagtsordningen fremover kan udvikles fagligt og organisatorisk med henblik på at fremme kvaliteten i ordningen og patientsikkerheden.

Kilde: Sundhedsstyrelsens opgavebeskrivelse for undersøgelsen

Metode

Metoden til at belyse styrker, svagheder mv. af lægevagtsordningen har været gennemførelsen af en række fokusgruppeinterview med følgende grupper:

- brugere af vagtlægeordningen
- vagtlægechefer
- regionale planlægningschefer
- vagtlæger
- vagtlægernes samarbejdspartnere

Der er planlagt gennemført fokusgruppeinterview i hver af de fem regioner med deltagelse af henholdsvis vagtlæger¹, deres samarbejdspartnere samt brugerne

¹ På landsplan har følgerne typer af vagtlæger deltaget: Vagtlæger med henholdsvis få og mange vagter, vagtlæger, der kører meget på vejen, vagtlæger, der sidder meget ved telefonen, vagtlæger henholdsvis med og uden praksis, samt unge læger under uddannelse, som fungerer som vagtlæge.

af lægevagtordningen. Der er ligeledes på landsplan gennemført et fokusgruppeinterview med henholdsvis lægevagtschefer og regionale planlægningschefer.

Som følge af praktiske vanskeligheder og den stramme tidsplan for undersøgelsen har vi på enkelte områder måttet afvige fra den oprindelige plan for dataindsamlingen, da det ikke var muligt at samle alle deltagere i fokusgrupperne. I disse tilfælde er der i nogle tilfælde gennemført supplerende telefoniske interview.

Den samlede status for dataindsamlingen og gennemførelsen af fokusgrupperne fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 1.1 Interessenter og dataindsamling

Interessent	Gennemført dataindsamling
Regionale planlægningschefer	Der er afholdt et landsdækkende fokusgruppeinterview med regionernes chefer/planlæggere. Region Midtjylland deltog ikke i interviewet, men har efterfølgende afleveret en skriftlig besvarelse af spørgsmålene i interviewguiden.
Vagtlæger	Der er afholdt et fokusgruppeinterview med vagtlæger i hver af landets fem regioner.
Vagtlægechefer	Der er gennemført et landsdækkende fokusgruppeinterview med vagtlægechefer og formanden for PLO's akutudvalg.
Vagtlægernes samarbejdspartnere	Der er afholdt et fokusgruppeinterview med vagtlægernes samarbejdspartnere i hver af landets fem regioner - undtagen i Region Syddanmark. I Region Syddanmark var det ikke muligt at finde en dato for et fokusgruppeinterview med samarbejdspartnerne. I stedet er der gennemført 5 telefoninterview.
Brugere af lægevagtordningen	Der er gennemført fokusgruppeinterview med brugergrupperne: Småbørnsforældre og ældre brugere (dvs. 65+-årige) i både Vest- og Østdanmark. I Østdanmark blev gennemført et telefoninterview med en enkelt bruger med anden etnisk baggrund.

COWI har planlagt, udført og bearbejdet fokusgruppeinterview og telefoninterview. Med hensyn til planlægning af fokusgruppeinterview med vagtlæger og samarbejdspartnere har vagtlægecheferne henholdsvis regionerne dog været os behjælpelige med identifikation af egnede personer til deltagelse i interviewene.

Fokusgruppeinterview og telefoninterview er gennemført ud fra tre forskellige interviewguides rettet mod henholdsvis

vagtlæger, vagtlægechefer og regionale planlægningschefer
lægevagtens samarbejdspartnere
brugere af lægevagtordningen

Disse tre interviewguides - som er udarbejdet i en dialog med Sundhedsstyrelsen - er vedlagt i bilag 2. Der er taget referat af interviewene, som efterfølgende er blevet bearbejdet med henblik på nærværende afrapportering.

De efterfølgende afsnit er strukturerede ud fra spørgsmålene i de anvendte interviewguides. Det kan forekomme, at der tilsyneladende mangler svar på et eller flere spørgsmål. Dette skyldes, at oplysningerne er afgivet i forbindelse med besvarelse af andre spørgsmål.

Om fokusgruppeinterview

Fokusgruppeinterview er velegnede i situationer, hvor man ønsker et naturligt indblik i, hvordan interessenternes holdninger og erfaringer er. Ved fokusgruppeinterview reagerer interessenterne på hinandens fortællinger og holdninger. Metoden er god til at frembringe mange - og ofte forskelligartede - holdninger og synspunkter om et emne. Ønsker man et detaljeret og mere tilbundsående indblik i et emne, kan denne metode ikke stå alene. Eftersom man under fokusgruppeinterview ikke udspørger den enkelte interessent, er det ikke muligt at få et præcist billede af, hvor mange interessenter, der måtte være enig i samme holdning eller har samme erfaring.

Med hensyn til denne afrapportering kan det generelt oplyses, at der er lagt vægt på at gengive de forskellige interessenters synspunkter så loyalt som muligt. Det kan derfor forekomme, at der optræder selvmodsigelser eller lignende i nogle af udsagnene.

Nærværende afrapportering har i et 1. udkast været præsenteret for Sundhedsstyrelsen på et møde 24. november. Den endelige rapport er afleveret til Sundhedsstyrelsen den 9. december 2009.

2 Sammenfatning

COWI har for Sundhedsstyrelsen foretaget en undersøgelse af lægevagtordningens styrker og svagheder. Undersøgelsens datagrundlag er en række fokus-gruppeinterview med vagtlægechefer, regionale planlægningschefer, vagtlæger, samarbejdspartnere samt brugere af lægevagtordningen.

Velfungerende ordning

Den overordnede konklusion er, at lægevagtsordningen i det store og hele er velfungerende i forhold til den lægefaglige håndtering af de opgaver, som lægevagtordningen er skabt til at håndtere, nemlig akut opståede skader og sygdom udenfor almindelig åbningstid hos egen praktiserende læge. Denne vurdering deles både af chefer og medarbejdere i lægevagtordningen samt af brugerne af ordningen.

Mindre justeringer

Den overordnede konklusion er endvidere, at der kan være et behov for en række mindre justeringer af lægevagtordningen. Vores undersøgelse peger på, at der særligt kan være grundlag for at foretage justeringer på følgende områder:

- vagtlægernes adgang til informationer
- brugen af sygeplejersker til støttefunktioner og til visse afgrænsede behandlingsmæssige opgaver
- forbedring af lokaleforhold og patientstyring visse steder i konsultationen
- styrke samarbejde og koordination med hjemmeplejen og sygehusenes akutmodtageafdelinger
- en præcisering af de ledelsesmæssige roller og ansvar i lægevagtordningen
- intensiveret indsats for at styrke vagtlægernes "kommunikative" kompetencer i dialogen med brugerne

Styrker/ svagheder

Det har ikke været et direkte formål med denne undersøgelse at komme med konkrete forslag til, hvordan lægevagtordningen kan forbedres. Formålet har været at belyse styrker og svagheder ved ordningen via interview med repræsentanter for ordningen samt brugerne af ordningen. I det følgende sammenfattes undersøgelsens resultater med udgangspunkt i følgende ni temaer:

- Brugernes forventninger
- Særlige brugergrupper
- Kommunikation mellem vagtlæge og patient
- Samarbejde mellem lægevagten og den kommunale hjemmepleje, sygehus og apoteker
- Vagtlægernes ønsker om adgang til patientoplysninger
- Fælles kliniske retningslinjer

- Brug af sygeplejersker i lægevagten
- Vagtlægekonsultationens lokaler
- Vagtlægechefens rolle og opgaver

Realistiske forventninger

Brugernes forventninger

De regionale planlægningschefer og vagtlægerne oplever generelt, at patienternes forventninger til lægevagten er realistiske. Vagtlægerne oplever dog også, at der er en række brugerforventninger, der ligger udover lægevagtordningens akutte funktion, f.eks. udstedelse af recepter på p-piller og ønske om efterprøvning af egen læges vurdering. Ifølge repræsentanterne fra lægevagtordningen "fylder" disse forventninger meget i lægevagtordningen - selv om de ikke nødvendigvis står for en særlig stor andel af henvendelserne til lægevagtordningen.

Flere brugere finder, at der er let adgang til lægevagts telefonnummer og udtrykker generelt tilfredshed med den lægefaglige indsats i forbindelse med den telefoniske visitation, lægevagtkonsultation og ved hjemmebesøg. Ældre brugere er generelt mere tilfredse end småbørnsforældre. Småbørnsforældrene får dog ikke altid imødekommet deres forventninger om, at vagtlægen ved de telefoniske visitationer bør give sig tid til at afgive uddybende svar på spørgsmål.

Særlige udfordringer

Særlige brugergrupper

Regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger peger på en række brugergrupper, der giver anledning til særlige udfordringer i lægevagten. Det drejer sig om følgende grupper:

- Psykisk syge, hvor især sygebesøg kan være tidskrævende og ofte kræver involvering af hjemmepleje og/eller politi
- Kronikere med akutte forværringer, og patienter med multiple sygdomme
- Medicinmisbrugere, som man dog ikke møder i samme omfang som tidligere, bl.a. på grund af vagtlægernes indsats for ikke at udskrive afhængighedsskabende medicin
- Brugere med dårligt socialt netværk, hvor lægevagten nogle gange dækker et socialt betinget behov
- Borgere med anden etnisk baggrund end dansk, hvor sproglige og kulturelle barrierer i forbindelse med den telefoniske visitation kan være en udfordring.

Der kan være behov for at sætte særlig fokus på, hvordan man bedst muligt kan håndtere disse brugergrupper i lægevagtordningen.

Telefonisk visitation - en udfordring

Kommunikation mellem vagtlæge og patient

De regionale planlægningschefer oplyser, at der er få klager over vagtlægerne, og at disse klagesager typisk vedrører den telefoniske visitation. Vagtlægerne finder selv, at de er gode til at kommunikere med patienterne. De oplever primært problemer i forbindelse med telefoniske visitation, mens vagtlægekonsultationer og hjemmebesøg sjældent giver anledning til større "kommunikative" udfordringer for vagtlægerne. Vagtlægerne anfører dog, at visitationen af brugere med anden baggrund end dansk, kan give anledning til særlige udfordringer på grund af sprog og kultur.

Brugerne er generelt rimeligt tilfredse med kommunikationen mellem patient og vagtlæge. Ældre brugere af lægevagtordningen oplever gennemgående, at kommunikationen er bedre end yngre patienter og småbørnsforældre. Flere brugere foreslår, at der sættes fokus på en kompetenceudvikling af vagtlægernes evner til at kommunikere med patienterne, hvilket da også er et gennemgående tema i uddannelsen af vagtlægerne i regionerne.

Samarbejde mellem lægevagten og kommunale hjemmepleje, sygehuse og apoteker

Godt samarbejde -
der dog kan styrkes

Generelt giver lægevagtens samarbejdspartnere og vagtlægerne udtryk for, at de har et godt gensidigt samarbejde. Dog peger samarbejdspartnere og vagtlægerne på, at samarbejdet kan styrkes på en række områder.

- I den kommunale hjemmepleje oplever man, at den vagtlæge, som besøger en patient, under tiden har for lidt viden om patientens sygehistorie og medicinforbrug, og hjemmeplejen efterlyser også en tilbagemelding fra vagtlægen efter patientbesøg. Vagtlægerne har løbende behov for opdatering af hjemmeplejens telefonnumre, kontaktpersoner m.m. og behov for at kommunikere med kommunalt personale med relevant klinisk uddannelse.
- Sygehusenes akutmodtagelser og børnemodtagelser oplever nogle gange, at vagtlægerne henviser for mange patienter til skadestue eller indlæggelse, og at mange patienter visiteres til indlæggelse uden at være tilset af vagtlægen. Vagtlægerne har behov for ukompliceret adgang til indlæggelse af patienter på sygehusene og behov for hurtig tilbagemelding (herunder epikriser).
- Døgnapotekerne oplyser, at vagtlægernes angivelse af medicindoser på recepter kan være for upræcise.

Der kan være et behov for at sætte fokus på disse områder, idet der i nogle tilfælde anvendes unødigt mange ressourcer i lægevagten på løsning af opgaverne i relation til samarbejdspartnere.

Vagtlægernes ønsker om adgang til patientoplysninger

Regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger tager udgangspunkt i, at man som vagtlæge skal forholde sig til den akutte situation og kun disponere over oplysninger, der er nødvendige for at kunne klare denne akutte opgave forsvarligt.

Ønsker om
oplysninger

Vagtlægerne finder, at de generelt har de oplysninger, som de har brug for, men de ønsker en lettere adgang til bl.a. medicinoplysninger på patienterne, flere notater end de tre sidste ved hjemmebesøg samt oplysninger om kronikere og epikriser. Der peges endvidere på, at det er helt afgørende, at de it-systemer, der understøtter vagtlægen, er nemme at arbejde med og hurtigt giver de nødvendige oplysninger.

Fælles kliniske retningslinjer

De regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger finder at de eksisterende fælles kliniske retningslinjer er tilstrækkelige for lægevagten. Vagtlægerne peger på behovet for en mere ensartet forståelse af kriterier for visitation. Et enkelt sygehus ser et behov for mere ensartede behandlingstiltag, så der er mindre forskelle mellem de forskellige vagtlægers handlinger og rutiner.

Brug af sygeplejersker i lægevagten

Der er bred enighed blandt regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger om, at sygeplejersker ikke bør tage del i den telefoniske visitation i lægevagtordningen, fordi de ikke har "de særlige lægefaglige kvalifikationer som kræves af en visitator." Brugere af lægevagtordningen er også modstandere af brugen af sygeplejersker til denne funktion.

Funktioner, som sygeplejersker kan indgå i

Lægerne og brugerne peger på, at sygeplejersker godt kan indgå i en række andre funktioner i lægevagtordningen. Lægerne nævner bl.a. styring af ventelister og -værelse, podninger, prøvetagning og behandling af mindre skader.

Vagtlægekonsultationens lokaler

De relativt få steder, hvor vagtlægekonsultation og akutmodtagelse er placeret tæt på hinanden (evt. på samme matrikel), oplever vagtlægerne og de regionale planlægningschefer, at det giver fordele i form af back-up og lettere transport for patienter, der skal fra konsultation til akutmodtagelse.

Generel tilfredshed - men dårlige forhold enkelte steder

Mange steder er vagtlæger og brugere tilfredse med lægevagtens konsultationslokaler. Men både vagtlæger og brugere peger på, at der visse steder er uhenigtsmæssige forhold i og ved lægevagtens konsultationslokaler. Det drejer sig om den fysiske indretning (dårlige toiletforhold og manglende enerum til dårlige patienter), skiltning og parkering. Nogle brugere har også oplevet, at køsystemet for ventende patienter enten ikke fungerer eller ikke eksisterer.

Mere koordinator end leder

Vagtlægechefens rolle og opgaver

Det generelle indtryk er, at lægevagtscheferne har mere en koordinatorrolle end en egentlig lederrolle. Lægevagtschefen har ansvar for vagtplaner, bemanning og repræsenterer vagtlægerne i forhold til regionen, når det gælder praktiske spørgsmål vedrørende lokaler, udstyr mv. Lægevagtchefen står endvidere for planlægning af uddannelsesaktiviteter og yder støtte til kolleger i klagesager. I nogle regioner er vagtlægechefen også aktiv i forhold til kvalitetssikring. Det er således ikke vurderingen, at lægevagtchefen indtager en særlig aktiv lederrolle som personaleleder i forhold til vagtlægerne.

3 Organisation

I dette kapitel beskriver vi en række forhold vedrørende organisation bredt set i relation til lægevagtordningen. Kapitlet omhandler: 1) brugen af lægevagten, 2) selve organiseringen af lægevagten samt 3) kommunikation. Disse emner belyses ved at gengive, hvad henholdsvis regionale planlægningschefer, vagtlægerne og vagtlægecheferne har haft af kommentarer og bemærkninger til spørgsmålene inden for emnerne.

Det er i margin tekst angivet hvilken interessentgruppe, der har givet udtryk for de refererede holdninger og erfaringer.

Tekstboks 3.1 Hovedsynspunkterne fra vagtlæger, regionale planlægningschefer og vagtlægechefer vedrørende organisation er følgende

- De fleste borgere har realistiske forventninger til vagtlægen og betragter ordningen som en akutberedskabsfunktion. Der er dog enkelte borgere, der bruger vagtlægen til ydelser, der burde være ydet af egen alment praktiserende læge. Det er en udfordring i forhold til at sikre en forventningsafstemning for denne gruppe af borgere.
- Det er vanskeligt at give en præcis karakteristik af brugerne af lægevagtordningen, da kredsen af brugere er meget bred. Der er dog en overrepræsentation blandt kvinder, småbørnsfamilier og ældre medborgere.
- Hovedparten af henvendelserne til vagtlægen er relevante henvendelser, men der er enkelte, der udnytter ordningen på en uhensigtsmæssig måde.
- Interessenterne har en række forslag til forbedring af kontakten mellem vagtlæge og patient, bl.a. i forhold til samspillet til egen læge (eksempelvis øgede og mere fleksible åbningstider), information om ordningen, bedre it-systemer, mere uddannelse i kommunikationen med patienterne mv.
- Generelt har vagtlægerne et godt samarbejde med deres nærmeste samarbejdspartnere, dog kan samarbejdet med kommunerne (herunder hjemmeplejen) og med sygehusene i nogle tilfælde være en udfordring.
- Ingen af interessenterne har bud på alternativer til lægevagtordningen, dog kunne der eventuelt ske en integration/sammenlægning af det samlede akutberedskab, men det ville kræve, at man gik væk fra det nuværende sy-

gesikrings- og overenskomstsystem.

- Der er skepsis i forhold til eventuel brug af sygeplejersker i visitationsdelen af lægevagtordningen - dog med visse regionale forskelle. Interessenterne mener ikke, at sygeplejersker kan/bør have nogen funktion i relation til den telefoniske visitation. Enkelte mener, at sygeplejersker eventuelt kan spille en rolle - og vil kunne være med til at aflaste lægerne - i vagtlægekonsultationen.
- Vagtlægerne har generelt den information/viden, som de har behov for at have for at kunne udføre deres arbejde. For meget viden kan være "*en belastning*" i forhold til hensigten med lægevagtordningen, der er at træffe hurtige, kliniske afgørelser vedrørende patienternes behandling eller visitation til andre tilbud. Enkelte interessenter peger dog på forbedringsmuligheder i forhold til adgangen til bl.a. epikriser og fælles medicinkort.
- I forhold til kommunikationen med patienterne er der store forskelle i måden denne håndteres på fra vagtlæge til vagtlæge, og vagtlægerne har udviklet forskellige strategier til at håndtere kommunikationen på. Det generelle indtryk er, at kommunikation med patienterne er udmærket.

3.1 Brug af lægevagten

Patienternes forventninger til vagtlægerne

Regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer vurderer, at de fleste borgere har realistiske forventninger til lægevagten og bruger lægevagten efter hensigten, men der er også borgere, der ikke betragter vagtlægen som et akutberedskab i almen praksis, men snarere som en praktiserende læge, der kan bruges uden for de normale åbningstider. En af de regionale planlægningschefer formulerer det på denne måde: "Lægevagten er en praktiserende læge, som er nemmere at få adgang til end ens egen praktiserende læge."

Hvis tilgængeligheden til egen læge er nedsat, kan dette udløse et øget forbrug af vagtlæge - f.eks. til receptfornyelser eller andre ikke-akutte forhold, som borgeren ønsker, at en læge skal se på. Borgere, der af forskellige grunde har vanskeligt ved at gå til læge i den normale arbejdstid, kan derfor have tendens til at bruge vagtlægen i stedet. En anden utilsigtet brug af vagtlægen er "hovsolutionsninger", hvor borgeren bruger lægevagten til at løse problemer i situationer, der ikke er akutte ud fra en lægefaglig vurdering, men som patienten oplever som akut. Det kan være p-pillereceptfornyelser i weekenden. Det er i forhold til disse situationer vigtigt, at der anlægges en fælles linje for, hvordan vagtlægerne skal forholde sig.

"Diskussionerne om hjemmebesøg forekommer sjældent. Patienterne har taget telefonkonsultationen til sig. Antallet af hjemmebesøg stagnerer. Antallet af telefonkonsultationer stiger fortsat", udtaler en regional planlægningschef.

I nogle regioner er en væsentlig del af lægevagtskonsultationerne placeret i forbindelse med skadestuer på sygehuse. De kan derfor tilbyde mere - f.eks. opfølgende laboratorieundersøgelser - end små lægevagtskonsultationer, der har mindre back up. Der kan således være store forskelle på serviceniveauet.

Det blev endvidere nævnt, at politikernes udmeldinger om lægevagtens serviceniveau kan skabe forventninger, som ikke kan dækkes af de foreliggende ressourcer.

Vagtlæger

Vagtlægerne finder det vanskeligt at generalisere med hensyn til forventninger til vagtlægen blandt borgerne. Generelt synes borgerne dog ikke at have urealistiske forventninger til vagtlægen, og det vurderes, at vagtlægerne som oftest lever op til patienternes forventninger.

Vagtlægerne peger på nogle karakteristiske grupper blandt borgerne:

- En gruppe bruger vagtlægen som "second opinion" i forhold til egen læge - nogle bruger også vagtlægen til at få svar på laboratorieundersøgelser, som er foretaget af egen læge.
- En anden gruppe borgere bruger vagtlægen ud fra bekvemmelighedshensyn og "ser ikke på uret", når de ringer.
- En del børnefamilier bruger vagtlægen efter lukketid, når børnene er hentet i institution, og for hvem det kan være vanskeligt at afse tid til lægebesøg hos egen læge dagen efter.
- Ældre borgere synes mere tilbøjelige til at ringe sent og stiller ikke de samme krav som yngre borgere med hensyn til hurtigt at få kontakt til vagtlægen.
- Socialt dårligt fungerende patienter kan bruge vagtlægen i forbindelse med ensomhed og problemer med f.eks. den kommunale madudbringning.
- Borgere med anden etnisk baggrund end dansk har tidligere været en gruppe brugere, hvis behov det kunne være vanskeligt at dække for vagtlægen. Der er fortsat problemer med sprogbarrierer - specielt i forbindelse med telefonkonsultationer. En gruppe blandt disse borgere stiller store krav til, at problemerne afklares med det samme.

Der synes at være forskelle fra region til region med hensyn til forventningerne blandt borgerne. I byområder er forventningerne ifølge vagtlægerne større end i landområder. I en region kunne man mærke større forventninger til vagtlægen i sommerhusområder, hvor der var mange fra storbyer.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne vurderer, at der generelt er tale om en høj grad af opfyldelse af brugernes forventninger til lægevagtsordningen. I Region Midtjylland forventer brugerne en høj faglig kvalitet, hvor brugerne tages alvorligt, hvilket imødekommes. I Region Sjælland forventer 40-50 procent af brugerne, at lægevagten er døgnåben, og en undersøgelse gennemført af Region Sjælland viser

over 70 procent brugertilfredshed². I Region Hovedstaden vurderer man, at lægevagten lever op til brugerforventningerne, og at lægevagten leverer en bedre service end de praktiserende læger. Forventningerne blandt brugerne i Region Hovedstaden er, at der er tale om en døgnåben lægeordning.

Karakteristik af de typiske patienter, der benytter lægevagten

De regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer peger på følgende karakteristiske grupper af brugere af lægevagten: Overordnet set er det "de ældre, kvinder og børn samt bekymrede småbørnsforældre, der bruger lægevagt". De typiske problemer, der fører til henvendelse til lægevagten, er "uventet smerte, akutte symptomer, feber og lignende."

Endvidere nævnes følgende grupper:

- Borgere med komplicerede diagnoser, herunder psykisk sygdom, med forværring af multiple diagnoser
- Borgere med alkohol-, stof- eller medicinmisbrug
- Borgere, der er socialt udsatte, og for eksempel ikke har råd til transport og/eller er isolerede

Vagtlægecheferne oplyser, at akutsyge feberbørn, infektionssygdomme, akut-opstående smerter og småskader generelt fylder meget. Det samme gør sygebesøg hos ældre og børnefamilier. I Region Nordjylland fylder skader meget på grund af store afstande til skadestuer. I Region Hovedstaden spiller koncentrationen af ældre og patienter med anden etnisk baggrund en rolle. 70 procent af alle hjemmebesøg i denne region er blandt ældre³.

Vagtlæger

Der kan skelnes mellem de **ressourcesvage** og **ressourcestærke familier**. I forhold til de resourcesvage brugere er problemet ofte, at de kan have svært ved at formulere deres problem. De siger ikke "triggerordene"⁴. Det gør, at de måske ikke får den rette hjælp. De ressourcestærke kan være meget vedholdende og bruger måske "triggerordene" for at sikre sig, at de får sygebesøg. I praksis bliver de ressourcestærke nogle gange visiteret til sygebesøg, selvom det ikke er nødvendigt. Nogle gange lader vagtlægen henvendelser fra ressourcestærke patienter "køre igennem for at få fremdrift". De fleste henvendelser til lægevagten er dog af "helt almindelig karakter."

Vagtlægerne oplever ikke mange **misbrugere** mere, men der er dog nogle kendinge af misbrugere. Vagtlægerne har gjort en indsats for at undgå, at der udskrives afhængighedsskabende medicin. Misbrugere kender efterhånden vagtlægerne. Denne type patienter ringer og prøver, men vagtlægen kan nemt gen-

² Vagtlægecheferne har ikke givet oplysninger om kilden til disse tal.

³ Den regionale planlægningschef har ikke givet oplysninger om kilden til dette tal.

⁴ Dvs. visse specifikke ord som får vagtlægen til at visitere til konsultation eller hjemmebesøg, eksempelvis "nakkestivhed" og "feber".

nemskue en patient inden for denne gruppe, da "patienten måske allerede har haft 400 kontakter til lægevagten, det reagerer man derfor ud fra."

Psykisk syge patienter tager lang tid, men antalsmæssigt er der ikke så mange. Der er måske en patient for hver femte konsultationsvagt. Et sygebesøg hos denne type patienter kan dog "vælte hele læsset", fordi besøget kan tage op til 2½ time.

Hvad angår familier med **anden etnisk baggrund** er de ofte svære at afslutte i telefonen, fordi visiterende læge ikke forstår dem. Det er nemmere, når vagtlægen sidder sammen med disse brugere pga. den sproglige og kulturelle barriere. Eksempelvis forventer nogle at få indsprøjtninger til sygdomme, der ikke forekommer i Danmark.

Der er to typer af etniske brugere: "De, der er meget integrerede, og de, der kommer i store grupper og ikke er integrerede." En del etniske brugere får sygebesøg, som egentlig ikke burde have det. Det er de store piger, der ringer og fortæller om deres mødre. Det kan være et lille barn, der ringer og siger: "Mor er lam i benene." Der skal bruges mere tid i visitationen på at holde fast i henvendelser fra denne type brugere end henvendelser fra andre brugere.

Udlændinge, der taler dårlig dansk, er svære at tackle. De er svære at forstå for vagtlægen, flere vagtlæger oplever, at udlændinge har "lav sygdomstærskel", ligesom de sproglige vanskeligheder og kulturforskelle komplicerer behandlingen af disse patienter. Vagtlægerne oplyser, at patienter med anden etnisk baggrund får flere ydelser pr. besøg i forhold til etniske danskere. Men familier med anden etnisk baggrund end dansk benytter formentlig ikke lægevagten mere end etniske danskere. Forbruget afhænger ligesom for de etniske danskeres vedkommende af brugerens ressourcer.

Relevansen af patienternes henvendelser

De regionale
planlægningschefer

Man ved ikke særlig præcist, hvorfor patienterne kontakter lægevagten. Det er ved at blive undersøgt på Institut for Almen Medicin på Århus Universitet i KOS undersøgelsen (Kontakt og Sygdomsmønster undersøgelsen).

I en undersøgelse fra Region Sjælland blev patienterne spurgt om, hvorvidt de kunne vente til næste dag. Undersøgelsen viste, at 14 procent af patienterne kunne godt have ventet⁵. Svaret er afgivet efter, at patienten havde været hos lægevagten.

En del af henvendelserne fra bekymrede forældre kunne formentlig håndteres af sundhedsplejerske eller sygeplejersker. Et par regioner har således en sundhedsplejerskebemandet telefon, hvilket kan tage presset af henvendelserne fra børnefamilier.

⁵ Region Sjælland: "Evalueringsrapport af Lægevagt Sjælland" - endnu ikke offentliggjort undersøgelsesrapport.

Anmodninger om receptfornyelser henvises altovervejende til egen læge, og der arbejdes på at håndhæve en ensartet linje i forhold til brugerne med hensyn til receptudskrivning.

De regionale planlægningschefer peger på, at den hyppige, kontaktsøgende bruger af lægevagten evt. bedre kan håndteres af alternative, sociale servicetilbud.

Nogle regioner har prøvet med kampagner til borgerne vedrørende relevant brug af lægevagten, men det er svært at se, om de har haft nogen effekt. En regional planlægningschef foreslår, at det bør overvejes at udarbejde en digitaliseret egenomsorgspjece, som flere amter udsendte til samtlige borgere for år tilbage.

Vagtlæger

Den overordnede vurdering er, at størstedelen af henvendelserne er relevante. Det er nogle få procent, der beslaglægger tiden på en "negativ måde". En vagtlæge siger: "Alle sygebesøg er relevante, hvis patienten er nervøs." Man kan rådgive forældre og forhøre sig, om de er trygge. Den offentlige debat bliver ifølge vagtlægerne drejet hen på enkeltstående tilfælde af pressen. Det præger lægevagtordningen, sådan at "vagtlægerne tager sygebesøgene, selv om der ikke er noget at være utryg over."

Vagtlægerne oplever, at der ofte er en social slagside, der spiller ind i forhold til henvendelserne. De resourcesvage er mere tilbøjelige til at henvende sig end de resourcestærke. De resourcesvage kan også have svært ved at formulere sig.

Medicinisbrugsproblematikken har ændret sig. Lægevagten udskriver sjældent smertestillende medicin, da "patienterne ved, at de ikke kan få medicin."

Receptfornyelser skal udskrives af patientens egen læge, og "som vagtlæge bruger man derfor ikke lang tid på denne type henvendelser". Mange patienter ringer, fordi de nu har fri, og mange ringer pga. receptfornyelse af medicin, f.eks. p-piller. Vagtlægerne skønner, at en lørdag formiddag er op til 5-10 procent af henvendelserne i telefonkontakten medicinkontakter.

Krav om receptfornyelser giver konflikter, når vagtlægen nægter at forny recepten. Det drejer sig f.eks. om p-piller og astmamedicin. Og henvendelserne sker som sagt typisk lørdag formiddag i lægevagten, men det er ofte de samme personer. Ofte er det nemmere bare at sige "ja" til en fornyelse. Nogle vagtlæger peger på, at kun brugerbetaling kan "træde på bremsen" for receptfornyelse. Andre vagtlæger anfører, at hvis alle vagtlæger afviste at forny recepter, ville patienterne holde op med at anmode om denne ydelse.

Forslag til hvad der kan gøres bedre/anderledes i kontakten mellem lægevagten og patienterne

De regionale planlægningschefer

En mulighed er, at man ser på, hvad patienterne ønsker, og tilbyder det til patienterne - frem for at kæmpe for, at lægevagten bruges "rigtigt." En anden mu-

lighed er at optimere anvendelsen af lægevagten ved regelmæssigt at gennemføre informationskampagner om korrekt brug af lægevagten.

Man kan også optimere tilgængeligheden i dagtiden hos egen læge. "Før det sker, får man ikke reduceret forbruget af lægevagten", siger en planlægningschef. Hvis patienten f.eks. er væk hele dagen, kan vedkommende ikke bruge sin egen læge, og så kontakter man vagtlægen efter arbejdstid. Der er praktiserende læger, der har lavet akuttid i løbet af dagen, hvor patienten bare kan komme uden tidsbestilling. Det tager formentligt presset af lægevagten. Hvis patienten ved, at han/hun kan komme til sin læge dagen efter, så ringer han/hun måske ikke til vagtlægen.

Teknisk support i form af forbedringer af telefonsystem og vagt-edb-system er vigtige med henblik på at reducere spildtid i kontakten mellem vagtlæge og patient. Her tænkes på CTI⁶, bandede samtaler osv.

En regional planlægningschef nævner, at politikerne må udstede realistiske forventninger til serviceniveauet i lægevagten. Der skal være "fælles fodslag" mellem alle sundhedsaktører, hvis man laver kampagner. Hvis linjen er, at der ikke skrives recepter ud i lægevagten, skal ikke kun nogle, men alle lægerne lade være med at udskrive recepter.

Vagtlæger

Det er vigtigt, at de vagtlæger, der visiterer, gør det så ens som muligt, og at der er en fælles kultur omkring, hvordan man visiterer. Vagtlægerne peger på, at det især handler om, hvordan man som vagtlæge lærer at håndtere patienternes forskellige forventninger.

Vagtlægerne oplyser, at man i Region Nord kun afslutter 40 procent af henvendelserne på telefonen, hvor andre regioner ligger på 50 procent⁷. Vagtlægerne efterlyser en fælles kurs og forventningsafstemning i forhold til, hvilken holdning vagtlægerne skal have til udarbejdelse af notater, visitation osv.

Der ønskes "en præcisering af, hvad lægevagtordningen er?" Derved kan det bl.a. undgås, at vagtlægerne bliver brugt som udbringer af medicin. Nogle patienter spørger om udbringning af medicin og har en klar forventning om, at lægen kommer.

Oplysning til borgerne om fornuftig brug af lægevagten bør udsendes af regionen. Det kan omhandle konkrete handleanvisninger til eksempelvis forældre om at tage temperaturen, inden de ringer til lægevagten. Der bør også være en definition af, hvad der er "akut?"

Vagtlægerne vurderer, at det er Sundhedsstyrelsens opgave at lave en kampagne til patienterne. Sygesikringen sender en kasse ud med brochurer, som står i konsultationslokalet, men "det er ikke de patienter, der sidder i venteværelset, der er problemet." Derfor nytter det ikke noget, at det kun er dem, der læser brochurerne.

⁶ Computer Telephony Integration.

⁷ Vagtlægerne har angivet vagtlægechefen som kilde til denne oplysning.

Al uddannelse af forældrene vil være godt, så man kan overlade til forældrene at observere deres barn. Det kan være forældreundervisning og undervisning af pædagoger i børnehaven. Det kan måske reducere antallet af henvendelser til lægevagten, f.eks. man kan lave forældreaften i daginstitutioner, hvor man uddanner forældre.

Pjecen fra Sundhedsstyrelsen, "Syge børn - hvad så", er det en god idé at uddele ved 5-ugers undersøgelse af børn. En vagtlæge siger, at det bør fremgå, at "hver ydelse koster penge."

Uddannelseslæger gennemgår vagtvisitationskursus i forbindelse med deres uddannelse. Det vurderes at være et uundværligt kursus. Der er meget at lære i forbindelse med arbejdet i lægevagten, herunder også meget teknik. Det er en god idé med visitationskurser og akutkurser en gang imellem - også for erfarne vagtlæger.

Det er godt, at kurset indeholder undervisning i, hvordan vagtlægerne taler med folk, så man undgår konflikter - både i telefonen og i konsultationen.

De ældre kolleger i lægevagten har stor erfaring i kommunikation, og "det er en fornøjelse for en yngre kollega at sidde ved siden af og høre, hvordan en ældre kollega galant gelejder sig igennem en samtale med en patient."

Vagtlæger har brug for at få forbedret deres spørgeteknik, f.eks., hvordan man spørger patienterne, og hvordan man virker på modparten. Vagtlægerne må blive bedre til, inden de kører ud, at spørge om sukkersyge, blodprop etc. Telefonvisitationerne er ikke altid gode nok, ifølge vagtlægerne.

Der er mange muligheder for at få flere oplysninger til brug for visitationen. Det kan være at "høre barnets hoste i mobiltelefonen eller at bruge mobiltelefonen til at tage billeder", så visitationslægen kan se barnet.

Vagtlægechefer

Man er enige om, at det er nødvendigt at finde fælles fodslag for, hvordan man kan visitere til tilbuddene. I Region Hovedstaden foreslår man, at receptfornyelser flyttes væk fra vagtlægerne, og at myndighederne bliver bedre til at oplyse om, hvilke tilbud lægevagtordningen kan opfylde ved første henvendelse.

3.2 Organisering af lægevagten

Samarbejdet mellem vagtlægerne, de praktiserende læger og kommunale aktører, døgnapoteket, hospital og fælles akut modtagelse

Regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer vurderer, at som helhed forløber samarbejdet mellem de forskellige aktører godt⁸. Samarbejdet mellem lægevagten og de praktiserende læger forløber gnidningsfrit. Det kunne være hensigtsmæssigt, hvis vagtlægerne kunne se i de praktiserende lægers journaler, f.eks. omkring kronisk sygdom, medicinforbrug mv.

Samarbejdet med almen praksis afspejler samarbejdet i dagligdagen, hvor langt de fleste vagtlæger er i almen praksis. Disse samarbejdsrelationer "tager man jo med, når man er vagtlæge."

Samarbejdet med kommunerne kan være kompliceret. Der er behov for løbende opdatering af telefonnumre mv. til hjemmepleje osv., som vagtlægerne kan trække på, når der er behov for at inddrage kommunen. Nedsikringer på hjemmesygeplejen medfører, at kommunens medarbejder ringer mere til lægevagten - "der er tale om en slags opgaveglidning."

Det kan ske, at et apotek oplever deres åbningstid (især lørdag) ikke er helt rigtigt angivet i vagt-edb-systemet. Ellers er der ikke noget at bemærke om apotekerne.

Samarbejdet med hospitalerne er udviklet gradvist på de enkelte hospitaler, og det giver sjældent anledning til problemer. Flere steder arbejdes der løbende med at give vagtlægerne information om ledige pladser på sygehusene. Der arbejdes også på at etablere akutklinikker, hvor vagtlæger og hospitalernes akutmodtagelser samarbejder, så vagtlægerne passer hele vagten i visse vagter. Der arbejdes også på at etablere et enstrengt telefonvisitationssystem, så vagtlægerne visiterer alle patienterne, inkl. skadestuepatienterne i vagttiden.

Vagtlæger

I en region nævner vagtlægerne, at samarbejdet fungerer godt med apotek, hjemmesygeplejerske etc. En overgang var det svært med hjemmesygeplejerskerne, men nu har de fået hjælpere. Vagtlægerne savner dog observationer fra assistenterne, når de ringer fra plejecentrene. De har ikke en relevant klinisk uddannelse, der er behov for flere sygeplejersker - også i dagtimerne. "Assisterne skal ringe, blot de skal give en Panodil", siger en vagtlæge. Der er ingen problemer med at indlægge patienterne.

Vagtlægerne i en anden region savner respons fra regionen med hensyn til, hvad man kan tilbyde af transport. Er det patienten, der skal komme til vagtlægen eller vagtlægen, der skal komme til patienten? "Det vil være hensigtsmæssigt, at regionen melder ud. Politikerne vil ikke melde ud." Mange klagesager

⁸ Der henvises i øvrigt til rapportens kapitel 5 vedr. samarbejdspartners oplevelse af samarbejdet med lægevagten.

handler om transport. Det er ikke muligt at lave en offentlig ordning, da den vil blive anvendt som en form for "taxaordning." Vagtlægerne bruger mange timer på landevejen med chauffør.

Det fungerer fint med akutsygeplejersker og klinik i en større by. Det betyder, at lægerne kan få mere fra hånden og være mere fokuserede på få opgaver. "De har fået en uddannelse, og det kan mærkes." Det er lægen, der visiterer til sygeplejersken.

I samme by spørger sygeplejerskerne, om de skal ringe til Falck osv., hvilket er en stor hjælp. Det kan anbefales at have konsultationssygeplejerske. Der er gode lokaleforhold i lægevagten. "Det er blevet en helt anden måde at gå på arbejde på. Både patienter og vagtlæger er trygge", siger en vagtlæge.

Andre steder er der ingen hjælp i modtagelsen. Patienten trækker et nr. og sætter sig i venteværelset. Vagtlægerne fortæller, at "de ikke kan gå på toilettet og få noget at spise uden at skulle forbi alle patienterne." Et tredje sted kommer patienterne og banker på og siger, hvis der er en patient, der er dårlig. "Det er ikke godt nok, når det er patienterne, der skal visitere." Et fjerde sted kunne lægevagten ikke finde nøglen til konsultationen, vagtlægen skulle finde handicaptoliet for patienten, og computerne virkede ikke. Det er ifølge vagtlægerne "uværdige og urimelige forhold." Der er ingen hjælp at hente eller rum, hvor folk kan ligge stille, hvis de har fået det dårligt, inden de kan komme ind i konsultationen.

I en region fungerer samarbejdet generelt godt. To steder i regionen er der akut modtageafdeling, hvor man sidder på samme matrikel og kan vise patienten vej med en indlæggelsesseddel.

Med hensyn til samarbejdet med den kommunale hjemmepleje er vurderingen, at personalets kompetencer som udgangspunkt er gode, dog anføres det, at "SOSU-assistenterne kun har begrænset uddannelse/kompetencer." Sygeplejerskerne er bedre til at vurdere patienterne, men de har fået en større andel af de administrative opgaver. Hjemmeplejen ringer ind på lige vilkår med andre patienter. "Der er ikke tale om dårligt samarbejde, men blot manglende uddannelse af SOSU-assistenterne", som en vagtlæge formulerer det.

Det kan endvidere være vanskeligt at komme i kontakt med hjemmeplejen, f.eks. hvis man gerne vil have akuthjemmepleje. Det giver tit anledning til problemer i dagtimerne. Faste numre eller mobiltelefoner ville være en hjælp.

Samarbejdet med døgnapotekerne forløber uden problemer - i nogle vagtlægekonsultationer har man medicin til udlevering.

Vagtlægerne i en region peger på behovet for en central visitation med sygehuse. Der er problemer, når sygehuse ændrer i optageområder, eller hvis vagtlægerne ikke kender optageområderne. Vagtlægen står nærmest ved den syge, og så skal man alligevel forhandle med sygehusafdelingen, om det er berettiget at indlægge. Det er nærmest som en eksamination. Det sker samtidig med, at patienten overhører dette, "hvilket er uværdigt."

	Samarbejdet med apotekerne er godt - de ringer f.eks. op og spørger om dosering.
Vagtlægechefer	Med hensyn til samarbejdet med kommunerne gælder, at der er for mange telefonnumre til kontaktpersoner i kommunerne. Det kan være meget svært at finde ud af, hvem man skal have fat i i kommunerne. Vagtlægerne kan især i aften/nattetimerne fungere som "substitut for hjemmesygeplejen." Hjemmesygeplejen ønsker, at vagtlægerne skal journalføre patienterne, hvilket "ikke er rimeligt, og der er ikke noget lovkrav herom." Med hensyn til døgnapoteker er det et problem i de geografisk set store regioner, at døgnapoteket kan ligge langt væk for nogle af borgerne. I nogle regioner har man "et fremskudt apotek i lægevagten", som er en ekstra service for borgerne. Samarbejdet med sygehusene er generelt set godt. Der er dog behov for tilbagemeldinger fra akutmodtagelserne til den enkelte vagtlæge med henblik på læring.
	Lægevagtens rolle i forhold til det øvrige sundhedsvæsen
Regionale planlægningschefer	I en region arbejder man på en integration med visitation til sygehusene. Dilemmaet er: "Ønsker man lægevagten som en del af praksisordningen, eller er lægevagten en del af det akutte beredskab?" Vagtlægen har ikke adgang til de praktiserende lægers journaler. "Er det logisk, at det hænger sammen således, når de er en del af almen praksis?" I en anden region har man fælles akutte modtagelser. Man forventer at ende med fire fælles akutte modtagelser i regionen. Det vil være fint at lægge lægevagten samme sted, så lægevagten kan få opbakning, f.eks. i forbindelse med analyser. Derudover har man lægevagtkonsultationer 16 andre steder, hvor servicen er mindre. Det præhospitale område vil i øvrigt blive styrket i regionen med lægeambulancer fra sygehusene, hvilket vil styrke hele det akutte område. I en tredje region vil man gerne have lægevagtkonsultationer i skadestuerne, så man kan bakke hinanden op. Der er gode erfaringer fra en by, hvor der har været et fint samarbejde mellem lægevagt og skadestue. Der vil i øvrigt blive lavet en central visitation for sygehusene i fire områder i regionen. Vagtlægerne skal derfor ikke tage stilling til, hvor patienterne skal indlægges, eller hvordan patienten kommer til hospitalet. Lægevagten skal ikke vente på ambulance, da det vil blive klaret af visitationen. Fremadrettet vil man formentlig have en visiterende specialist, som er en integreret del af akutmodtagelsen. Denne specialist skal sortere i henvendelserne: a) Du skal tale med hjemmesygeplejerske, b) du skal gå til egen læge i morgen osv. Denne ordning vil indebære, at der kun er et telefonnummer som indgang til det akutte område.

Vagtlæger

En vagtlæge formulerer vagtlægens opgave som følger: "Opgaven er at sørge for, at folk overlever til næste morgen." Vagtlægen fungerer fint som visitorator: "Er patienten lidt syg eller meget syg? Hvem kan klare sig, og hvem skal indlægges?" Hvis man skærer for meget ned på lægevagten, så koster det på indlæggelser. Vagtlægerne klarer rigtig meget i forhold til det samlede sundhedsvæsen. "Man forebygger mange negative udviklinger og sorterer 97 procent af tilfældene fra." Det er "enormt ressourcebesparende" i forhold til det sekundære sundhedsvæsen, siger en vagtlæge.

Lægevagten repræsenterer indgangen til det sekundære sundhedsvæsen. Det er en væsentlig funktion, der skal opretholdes. Vagtlæger skal dog ikke varetage sociale opgaver, men kun de akutte og lægefaglige forhold.

Vagtarbejde er en naturlig del af en praktiserende læges arbejde. Som læge får man også erfaring i vagten til ens dagligdag i lægepraksis. Nogle gange kan der være nogle meget kortfattede kommentarer fra vagtlægen, som man kun kan forstå som praktiserende læge.

Nogle patienter søger også vagtlæge, fordi de er utilfredse med egen læges beslutning. Det er man som vagtlæge meget opmærksom på - "ikke at gå kontra i forhold til egen læge, da man ikke kender hele patientens situation." Der er derfor en høj grad af ydmyghed overfor kollegerne.

Vagtlægechefer

PLO/Lægeforeningen har den politik, at al henvendelse bør være til/via almen praksis/vagtlæger. Det er et enstrengt system, der visiterer til skadestuer, hospitaler, akutstuer mv. Visitationen skal være forbeholdt praktiserende læger.

Som udgangspunkt skal det være speciallæger, der kører i lægevagtordningen, men det kan give problemer. I en region kan alle, som har afsluttet fase 1 i "den almen praktiserende lægeuddannelse", tilknyttes lægevagtordningen.

Samarbejdet mellem egen læge og vagtlægen**Vagtlæger**

I nogle regioner får vagtlægerne ingen epikriser, i andre fungerer det godt. "Det er lærerigt at få epikriser", oplyser nogle af vagtlægerne. Det har været nedprioriteret fra sygehusene i alle tider. "Det er blot at trykke på knappen. En (fast) tilbagemelding fra sygehusene ville være rigtig god."

Flere vagtlæger er af den opfattelse, at vagtlægen ikke skal have journalnotater osv. "Vagtlægen er til for at tage de akutte henvendelser, og skal derfor ikke sidde og læse en masse og søge i mange forskellige systemer."

Vagtlægerne mødes undertiden med den forventning, at de kan se ind i egen læges journal. Grundlæggende er det en fordel, at man ikke kan se disse journaler. "Det er her og nu - det er klinik og færdig", som en vagtlæge formulerer det. Nogle vil gerne have adgang til epikriser hos egen læge - og de er allerede på sundhed.dk. Vi skal bare have adgang til databasen. "Men vi vil heller ikke have et yderligere behandlingsansvar, da vi kun kan stå til ansvar for, hvad vi kan vurdere på 5 minutter." Den kliniske vurdering skal ske meget hurtigt.

Lægevagts notater tilgår den praktiserende læge dagen efter, så det fungerer godt. "Den anden vej er et sort hul", som en vagtlæge formulere det. "Eksempelvis ved vi ikke noget om indlæggelser, fast medicin og prøvesvar. Lægevagts system er et lukket system, hvor man kun kan se borgerens tidligere henvendelser til lægevagten".

Lægevagtchefens rolle i det daglige

Regionale
planlægningschefer

Lægevagtcheferne er vigtige partnere i forhold til regionens muligheder for at løse de mange praktiske problemer, der løbende opstår i lægevagten. Dette gælder de rent fysiske forhold på visitationerne og i konsultationerne, ligesom det gælder de mere kliniske problemstillinger vedrørende udstyr, utensilier og lægemidler, der skal være til rådighed osv. Vagtcheferne er derfor med til at sikre, at vagtordningens udstyr mv. hele tiden er *"opdateret"*. På den måde sikres det også, at "patienterne får den bedst mulige behandling." Den koordinerende vagtchef⁹ tager sig af de overordnede problemstillinger.

Vagtlæger

Vagtlægechefen planlægger vagterne og "fungerer ellers som kvalitetssikrer i den udstrækning, som man kan forvente." Lægevagtchefen bruges endvidere, hvis der er problemer, f.eks. ved en klagesag. Her bruges han til støtte i forbindelse med klagesagen.

Lægevagtschefer sikrer, at de praktiske opgaver er løst, eksempelvis at lægevagten bliver bemannet. Vagtlægerne oplyser generelt, at "de er meget tilgængelige ved løsning af problemer." De sikrer også udvikling af standarder for god klinisk praksis, rekruttering og videreuddannelse. Og de sikrer information om, f.eks. influenza. De laver statistik og giver hurtige svar på henvendelser.

Lægevagtschefen repræsenterer endvidere vagtlægerne i forhold til deres arbejdsgiver, vognmænd, it-systemer mv.

Vagtlægechefer

Der er forskel på, hvordan vagtlægecheferne arbejder. Nogle bruger meget tid på at følge op på, hvad der sker, og de holder nøje øje med visitationerne mv. Andre vagtlægechefer følger ikke med i visiteringer, men har et kvalitetssikringssystem¹⁰, der følges. En visiterende læge har ansvaret for kvalitetssikringen.

Alternativer til lægevagten

Regionale
planlægningschefer

Der er i praksis ingen alternativer til vagtlægen inden for en overskuelig tid. Man kunne ønske sig mere fleksible rammer for åbningstiden i almen praksis. "Men vi kan jo ikke bare ansætte flere læger", som en planlægningschef siger. Mange læger har også en telefonkæde, hvor man viderestiller patienter til andre læger, hvis man ikke selv kan tage imod patienten. På den måde får man en mere effektiv udnyttelse af de praktiserende læger.

Vagtlæger

Det er ikke realistisk med længere åbningstider. "Der bliver jo ikke flere læger af den grund." Vagtlægerne siger generelt, at "lægevagtordningen fungerer

⁹ I en region er denne synonym med formanden for lægernes vagtudvalg.

¹⁰ Systemet blev ikke nærmere specificeret i interviewet.

godt i dens nuværende form." De peger samtidig på, at det er vanskeligt at holde længere åbent i almen praksis. En siger eksempelvis: "Det er jo svært at holde længere åbent i vores praksis - vi vil ikke have mere end de 50 timers arbejde om ugen."

Nogle vagtlæger ser det ikke som en mulighed, at de ikke skal køre på sygebesøg. Det bliver "kedeligt", hvis vagtlægen ikke kører ud. Der er mange ældre, der ikke kan transporteres med Falck. "Det kan være voldsomt traumatiserende for de ældre, og Falck er også dyrere at sende ud." Andre vagtlæger mener, at hjemmebesøg er unødvendige og oplyser, at der ikke foretages hjemmebesøg på Bornholm.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne siger generelt, at de ikke kan se, at der er realistiske alternativer til den nuværende lægevagtordning.

Brug af sygeplejersker eller andet personale

Regionale
planlægningschefer

Der forhandles i en region om at etablere et enstrengt visitationssystem i vagttiden omfattende både lægevagten og hospitalernes akutmodtagelser. Oplægget er, at vagtlægerne foretager al visitation. Det indgår også i disse forhandlinger, at der i hele regionen stilles behandlersygeplejersker til rådighed for vagtlægerne på de fastbemandede vagtkonsultationer. I nogle konsultationer er der fælles modtagelser på vagtkonsultationen (fælles med skadestue eller akutmodtagelse), hvor personale (sygeplejersker) modtager patienterne.

De regionale planlægningschefer finder, at det kun er i de store lægevagtkonsultationer, hvor det giver mening at have sygeplejersker. De peger også på, at "det er spild af tid, at lægerne skal lave alt det administrative. De bør aflastes."

En planlægningschef mener, at "sygeplejersker er dyrere som erstatning for læger. De vil bruge længere tid på at tale med patienterne, og de vil ikke afslutte patienterne. Hvis sygeplejersker skal inddrages, skal man have en lægevisiteret telefonvagt, som kan henvise til f.eks. en sygeplejerske."

Mange vagtlæger vil gerne kunne lave urinundersøgelse, blodstrykmålinger osv. Her kunne sygeplejersker aflaste vagtlægerne, f.eks. også ved at gøre patienterne klar til lægen.

Vagtlæger

Der er generelt skepsis i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejersker kan overtage nogle af vagtlægens opgaver. Der er især skepsis om, hvorvidt sygeplejersker kan anvendes i telefonvisitationen. En vagtlæge siger: "De mangler klinik, og de er for teoretiske efter deres uddannelse." En anden siger: "Der er stor forskel på, hvad sygeplejersker kan gøre. Er de ordentligt uddannet, kan de godt varetage visse dele af funktionen."

Som et eksempel på, hvordan sygeplejersker kan bruges i lægevagtordningen, nævner en vagtlæge, "at der kan være to sygeplejersker, der er sammen med vagtlægen i konsultation: Sygeplejerskerne poder patienten osv., lægen stiller sine spørgsmål - og derved går det hurtigere."

Vagtlægerne henviser til PLO, som har den holdning, at det skal være de erfarne vagtlæger, der er i front. Sygeplejersker i lægevagtkonsultationen vil ikke være en lettelse i telefonkonsultationen, der skal varetages af læger, "som kan se patienten fra alle vinkler og har sin erfaring fra hjemmebesøg og konsultation."

Sygeplejersker skal hellere køre i hjemmeplejen som ekstra ressource, idet der i dag primært er social- og sundhedsassistenter på plejecentrene. Sygeplejersker kunne på denne måde medvirke til at "tage trykket fra plejehjemsbesøgene."

I venteværelset er der også brug for sygeplejersker. Så ved brugerne, at "de bliver set, får lidt omsorg og lidt hjælp." Der kan således godt være sygeplejersker i konsultationen, da det kan øge lægens effektivitet.

En vagtlæge siger: "Sygeplejersker er ok, hvis det drejer sig om afgrænsede opgaver. De kunne f.eks. tage urin- og blodprøver. Men vi har ikke brug for at tage blod- og urinprøver, da vores arbejdsfelt ikke skal udvides, men det giver selvfølgelig besparelser på skadestuen, hvis arbejdsfeltet bliver udvidet."

Vagtlægechefer

En vagtlægechef siger: "Generelt vil det være en utrolig forringelse af hele ordningen at bruge sygeplejersker i visitationen, men det er da en mulighed." Vagtlægechefen er derimod mere positiv overfor brugen af sygeplejersker i konsultationen.

Sygeplejersker vil selvfølgelig kunne fungere som en del af lægevagtordningen, "men de skal være superviseret af lægerne."

Sygeplejersken kan f.eks. være den person, der har overblik over "venteværelset" (telefonsystemet). Sygeplejersken kunne "have et lokale, hvor sygeplejersken kunne tage sig af de patienter, som ikke kræver lægefagligt tilsyn, eksempelvis småskader." Sygeplejersken kan også fungere som "reception" i modtagelsen og sikre, at patienterne kommer godt videre i "systemet."

Vagtlægernes adgang til patientoplysninger

Regionale planlægningschefer

Indtrykket er, at vagtlægerne har adgang til de helt nødvendige patientoplysninger. Der er mulighed for at slå op i PEM¹¹, "der dog vist ikke benyttes i vagttiden på grund af langsommelig tilgang." Der er forberedelser i gang til FMK¹², som skulle være hurtigere at slå op i.

Der bør være adgang til flere oplysninger om, hvorvidt patienten er kroniker. Principielt kan man allerede nu se, hvad patienterne får af medicin, men systemerne er for tunge at bruge. En planlægningschef siger det på denne måde: "Der er behov for mere information til vagtlægerne, men ikke for meget - og det skal være nemt tilgængeligt."

¹¹ Personlig Elektronisk Medicinprofil.

¹² Fælles Medicin Kort.

Vagtlæger Adgang til oplysninger om medicin og laboratorieydelser er vigtigst. Adgang til forskellige links, eksempelvis Medicin.dk og kliniske vejledninger ville være en god støtte, når man har kørevagter.

Vagtlægechefer "Lægevagten er en akut institution", som en vagtlægechef formulerer det. Hvis man fik en masse tilgængelig information, ville det også blive en forpligtigelse for lægerne at forholde sig til informationen. Det ville blive en "tidssluger," siger vagtlægechefen.

I bilerne har man kun adgang til de sidste tre notater på patienten. Det ville være godt, hvis man havde adgang til en lidt længere historik. Derudover ville det være rigtigt godt, hvis man kunne sende henvisninger elektronisk fra bilen. "Vi ønsker dog kun adgang til de oplysninger, der tidligere er modtaget i lægevagten. De er tilstrækkelige - generelt set", som en vagtlægechef formulerer det.

Man kan gå ind i medicinprofilen, hvis der er noget, som man som vagtlæge er i tvivl om. Det tager dog lang tid, da der ofte er tekniske problemer med systemet. Vagtlægen bør derfor bruge tiden på at udspørge patienten, frem for at se på hele patientens journal.

En vagtlægechef efterlyser et "suverænt fungerende it-system", som er teknisk gearret til at kunne udbygges yderligere med interfacemuligheder til andre systemer.

Vagtlægernes adgang til journaloplysninger

Vagtlæger Vagtlægerne oplyser generelt, at de umiddelbart har adgang til de oplysninger, som de har brug for. En vagtlæge siger det på denne måde: "Vi skal heller ikke have adgang til for mange oplysninger. Man skal sørge for at sikre, at det er det akutte, som vagtlægen dækker. Som vagtlæge skal man ikke studere lægejournalen og foretage udredninger."

Vagtlægechefer Der er behov for adgang til oplysninger om kroniske patienter og diagnoser fra alment praktiserende læger. Faste medicinoplysninger samt adgang til oplysninger om kronikere.

Optimering af it-understøttelsen i vagtlægearbejdet

Vagtlæger Fælles medicinkort kan give det overblik, der er brug for, uden at vi får mange detaljer med. Patienternes viden om deres medicin er generelt set ganske ringe ifølge vagtlægerne. "I dag taler patienterne stadig om de grønne og blå piller", som en vagtlæge siger.

Det vil også være fint med adgang til oplysninger om laboratorieydelser. Og teknisk burde det være sådan, at vagtlægen kan se, om der er en ambulance på vej til borgeren.

Vagtlægechefer Der er behov for fælles adgang til medicinregistrering (Fælles Medicin Kort).

Forslag til forbedring af organiseringen af lægevagten

Regionale planlægningschefer

Vi har to strukturer: Overenskomstaftalerne med samarbejdsudvalg, og så er der sundhedsaftalerne, der er politiske aftaler mellem kommuner og region. De nuværende sundhedsaftaler indeholder ikke noget om lægevagten, "men det kan de jo komme til at gøre på sigt."

Hvis man fastholder, at lægevagten skal være overenskomststyret, er der tale om et simpelt, driftssikkert system, "der fungerer lidt som en selvstændig ø." Det er en helt anden snak, hvis vagtlægen skal være en integreret del af akutberedskabet. Her vil man kunne forbedre ressourceudnyttelsen på tværs af kommuner og læger, f.eks. samspillet mellem vagtlæger og hjemmesygeplejersker.

I en region er der nogle foreløbige overvejelser om at flytte lægevagten telefonvisitation til samme lokaler som regionens nye vagtcentral. Tanken er, at der kan opnås synergieffekter ved at skabe et lokalefællesskab. Der forhandles også om at integrere lægevagten med hospitalernes akutfunktioner i vagttiden.

Det er to forskellige kulturer, der skal lære at arbejde sammen - sygehuse og almen praksis. Det har f.eks. været svært at få sygehusene til at stille lokaler til rådighed for lægevagten. "Der er nogle ting, der halter." Og det er meget svært at få akutberedskaberne til at arbejde sammen. Der kan således både findes skadeklinikker, "der ikke laver noget, og overbelastede lægevagtsordninger."

Kronikerområdet kræver også ifølge de regionale planlægningschefer mere faste aftaler fremover.

Vagtlæger

Det vil være et fremskridt med en bedre transportordning, så patienten kan komme til lægen. Nogle steder i landet kan vagtlægen "køre 100 km uden af se en patient, hvilket ikke er god udnyttelse af vagtlægens tid." Det er dog et stort løft, at man har fået en chauffør, der kan finde vej. Nu kan vagtlæger skrive undervejs, tage tlf. etc.

Vagtlægerne savner respons fra sygehusene, om hvordan det er gået patienten. Det er en kvalitetssikring at vide, om indlæggelsen var berettiget mv. I dag skal man aktivt spørge, om vagtlægen må få det.

Vagtlægerne ønsker at få adgang til telefonnumre på hjemmeplejen, herunder viden om, hvilke plejehjem der har aflastningspladser. "Når man er i et større geografisk område, er det svært at have et samlet overblik," siger en vagtlæge. En anden siger: "Der skulle være en koordinator, der ved, hvor der er plads - og som har overblikket."

I en kommune får man svar på en EDIFACT¹³ inden for 24 timer. Det er tilfredsstillende.

Vagtlægechefer

Vurderingen er, at lægevagtordningen generelt fungerer godt. Økonomi og organisering kan være lidt forskellige i regionerne, og her kunne måske ensrettes

¹³ Elektronisk dataoverførsel baseret på EDIFACT format.

lidt mere. Regionerne skal "ikke blande sig for meget" i organiseringen og planlægningen, men overlade det til vagtlægerne.

Fremadrettet ville det være godt, at lægevagten ved mere præcist, hvor det samlede akutberedskab er hele døgnet (Falck, hjemmesygepleje, socialpsykiatri, akutberedskab mv.).

3.3 Kommunikation

Vagtlægernes erfaring med sikker kommunikation - såsom ISBAR¹⁴

Vagtlæger

Vagtlæger tilkendegiver, at man ikke kender til ISBAR. Nogle vagtlæger oplyser, at standardspørgsmål, som man er oplært til at bruge, "kan glippe", når der er travlt og tilkendegiver, at skriftlige interviewguides ikke er anvendelige.

Kommunikationen mellem vagtlægerne og patienterne

Vagtlæger

Vagtlægerne vurderer, at man er gode til at kommunikere med patienterne.

Vagtlægerne peger på, at kommunikationen er afhængig af, hvordan vagtlægen er som menneske. De fleste læger er "anti-aggressive", som en vagtlæge formulerer det. Men de få aggressive går ikke på kommunikationskurser. "Man prikker ikke til hinanden som læge, hvis man mener kommunikationen kunne være bedre." Det sker kun, hvis der kommer klagesager.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplever, at kommunikationen mellem vagtlæger og patienter generelt er god.

Hvilke udfordringer optræder typisk i kommunikationen mellem vagtlægerne og patienterne?

De regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer oplyser, at man modtager meget få klager over kommunikation - og sædvanligvis er det telefonsamtaler, der udløser klager.

Det kan være et problem, når en pårørende er med ved et besøg. Så kan der være klager, hvor den pårørende synes, at den syge er behandlet dårligt. En planlægningschef oplyser, at "der har lige været en klagesag med borger med anden etnisk baggrund end dansk. Klagen var, at lægen ikke var tålmodig, fordi patienten talte dårligt."

De fleste klager er ifølge planlægningscheferne serviceklager. Vagtlæge og patient taler ikke altid lige pænt til hinanden, og det kan udløse et negativt samspil. Der er nogle læger, der har flere klager end andre. I disse tilfælde går samarbejdsudvalget ind og påpeger, at det er lægen, der har ansvaret for at sikre en ordentlig kommunikation. "Det er jo et spørgsmål om at indfri patientens forventninger", som en planlægningschef formulerer det.

¹⁴ Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd

Vagtlæger	Vagtlægerne oplever, at det kan være en udfordring at komme ind til "kernen af problemet" via dialogen/kommunikationen med patienten. Det kan være svært med "aggressive patienter", der ingen forståelse har for, at man ikke kan honorere deres krav. Patienter, der skal "ud i luften" med et sygt barn ("der ikke er rigtig sygt"), kan være svære. I telefonen er der størst problemer, særligt med de patienter som ikke har egen bil.
Vagtlægechefer	Vagtlægecheferne vurderer, at forskellige forventninger til kontakten generelt er en udfordring for vagtlæge og patient. Vagtlægens evne til at håndtere en konflikt med patienten spiller også ind. Sprog kan i visse situationer udgøre en barriere.

4 Faglig kvalitet og patientsikkerhed

Dette kapitel beskriver en række forhold omkring emnerne faglig kvalitet og patientsikkerhed. Emnerne belyses ved gengivelse af, hvad henholdsvis regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger har haft af oplysninger til spørgsmål inden for faglig kvalitet og patientsikkerhed.

Det er i margin tekst angivet hvilken interessentgruppe, som har givet udtryk for de refererede holdninger og erfaringer.

Tekstboks 4.1 Hovedsynspunkterne fra regionale planlægningschefer, vagtlægechefer og vagtlæger vedrørende faglig kvalitet og patientsikkerhed

- Kvaliteten af lægevagtordningen vurderes generelt som god.
- PEM bruges ikke - systemet er alt for tungt. Det fælles medicinkort vil re-præsentere et væsentligt løft af kvaliteten.
- Der er behov for oplysninger om kroniske patienter, diagnoser hos praktiserende læger og medicinoplysninger, men vagtlægen skal ikke have for mange oplysninger.
- Der vurderes ikke at være større problemer med registrering af relevante oplysninger i forbindelse med patientkontakterne.
- Der vurderes ikke at være et særligt behov for instrukser/retningslinjer - måske med undtagelse af instrukser for medicinudskrivning, visitation og henvisning.
- Patienterne oplyses om klageadgang, hvis situationen gør det naturligt.
- Der foregår løbende uddannelsesaktiviteter af vagtlæger - specielt yngre læger, der kører vagter. Der efterlyses ikke væsentlige nye initiativer med hensyn til uddannelse.
- Specielt kurser/træning i kommunikation med patienterne er væsentlig for at sikre god kontakt til patienterne.
- Det er vigtigt at bruge erfarne praktiserende læger som vagtlæger i videst mulig omfang.
- Lokaler mv. er et problem forskellige steder.

4.1 Kvalitet og patientsikkerhed

Hvem er faglig ansvarlig for lægevagtordningen?

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser, at regionen er ansvarlig for lægevagtsordningen, de praktiserende læger er ansvarlige for bemanningen, og det er den enkelte læges ansvar, hvis behandlingen ikke er tilstrækkelig. "Lægeløftet tilsidesætter det organisatoriske ansvar," oplyser en vagtlæge.

Den faglige sikkerhed er betinget af, at de organisatoriske forhold er i orden, dvs. at lægerne får pauser, velordnede toiletforhold, at der er en sygeplejerske, og en chauffør, der kører vagtbilen mv. Det er regionernes ansvar, at disse ting er i orden ifølge vagtlægerne.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at vagtlægeudvalget er ansvarlig for udarbejdelse af instrukser, men det er den enkelte læge, som er ansvarlig for at følge den, og i øvrigt er det faglige ansvar en del af det almindelige autorisationsansvar.

Registrering af alle relevante oplysninger

Vagtlæger

Generelt er kvaliteten af vagtlægernes notater høj. Nogle visitationsnotater er meget korte ("finger", "hals"), men det er okay, hvis patienten skal sendes videre til konsultation. Ellers bliver notaterne længere i form af defensiv medicin med angivelse af f.eks. "ej nakke-rygstiv."

Kørende vagtlæger finder i nogle tilfælde, at visitationsnotatet er for kortfattet til at forberede sygebesøg. Det kan være en fordel at veksle mellem at være kørelæge og visitator, så forstår man begge sider af opgaven.

Vagtlægerne oplyser, at det er lægens ansvar at få patientoplysninger frem, men at "man næsten skal optage en journal for at helgardere sig." Honoraret er for lille i forhold til tiden, der skal bruges på at dokumentere oplysningerne.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at registrering af oplysninger er meget afhængig af den enkelte situation. Det er vagtlægernes kompetencer at kunne identificere den enkeltes sygdomsbillede/situation.

Flow-charts (tjeklister) kan være en mulighed, men det kan også blive for kompliceret, fordi de bliver for lange og uoverskuelige. Sundhedsstyrelsens journalinstruks følges generelt af vagtlægerne.

Brug af eksisterende muligheder for at få oplysninger om patienterne - f.eks. PEM

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser også, at PEM ikke bruges. Det er et "utroligt tungt system." Alle læger har haft kode til PEM, men mange kan ikke huske den. Inden man på kørevagten når frem til patienten, er tiden gået med at åbne PEM.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at ud over i det gamle Århus Amt bruges PEM ikke. Det er alt for tungt at arbejde med.

Behov for retningslinjer for visitationen og konsultationen af patienter

Regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer oplyser, at der findes alle mulige vejledninger, som lægerne skal bruge om dagen og i vagten. Der er et ønske hos lægerne om retningslinjer for, hvornår lægen kan sige "nej" til en patient, selvom et "nej" i sidste instans altid vil være et fagligt skøn.

Der er dog nogle gråzoner i de eksisterende retningslinjer, hvor vagtlægen kan sige "nej", f.eks. til receptudskrivning.

Hver region har sine retningslinjer. Det kunne være en idé at samarbejde om vejledninger fra de forskellige regioner.

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser, at "der ikke eksisterer instrukser for visitation og konsultation." Der er behov for en mere ensrettet forståelse af kriterierne for visitation og konsultation af patienter - både for de yngre vagtlæger og de mere erfarne vagtlæger. "Regionerne bør komme på banen her." Omvendt skal man passe på, at det ikke bliver for "legalt", og at instrukserne alligevel ikke bliver fulgt.

Juridisk vil sådanne instrukser være bindende, hvorfor mange vagtlæger kan risikere at få klagesager, hvis de bliver for rigide. Hvis der er ting vagtlægen er i tvivl om på vagten, kan han/hun sagtens ringe til lægerne på sygehuset eller til giftlinjen. De to instanser fungerer som bagvagt.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne er generelt i tvivl om, hvorvidt retningslinjerne vil blive brugt. Det vil kræve en løbende opdatering af en sådan liste (nærmest dagligt), og så skal der afsættes ressourcer til, at vagtlægen bruger tid på opdatering. Der arbejdes med problemstillingen. Retningslinjer må ikke blive en "juridisk sovepude."

Oplysninger til patienterne om klagemuligheder

Regionale
planlægningschefer

De regionale planlægningschefer oplyser, at patienterne ikke oplyses om klagemuligheder, med mindre der opstår en situation, hvor det er oplagt for vagtlægen at orientere.

Klagevejen er oplyst på hjemmesider mv. Når der optræder en klagesituation, mener de regionale planlægningschefer, at patienterne bliver orienteret om klagemuligheder.

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser, at generelt har patienterne respekt for lægen, og de respekterer hans vurdering. "Alle patienter ved, at de kan klage," oplever vagtlægerne.

Sædvanligvis fortæller vagtlægen patienterne, at de skal henvende sig til regionen for at klage. Mange patienter kommer tilbage til egen læge, hvis de har været utilfredse med en vagtlæge. Det er kommunikationen, der oftest klages over. Det bedste er, hvis patienten kommer tilbage, således at man kan udrede hændelsesforløbet.

For at helgardere sig skal vagtlægen skrive meget lange notater, som det tager lang tid at udarbejde. Som vagtlæge ved man godt, hvornår kommunikationen er gået dårligt, men "man kan ikke rette det."

Nogle vagtlæger indlægger konsekvent patienten, hvis vedkommende truer med at klage, fordi vagtlægen ikke orker at behandle klagesager.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at der generelt kun bliver oplyst om klagemuligheder, hvis patienten spørger.

Antal patienter i vagterne

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser, at i telefonvagten kan det blive til omkring 15-20 patienter i timen, men "så er det vigtigt at holde pause undervejs." Det normale antal konsultationer angives til 6-10 i timen.

Antallet af patienter i kørevagterne afhænger helt af geografien, men ligger i nærheden af 1-2 patienter i timen. Ved rene kørevagter i by kan der nås 16-20 besøg på en vagt, når besøgene "ligger som perler på en snor." I "periferien" - eller hvis der ikke koordineres - kan der derimod bruges rigtig meget tid på kørsel.

Besøg hos psykiske patienter kan tage lang tid - "helt op til 2½ time eller længere."

Uddannelsen af vagtlæger

Regionale planlægningschefer

De regionale planlægningschefer finder, at der nok er behov for mere uddannelse af de yngre læger. Måske skulle man satse mere på en generel forbedring af uddannelserne for praktiserende læger - "men det er et andet problem."

Det indgår allerede i dag i uddannelsen til speciallæge i almen medicin, at man skal uddannes til også at arbejde som vagtlæge. Den mere praktiske instruktion i betjening af telefon- og vagt-edb-system gives af vagtchefer m.fl., før man begynder at arbejde som vagtlæge. Det er primært uddannelse i kommunikation, der er det centrale, da "det er fremmede mennesker, de skal hjælpe og danne sig indtryk af på få minutter."

Lægerne har selv ansvar for at sikre uddannelse. Regionerne stiller ikke overordnede krav til uddannelsen til lægevagten. Man kunne stille krav til de vagtlæger, der ikke er praktiserende læger.

Uddannelsen forbedres løbende af vagtlægerne selv. Man tager "læring af klagesagerne og samler lidt i klumper, f.eks. om kommunikationen, og det arbejder vagtlægerne så med i uddannelsen." Opgaverne bliver løst "rimeligt pænt." Det er jo praktiserende læger, der er kompetente, samtidig med at der er nogle specifikke ting i vagtlægejobbet, der skal læres.

Læger har "enorm berøringsangst" i forhold til kritik af kolleger. Der skulle være et krav til lægerne om, hvornår de skal reagere overfor kolleger. Der er dog forskel på, hvor udbredt denne "berøringsangst" er i regionerne.

Hvis regionerne får flere klager på samme vagtlæge, tager man det op med vagtlægechefen, hvorefter vagtlægerne i fællesskab har ansvaret for at gøre den pågældende vagtlæge bedre. "I sidste instans kan Sundhedsstyrelsen fratage autorisationen," oplyser en regional planlægningschef.

Vagtlæger

"At være vagtlæge er ikke noget, der alene kan læres på kursus." Sidemandsoplæring er vigtig. Det er dog også vigtigt med uddannelse, det kunne være en weekend om året eller to aftenkurser om f.eks. meningitis som en ældre læge måske ikke er helt up-to-date med. Nogle vagtlæger, der ikke har haft vagtlægefunktionen i mange år, kan også have glæde af uddannelse.

I en region er erfaringerne med akutkursus utroligt gode. Visitationskurset er også godt. Det skal vagtcheferne have ros for, udtaler vagtlægerne. Det kan suppleres med nogle følgevagter af en erfaren læge de første gange.

Det er en stor støtte, at unge vagtlæger får opbakning af de kolleger, der er i vagt. Det at høre en kollega sige, at han også har indlagt mange patienter på samme afdeling, giver rygstød til de unge vagtlæger.

Der er i nogle visitationer medlytteudstyr, så ens uddannelseslæge kan lytte med. Det er telefonkonsultationen, der er den vanskelige. Alle vagtlæger synes, de er ret gode til at visitere, men det er vigtigt, at der er et fælles fodslag mellem lægerne.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at der løbende er kurser i kommunikation og visitation, som de væsentligste temaer. Det er en del af uddannelsen i at være i "vagten", dvs. arbejde som vagtlæge. Der gennemføres også akutkurser i medicin af mere lægefaglig karakter.

Vagtlægecheferne vurderer, at de mange kursustilbud pt. er dækkende. Tutorerne bør selv have erfaring i at være vagtlæge.

Vagtlægechefernes rolle i forhold til kvalitetsudvikling/kvalitetssikring

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at kvalitetsudvikling og kvalitetssikring er et fælles ansvar, som der generelt forsøges at følge løbende op på i tæt dialog med vagtlægeudvalg, Sundhedsstyrelse mv.

Sanktionsmuligheder over for vagtlæger

Vagtlæger

Vagtlægerne oplyser, at fejlbehandling "kører" gennem Patientklagenævnet. Det er vigtigt for vagtlægerne med det menneskelige og kollegiale netværk til sparring. Ved fejlbehandling skal vagtlægen gøre sin kollega opmærksom herpå.

Supervisionsgrupper kan være gode, fordi vagtlægen kan dele sine problemer med andre. Disse grupper er dog udenfor lægevagtordningen.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne oplyser, at sanktioner overfor vagtlæger "ikke fylder noget i dagligdagen." Sagerne kan deles op i:

- Fagligt uansvarlig: Embedslægen
- Organisatorisk uansvarlighed: PLO instruks

Oftest klages over vagtlægens opførsel. Disse klager behandles efter de gældende instrukser. Det er en bestemt gruppe patienter som klager, og der er ikke ret mange klager.

Vagtlægecheferne oplyser, at der er mellem 10-20 klager i forhold til mellem 500.000-800.000 årlige kontakter i hver region¹⁵. Så tallet er generelt ganske lille.

Forslag til forbedring af kvaliteten af lægevagtordningen og patientsikkerheden

Regionale planlægningschefer

Det er vigtigt, at det er erfarne alment praktiserende læger, der arbejder som vagtlæger. Især er det vigtigt, at visitator er en erfaren praktiserende læge. Derfor skal det sikres, at der også fremover af hensyn til kvaliteten kan rekrutteres erfarne praksislæger til vagtordningerne.

De regionale planlægningschefer vurderer, at et fælles medicinkort bliver et kvalitetsløft for lægevagtsordningen. Patientsikkerheden kommer også i spil med den ny lov om utilsigtede hændelser.

I en region er man i gang med at lave servicemål for f.eks. ventetider for patienter.

Vagtlæger

Vagtlægerne anfører, at kommunikation mellem vagtlægerne bør styrkes, således at der er en ensartethed blandt vagtlægerne omkring, hvordan man varetager forskellige situationer. Kommunikationen kan styrkes med eksempler, så man kan analysere, "hvad er det, der går galt her."

Nogle konsultations- og visitationslokaler "er under al kritik, dårlige fysisk forhold, dårlige computere, venteværelser lugter, og der er dårlige stole etc." Det er et skisma, at vagtlægerne ikke selv bestemmer over lokalerne. "Der er nogle steder jammerlige forhold." Det betyder noget for patienternes opfattelse.

Vagtlægerne efterlyser feedback på de ting, der visiteres til, f.eks. fra sygehusafdelinger og skadestue. Endvidere peger vagtlægerne på et behov for en samordning af it-systemerne.

"Oversigtbarheden" hos kørelægerne kan forbedres. Det ville være fint, hvis man kunne se, hvor bilerne er om natten, så man ikke behøver at ringe rundt og høre, hvem der er tættest på.

Som kørevagt kan man ikke se den samlede vagtplan (det har man i konsultationen). Det ville være fint, hvis kørevagten kunne henvise nogle af patienterne til andre læger.

¹⁵ Vagtlægecheferne har ikke oplyst kilden til disse oplysninger.

Vagtlægechefer

Vagtlægecheferne lægger vægt på, at lokal forhandling for vagtlæger bør være en mulighed. Endvidere peger vagtlægecheferne på, at regionerne godt kunne prioritere de fysiske rammer for visitation og konsultation mere.

5 Lægevagtens samarbejdspartnere

I dette kapitel belyses det, hvad lægevagtens samarbejdspartnere i regionerne har af oplevelser og erfaringer i forhold til samarbejdet med lægevagten.

Kapitlet adskiller sig i sin struktur fra de øvrige kapitler, da samarbejdspartneres oplevelser og erfaringer gennemgås separat for hver region. Denne særlige form skyldes, at det har været et ønske at få indblik i de regionale forskellige, som samarbejdspartnerne oplever¹⁶.

Tekstboks 5.1 De væsentligste synspunkter vedrørende lægevagtordningen fra samarbejdspartnerne på tværs af regionerne

- Generelt set er der flere ligheder end forskelle fra region til region i synspunkterne fra samarbejdspartnerne om lægevagten. Og overordnet set oplever de forskellige samarbejdspartnere et godt samarbejde med lægevagten.
- For hjemmeplejens vedkommende peges der på, at den vagtlæge, som besøger patienten, ofte har for lidt viden om patientens sygehistorie og medicinforbrug. Tilsvarende efterlyser hjemmeplejen tilbagemeldinger fra vagtlægen, efter at denne har været på besøg hos en patient. Endelig finder hjemmeplejen, at det generelt tager for lang tid at komme igennem på telefonen til lægevagten.
- Fra plejehjemsside oplyses, at borgere i eget hjem er "*langsomme*" til at kontakte lægevagten.
- De praktiserende læger udtrykker et ønske om, at lægevagten kan modtage EDIFACT til kommunikation af patientoplysninger. Ligeledes peger de praktiserende læger på, at lægedækningen - mellem lukketiden for lægevagten kl. 7 og åbning af egen praksis kl. 8 - er "*et gråt område*."
- Døgnapotekerne oplyser, at vagtlægernes angivelse af medicindoser på recepter kan være for upræcise, og det derfor ofte er nødvendigt at tage kontakt til receptudstedende læge efterfølgende. Nogle apotekere siger også, at det kan tage for lang tid at komme i kontakt med den pågældende vagtlæge.

¹⁶ Strukturen indebærer dog også, at der vil være en del gentagelser mellem regionerne, da der er mange lighedspunkter mellem lægevagtordningerne i regionerne.

- Akutmodtagelsen og børnemodtagelsen har stort set identiske oplevelser. Man oplever, at der henvises for mange patienter til skadestue eller indlæggelse, og at mange patienter visiteres til indlæggelse uden at være tilset af vagtlægen. I den forbindelse efterlyses mere dialog med vagtlægen om patienten. Det bemærkes endvidere, at der kan være stor forskel i vagtlægernes individuelle viden og henvisningsmønster.
- Børnemodtagelsen ser et behov for fælles retningslinjer mellem børneafdelingerne og lægevagten. Endelig anfører børnemodtagelsen den såkaldte venteværelsesproblematik, nemlig at patienter henvist til skadestue må vente i køen blandt patienter, der ikke er henvist.
- Vagtlægerne understreger, at mangel på adgang til medicinkort, elektronisk patientjournal og egen læges journal øver indflydelse på samarbejdet. Endelig finder vagtlægerne det nogle gange vanskeligt at identificere det "rigtige" hospital og hospitalsafdeling, særligt i Region Hovedstaden.

5.1 Region Nordjylland¹⁷

I fokusgruppeinterviewet med lægevagtens samarbejdspartnere i Region Nordjylland var følgende repræsenteret: 1) Almen praktiserende læge uden for vagtordningen, 2) akutmodtagelse, 3) plejehjem, 4) hjemmepleje og 5) børnemodtagelse.

Typiske situationer, hvor I samarbejder?

Fra børnemodtagelsen oplyses, at samarbejdet vedrører børn, der henvises til indlæggelse, eller når sygehuset har behov for at få gode råd. Akutmodtagelsen oplyser, at samarbejdet sker, når patienten ringer til lægevagten eller henvender sig på skadestue. Fra den kommunale hjemmepleje og plejehjem oplyses, at man ringer til vagtlægen, når der er spørgsmål, der skal afklares lægeligt.

Generelle erfaringer med samarbejdet?

Den generelle erfaring er, at samarbejdet fungerer godt. Plejehjemmet oplever, at lægevagten har styr på sagerne, men bemærker dog, at der kan være lang ventetid i telefonen og efterspørger vagtlægens akutnummer. Modsat oplever hjemmeplejen, at vagtlægen er let tilgængelig.

Konkrete udfordringer i samarbejdet?

Flere samarbejdspartnere tilkendegiver, at vagtlægerne er meget forskellige i deres tilgang, og der er derfor også stor variation i, hvordan de samarbejder med resten af systemet.

Kan det tværgående samarbejde med jer styrkes?

Fra børnemodtagelsen og fælles akutmodtagelsen udtrykkes ønske om mere ensartede behandlingstiltag, så der er mindre forskelle mellem vagtlægernes rutiner og handlinger. Eksempelvis fælles instrukser og standarder på regionsbasis med hensyn til, hvordan man reagerer i forbindelse med henvisninger,

¹⁷ Det kan forekomme, at der i de regionsvise afsnit mangler et spørgsmål/svar inden for den enkelte region. Dette vil typisk skyldes, at spørgsmålet er belyst under et andet spørgsmål.

	inhalation til patienter mv. Det vil give tids-, kommunikations- og klagemæssige fordele. Fra vagtlægens side efterlyses tilbagemeldinger fra samarbejdspartnerne om patienterne - ligeledes efterlyser vagtlægen information og erfaringer fra sygehusenes specialeretninger og retningslinjer knyttet hertil.
Hvordan oplever I kommunikationen?	Børnemodtagelsen finder, at kommunikationen med lægevagten er god i de fleste tilfælde. Dog oplever man stor variation i vidensniveauet (vurdering og henvisning) blandt vagtlægerne. Kommunikationen er meget afhængig af den enkelte læge, mens den ikke er afhængig af vagtlægens alder. Kommunikationen kan gå galt på grund af travlhed hos lægevagten. Både plejehjem og hjemmepleje oplever en god og seriøs kommunikation med lægevagten.
Er sikkerhedsnettet tilstrækkeligt?	Hjemmeplejen peger på, at vagtlægen er afhængig af, at plejeteamene kan viderebringe patientens historik. Der er generel enighed om, at sygeplejersker vil kunne spille en større rolle i lægevagten. Men der kan måske være behov for efteruddannelse. Vagtlægen peger på, at sygeplejersker kan være relevante, når lægevagten sidder i udkantsområder, og der kommer alvorlige tilfælde, som vagtlægen kan have svært ved at håndtere alene.
Oplevelse af kvaliteten af samarbejde?	Det er samarbejdspartners generelle opfattelse, at kvaliteten af samarbejdet med lægevagten er god.
Behov for informationer ift. til patientsikkerhed?	Børnemodtagelsen oplever ikke problemer omkring lægevagtens manglende adgang til journaler på børneområdet, men tilføjer, at det ville være en god idé, hvis vagtlægen havde adgang til information om patientens tidligere indlæggelser.
Forslag til forbedring af samarbejde og patientsikkerhed?	I de tilfælde, hvor en hjemmesygeplejerske ikke har været til stede under et vagtlægebesøg, efterspørger hjemmeplejen en tilbagemelding fra vagtlægen - gerne elektronisk - vedrørende besøget. Der er generel enighed om manglen på oplysninger omkring patienternes medicinbehov. Det forringer kommunikationen mellem en række parter, vagtlægen, pårørende, hjemmesygeplejersken mv. Det øger endvidere risikoen for f.eks. fejlmedicinering.

5.2 Region Midtjylland

I fokusgruppeinterview med lægevagtens samarbejdspartnere i Region Midtjylland var følgende repræsenteret: 1) Vagtlæge, 2) akutmodtagelse, 3) plejehjem, 4) hjemmepleje, 5) børnemodtagelse og 6) døgnapotek.

Typiske situationer hvor I samarbejder?	Børnemodtagelsen oplyser, at det typisk er lægevagten, som kontakter børnemodtagelsen på sygehuset. Døgnapoteket meddeler, at apoteket tager kontakt til lægevagten angående f.eks. medicindosis. Døgnapoteket oplyser, at de har kontakt 3-4 gange med lægevagten pr. vagt i gennemsnit. Hjemmeplejen oplyser, at det typisk er hjemmeplejen, der tager kontakt til lægevagten. Der kan gå måneder mellem lægevagtskontakter i det enkelte hjemmepledistrikt. Kontakten går dog også den anden vej i enkelte tilfælde. Akutmodtagelse siger, at det typisk er lægevagten, der tager kontakten, og at det sker mange gange dagligt.
Generelle erfaringer med samarbejdet?	Alle samarbejdspartnere vurderer, at samarbejdet med lægevagten fungerer godt.
Konkrete udfordringer i samarbejdet?	Døgnapoteket understreger, at det er vigtigt, at recepter er påført de rigtige doseringer. Børnemodtagelsen oplever, at børn bliver henvist til børnemodtagelsen uden fysisk at være blevet tilset af en vagtlæge eller anden sundhedspersonale på f.eks. en akutmodtagelse eller skadestue. Akutmodtagelsen oplyser, at det kan forekomme, at patienterne er blevet lidt for dårlige, inden de indlægges.
Hvordan oplever I kommunikationen?	Alle samarbejdspartnere vurderer, at der generelt er god kommunikation og dialog med lægevagten.
Er sikkerhedsnettet tilstrækkeligt?	Vagtlægen oplyser, at det er en udfordring, at man i telefonkonsultationerne ikke har patienten fysisk foran sig. Derfor kan det være svært at vurdere, hvorvidt patienten skal viderevisiteres til konsultation.
Typiske udfordringer i kommunikationen?	Børneafdelingen oplyser, at man kan mangle, at vagtlægerne kontakter f.eks. børneafdelingen for en mere udførlig screening af barnet eller den unge, inden vagtlægen visiterer barnet videre i systemet. Endvidere finder børneafdelingen, at det vil være relevant at melde tilbage til lægevagten, hvis der gentagne gange er sket uhensigtsmæssige henvisninger til børnemodtagelsen.
Forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation?	Skadestue/akutmodtagelsen foreslår, at en central visitation på sygehusene (med logistisk overblik over tilbuddene) kunne være en mulighed. Vagtlægen foreslår, at lægevagten kan lave epikriser direkte til relevante samarbejdspartnere, f.eks. når man har været på sygebesøg.
Oplevelse af kvaliteten af samarbejde?	Samarbejdspartnere tilkendegiver, at der generelt er en god kvalitet i samarbejdet med lægevagten.

Behov for informationer ift. patientsikkerhed?	Samarbejdspartnere og vagtlæge er enige i, at der skal være en let og enkel informationsdeling mellem de forskellige aktører. Vagtlægen konstaterer, at det fælles medicinkort mangler, og at vagtlægerne ikke har adgang til de elektroniske patientjournaler eller egen læges journal.
Forslag til forbedring af samarbejde og patientsikkerhed?	Børnemodtagelsen oplever det som et problem, at patienter visiteret direkte til skadestue må stille sig op i køen på skadestuen, efter at de er visiteret f.eks. børnemodtagelsen. Vagtlægen påpeger, at det er vigtigt af hensyn til patientsikkerheden, at vagtlægerne har de nødvendige ressourcer til at gennemføre den nødvendige prioritering af patienterne.

5.3 Region Syddanmark

I interview med lægevagtens samarbejdspartnere i Region Syddanmark var følgende repræsenteret: 1) Vagtlæge, 2) almen praktiserende læge udenfor vagtordningen, 3) plejehjem, 4) hjemmepleje, 6) børnemodtagelse og 7) døgnapotek.

Typiske situationer hvor I samarbejder?	Hjemmeplejen tager kontakt til lægevagten i akutte situationer. Lægerne på børnemodtagelsen tager imod ved akutte indlæggelser. Den praktiserende læge modtager udskrivningsbreve fra patienter, der har kontaktet lægevagten.
Generelle erfaringer med samarbejdet?	Samarbejdspartnerne vurderer, at der generelt er gode erfaringer med samarbejdet med lægevagten. Døgnapoteket oplyser dog, at man nogle gange har vanskeligt ved at få kontakt til receptudstedende vagtlæger.
Konkrete udfordringer i samarbejdet?	Døgnapoteket oplyser, at der er konkrete udfordringer med doseringsangivelser på recepter. Samtidigt er det - som tidligere nævnt - vanskeligt at få kontakt med den vagtlæge, som har udstedt recepten. Vagtlægen oplever, at de forskellige vagtlæger kommunikerer meget forskelligt med hjemmeplejen om patienterne.
Kan det tværgående samarbejde styrkes?	Hjemmeplejen oplyser, at der er behov for at sikre en kommunikation med de vagtlæger, som skal ud til borgere, som også modtager hjemmepleje.
Mulighed for at lette lægevagtens arbejde?	Døgnapoteket oplyser, at hvis man ikke kan skaffe de nødvendige præparater, så sender apoteket en fax til lægevagten. Til gengæld kan man ikke altid være sikker på, om faxen når frem til den rette vagtlæge.
Er sikkerhedsnettet tilstrækkeligt?	Den praktiserende læge finder, at det ville være godt, hvis lægevagten havde adgang til EDIFACT, så den praktiserende læge kan sende besked til lægevagten, hvis der er taget en vigtig blodprøve på en patient lige før lukning af egen praksis.

Forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation?	Døgnapoteket påpeger, at elektroniske recepter skal stiles direkte til det enkelte apotek med tilkaldevagt - ellers er der fare for, at apoteket ikke modtager alle de nødvendige oplysninger.
Behov for informationer ift. patientsikkerhed?	Døgnapoteket oplyser, at enkelte vagtlæger kan være meget upræcise i deres doseringsangivelser. Og man vurderer, at dette kan føre til brister i patientsikkerheden.
Forslag til forbedring af samarbejde og patientsikkerhed?	Vagtlægen efterlyser adgang til epikriser, der udgør en central læring for vagtlægen. Samtidig er det vigtigt med adgang til alle patientens tidligere kontakter til lægevagten, når man kører lægevagt. Lægen fra børnemodtagelsen ønsker, at vagtlægerne ser patienterne, inden de eventuelt henvises videre.

5.4 Region Sjælland

I fokusgruppeinterview med lægevagtens samarbejdspartnere i Region Sjælland var følgende repræsenteret: 1) Akutmodtagelse 2) Plejehjem 3) Hjemmepleje og 4) Børnemodtagelse

Konkrete udfordringer i samarbejdet?	Hjemmeplejen oplyser, at man har et godt samarbejde med vagtlægerne. Man bruger lægevagten, når man er ude hos borgere, der er dårlige, og vurderingen er, at der er behov for en læge. Det tager dog lang tid at komme gennem til lægevagten på telefonen. Akutmodtagelsen giver udtryk for, at vagtlægerne indlægger for mange patienter. Det er nogle gange oplevelsen, at vagtlægen kunne have klaret patientens problem, hvis vagtlægen havde tilset patienten. Samtidig giver lægevagten ikke altid besked, når en patient bliver indlagt. Børnemodtagelsen oplever, at der er stor forskel på, hvor mange patienter den enkelte vagtlæge henviser til indlæggelse. Der er borgere, som ringer direkte til børnemodtagelsen, fordi de føler sig dårligt behandlet af lægevagten. Der er også eksempler på, at lægevagten har overset behandlingskrævende børn.
Mulighed for at styrke det tværgående samarbejde?	Akutmodtagelsen oplever, at lægevagten mangler kateter og kanyler, som lægevagten selv skal sørge for at anskaffe. Det vil være en fordel med vagtlæger, der har erfaring. Børnemodtagelsen foreslår en forventningsafstemning med lægevagten, idet håndtering af "ring til en ven" opkald fra lægevagten fylder en del hos børnemodtagelsen. Hjemmeplejen konstaterer, at hjemmesygeplejerskerne selv kan blive bedre til at kommunikere, hvad de har brug for fra lægevagten. Samtidig peger hjemmeplejen på muligheden for, at lægevagten kan tilkalde akut hjemmepleje.

Hvordan oplever I kommunikationen?	Børnemodtagelsen oplyser, at lægevagten ringer til den relevante læge i modtagelsen, når de henviser. En ung læge i akutmodtagelsen tør typisk ikke underkende en vagtlæge og sende en patient hjem, mens de mere erfarne tager dialogen.
Er sikkerhedsnettet tilstrækkeligt?	Hjemmeplejen finder, at sikkerhedsnettet generelt er godt. Men bemærker også, at kvaliteten i vagtlægebehandlingen kan afhænge af den enkelte vagtlæge.
Typiske udfordringer i kommunikation?	Akutmodtagelsen oplever, at der er for lidt dialog om patienterne mellem vagtlægerne og akutmodtagelsen. Samtidigt vil man foretrække, at alle patienter - der sendes til akutmodtagelsen - først er tilset af en vagtlæge. Hjemmeplejen finder, at det er et problem, at man ikke altid kan være til stede, når lægevagten tilser en borger/patient.
Forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation?	Hjemmeplejen foreslår, at der bliver hurtigere adgang til lægevagten, når man ringer fra borgeren.
Oplevelse af kvaliteten af samarbejdet?	Hjemmeplejen oplever, at enkelte vagtlæger ikke tør sige patienten imod, når patienten insisterer på indlæggelse. Det kan give problemer, når vagtlægen ikke vil indlægge psykiatriske patienter, da hjemmeplejen og politiet så skal håndtere patienten efterfølgende.
Behov for informationer ift. patientsikkerhed?	Hjemmeplejen oplyser, at man som regel sender medicinlister med ældre borgere, der bliver indlagt gennem lægevagten.
Forslag til forbedring af samarbejde og patientsikkerhed?	Hjemmeplejen foreslår, at vagtlægerne får adgang til patienternes medicinlister.

5.5 Region Hovedstaden

I fokusgruppeinterview med lægevagtens samarbejdspartnere i Region Hovedstaden var følgende repræsenteret: 1) Vagtlæge, 2) almen praktiserende læge udenfor vagtordningen, 3) plejehjem, 4) kommunalt akutteam og 5) døgnapoteke.

Typiske situationer hvor I samarbejder?	Plejehjemmet oplyser, at man samarbejder med lægevagten, når beboerne er dårlige, og at man prøver at undgå indlæggelser. Det kommunale akutteam oplyser, at man gerne vil samarbejde mere med lægevagten, end det sker i dag, f.eks. med opfølgende besøg hos patienter tilset af vagtlægen.
---	--

	Den praktiserende læge oplever, at vagtlægen er en naturlig forlængelse af egen praksis. Man får altid en tilbagemelding fra lægevagten, når lægevagten har været i kontakt med ens patienter. Apoteket oplyser, at man samarbejder med lægevagten om udlevering af medicin til patienterne.
Generelle erfaringer med samarbejdet?	Plejehjemmet oplyser, man er tilfreds med samarbejdet med lægevagten, og at lægevagten som regel kommer på besøg efter kort tid.
Konkrete udfordringer i samarbejdet?	Det kommunale akutteam finder, at samarbejdet kunne blive bedre, hvis alle nyansatte vagtlæger kendte til teamet. Vagtlægen oplyser, at akutteamets tilstedeværelse i Helsingør Kommune kan være "vanskelig at huske", når man opererer i hele regionen. Det kommunale akutteam siger, at man er nødt til at kontakte lægevagten, når der er behov for injektionsvæsker til terminale patienter i hjemmet. Døgnapoteket peger på, at det kan forekomme, at man må rette henvendelse til en vagtlæge for at sikre, at den rette medicin udleveres. Samtidig forventer man, at lægevagten er opmærksom på, at det tager tid, inden recepten kommer frem til apoteket. Endelig peger døgnapoteket på, at lægevagten har mulighed for at udskrive recept på en tryghedskasse indeholdende utensiler og medicin til terminale patienter, men at dette sjældent sker.
Hvordan oplever I kommunikationen?	Døgnapoteket understreger, at en hurtig kommunikation med lægevagten om indholdet af recepter er vigtig. Samtidig foreslår apotekerrepræsentanten, at man mødes minimum en gang om året med lægevagten for at drøfte samarbejde og problemer.
Er sikkerhedsnettet tilstrækkeligt?	Døgnapoteket oplyser, at når man ikke har den ønskede medicin, er man patienten behjælpelig med at finde et præparat, der ligner det ønskede. Vagtlægen oplyser, at ventetid har med kvalitet at gøre. Der er større forståelse hos borgerne for, at praktiserende læger har ventetid, end at lægevagten har ventetid. Plejehjemmet peger på, at borgere i beskyttede boliger er "langsomme" til at ringe til lægevagten eller praktiserende læge Vagtlægen konstaterer, at det store antal af henvendelser, som den visiterende vagtlæge skal igennem, betyder, at der er en vis sandsynlighed for, at nogle patienter falder gennem sikkerhedsnettet. Den praktiserende læge vurderer, at der ikke er et særligt finmasket sikkerhedsnet i perioden mellem vagtlægens afslutningstidspunkter og den praktiserende læges åbningstider. Det gælder særligt om morgenen mellem kl. 7 og 8, hvor den kørende lægevagt er lukket.

Forslag til forbedring af samarbejde og kommunikation?	Vagtlægen oplyser, det kan være et puslespil at finde det rigtige sygehus, når der skal indlægges patienter, så på dette område er der et potentiale for forbedring.
Oplevelse af kvaliteten af samarbejdet?	Både det kommunale akutteam og plejehjemsrepræsentanten finder, at kvaliteten af samarbejdet er god.
Behov for informationer ift. patientsikkerhed?	Det kommunale akutteam oplever, at lægevagten ikke har nok information om patienten og efterlyser også tilbagemeldinger fra lægevagten, når en patient er blevet tilset. Både vagtlæge og praktiserende læge oplyser, at vagtlægen ikke kan/skal have alle baggrundsoplysninger om patienten. De peger endvidere på, at oplysningerne i de fleste tilfælde ikke har relevans for den akutte situation. Vagtlægen oplyser, at "vi logger ikke ind på PEM, som regel ligger der lister fra praktiserende læge, ellers må vi ud og rode i køkkenskabene".

6 Brugeroplevelser

I dette kapitel beskriver vi brugernes oplevelser af lægevagtordningen. Oplysningerne fra brugerne baserer sig på fire fokusgruppelinterview og et telefoninterview.

Brugerne har været opdelt i tre kategorier:

- **Småbørnsforældre.** Der blev gennemført et fokusgruppelinterview vest og øst for Storebælt med hhv. 5 og 2 deltagere - alle kvinder
- **Ældre (dvs. 65+).** Der blev gennemført et fokusgruppelinterview vest- og øst for Storebælt med hhv. 3 og 2 deltagere
- **Borgere af anden etnisk baggrund.** Der blev gennemført et telefoninterview i Østdanmark.

Tekstboks 6.1 Brugernes væsentligste synspunkter vedrørende lægevagtordningen

- Der er generelt tilfredshed med lægevagtordningen. De ældre brugere er meget tilfredse, mens småbørnsforældre er mindre tilfredse (og stiller højere krav).
- Nogle brugere opfatter vagtlægen som *"den praktiserende læges forlængede arm"*, mens andre mere ser ordningen som en *"akutfunktion"*.
- Generelt lægger brugerne stor vægt på, at kommunikationen med vagtlægen opleves som god.
- Nogle brugere giver udtryk for utilfredshed med faciliteterne i vagtkonsultationen, og nogle er utilfredse med ventelistehåndteringen.
- Nogle brugere ønsker, at vagtlægerne *"klædes bedre på"* til kommunikationen med brugerne, f.eks. via *"kommunikationskurser"*. Andre ønsker mere *"information om symptomer, sygdom og andet"*, der kan forbedre kommunikationen med vagtlægen.
- Lægevagtordningen opleves generelt som *"anonym"*.

- Nogle brugere finder, at *"det er besværligt"* at klage over vagtlægen.
- Brugerne har endelig en række forslag til, hvordan lægevagtordningen kan forbedres, bl.a. hjemmeside, *"112-nummer"*, *"telefonsluse"*, brug af sygeplejersker, *"akutte tider"* hos egen læge.

6.1 Forventninger til lægevagten

Nogle af brugernes forventninger til lægevagten knytter sig særligt til et ønske om, at lægevagten kan være *"den praktiserende læges forlængede arm"*¹⁸. Det vil sige, at der hos nogle borgere er en forventning om, at lægevagten kan yde den samme service (eller næsten den samme service), som den praktiserende læge kan. Forskellen mellem lægevagt og praktiserende læge ses alene som en funktion af, at ydelserne leveres uden for den almindelige åbningstid hos den praktiserende læge.

I forlængelse af denne opfattelse af lægevagten som den praktiserende læges forlængede arm gives der også udtryk for, at forventningen til lægevagten er, at *"man kan ringe og få gode råd og vejledning"*¹⁹.

Der er dog også brugere, der giver udtryk for, at lægevagten har et mere snævert fokus og arbejdsfelt end den praktiserende læge. Der er således en borger, der siger, *"jeg ringer kun, når det er akut, og jeg forventer at få at vide, hvor jeg eventuelt skal henvende mig, hvis ikke lægevagten kan give mig svaret på mit problem"*²⁰.

Øvrige forventninger

Ud over disse mere generelle forventninger til, hvad det er for en service og ydelser, som lægevagten kan levere, peger mange borgere på, at de forventer, at *"lægen tager sig god tid"*, *"at lægevagten tager patienten ligeså alvorligt som egen læge"*, *"at læger lytten til, hvad jeg siger"*²¹.

Ud over de generelle forventninger til lægevagtordningen, har vi spurgt brugerne af ordningen, om de fik indfriet deres forventninger ved deres sidste besøg hos/af, og/eller henvendelse til lægevagten. Hovedparten af brugerne er tilfredse med deres sidste henvendelse til lægevagten, og de synes, at de fik indfriet deres forventninger. Der er således flere, der svarer *"ja, fuldt ud"* og *"ja, generelt tilfreds"*²².

¹⁸ Bruger, 65+, Vest for Storebælt.

¹⁹ Bruger, 65+, Vest for Storebælt.

²⁰ Bruger, 65+, Vest for Storebælt.

²¹ Bruger, 65+, Vest for Storebælt, Småbørnsforældre, Øst for Storebælt, Bruger af anden etnisk baggrund, Øst for Storebælt.

²² Bruger, 65+, Vest for Storebælt, bruger, 65+, Øst for Storebælt, Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

Enkelte af borgerne har haft mindre gode oplevelser. De peger på, at kommunikationen kunne være bedre, og at kvaliteten af den behandling, som ydes af vagtlægen, kan variere afhængigt af, hvilken vagtlæge der besvarer ens henvendelse.

Tekstboks 6.2 En borgers beskrivelse af en henvendelse til vagtlægen

"Jeg lider af astma. Får jeg et anfald, kan jeg ikke selv ringe, så min mand må ringe. Kommunikationen var helt i top, og min mand oplevede det som meget trygt at tale med vagtlægen.

Vagtlægen spurgte, om vi selv kunne køre. Vi kørte, og jeg kom ind i lægevagten med det samme. Efter syv minutter var jeg frisk igen. Jeg fik en behandling, der trods enhver beskrivelse. De ventede på mig med en stol, da jeg kom, og jeg fik jeg ilt med det samme.

Da jeg fik et nyt anfald senere fik jeg også formidabel behandling. De kendte til det tidligere tilfælde, som jeg havde haft. Jeg har ellers ikke brugt lægevagt."

Kilde: Fokusgruppe, bruger, 65+

6.2 Tilfredshed med lægevagten

Tilgængelighed

I forhold til tilgængelighed af lægevagten er hovedparten af borgerne tilfredse med denne. En enkelt peger dog på, at ventetiden kan variere meget.

Modtagelsen

Med hensyn til måden brugerne blev modtaget på i vagtlægekonsultationen og i forhold til faciliteterne, er hovedparten af de ældre brugere tilfredse, og nævner bl.a. at "der var rent og pænt", og at "faciliteterne var nydelige med blade lagt frem"²³. Småbørnsfamilierne er tilbøjelige til at være mindre tilfredse med måden, de blev modtaget på og med faciliteterne. En bruger siger: "Der var ikke nogen, der styrede i hvilken rækkefølge patienterne kom ind til konsultation. Der var tale om ren selvjustits"²⁴, mens en anden syntes, at "der var lang ventetid og mange i venteværelset". Endelig er der en bruger, der siger, at "hygiejnen hos vagtlægen var under al kritik. Jeg oplevede at sidde meget tæt blandt syge mennesker, og vi blev f.eks. ikke sprittet af. Samtidig var toiletterne uhumske"²⁵.

Adspurgte om brugerne er tilfredse med det servicetilbud, som de har modtaget fra vagtlægen, svarer hovedparten af brugerne både Øst og Vest for Storebælt, at de er tilfredse.

²³ Brugere, 65+, Øst for Storebælt.

²⁴ Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

²⁵ Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

Tekstboks 6.3 En borgers beskrivelse af en henvendelse til vagtlægen

"Jeg havde et barn, der havde feber en uge efter, at det havde været indlagt med lungebetændelse på sygehuset. Lungebetændelsen blev først opdaget efter kontakt til to læger og to vagtlæger.

Da jeg ringede angående feberen, fik jeg ikke mulighed for at komme ind til vagtlægen og blev afvist i telefonen. Lægevagten affærdigede mig med, at det var almindelig "omgangssyge." Jeg følte mig meget utryk på grund af tidligere dårlige erfaringer og det faktum, at mit barn lige havde været indlagt.

Vagtlægen kom først hjem til mig flere timer senere. Jeg var lige ved at ringe til en ambulance i stedet for at vente på vagtlægen. Vagtlægen, som kom ud, var ikke den samme, som jeg havde talt med i telefonen. Han gav en god behandling."

Kilde: Fokusgruppe, småbørnsforælder

Kommunikation

Kommunikation er en meget central del af arbejdet som vagtlæge, hvorfor vi har stillet brugerne en række spørgsmål om kommunikationen. Vi har bl.a. spurgt om, hvordan brugerne oplevede kommunikationen med vagtlægen over telefonen, ved besøg i vagtlægekonsultationen og ved hjemmebesøg.

Tekstboks 6.4 Udsagn vedrørende kommunikationen med vagtlægen fra gruppen af ældre brugere

"Lægen kom ud og tog sig god tid til at fortælle om, hvad der skulle ske og selve proceduren. Ved lægevagten har de også altid givet sig god tid og svaret på spørgsmål. Jeg har derfor kun gode erfaringer."

"Lægevagten var god til at spørge ind. Han var rolig, afslappet og tog sig tid nok, selvom han garanteret havde travlt. Jeg var ikke i tvivl om, hvad der foregik og hvorfor."

"Jeg er fuldt ud tilfreds med vagtlægesystemet."

"Når der ringes efter dem, så kommer lægevagten omgående og inden for det tidsrum, som er blevet lovet."

"Jeg er let kommet igennem på telefonen til vagtlægen. Der har maksimalt været 4 minutters ventetid."

"Vagtlægen har taget pænt imod mig, og jeg har ikke på nogen måde følt mig afvist."

"Det var helt på toppen."

Kilde: Fokusgruppe, Udsagn fra brugere, 65+, Øst og Vest for Storebælt

Som det fremgår af tekstboksen ovenfor er de ældre brugere af vagtlægen meget tilfredse med kommunikationen - både ved telefonkonsultation, ved konsultation efter fremmøde i lægevagten og ved hjemmebesøg. Blandt småbørnsfamilier er der i mindre grad tilfredshed med kommunikationen. Og der er flere brugere, der peger på, at kommunikationen godt kan forbedres, jf. tekstboksen nedenfor.

Tekstboks 6.5 Udsagn vedrørende kommunikationen med vagtlægen, fra gruppen af småbørnsforældre

"Jeg synes, at lægevagten nogle gange er for hurtig til at bede folk om at komme ind til lægevagten frem for at tage en længere telefonsamtale med patienten. Jeg tror, at en længere telefonsamtale ville kunne spare konsultationer i lægevagten."

"Der bliver ikke altid spurgt nok ind, og der lyttes ikke nok, og der stilles ofte en diagnose meget hurtigt. Jeg forventer, at de spørger ind, men det sker ikke altid. Det kan bevirke, at der skabes tvivl om lægefagligheden, og at patienten kan føle sig usikker."

"Jeg kan godt mærke, at de har travlt i lægevagten."

"De yngre læger er bedre til at kommunikere. De virker bedre uddannet til kommunikationen end de ældre læger, der nogle gange kan virke arrogante. Nogle er nærmest fordømmende overfor patienten, mens andre giver patienterne en god behandling."

"Jeg synes, at der generelt er stor forskel på lægerne - uanset alder."

"Jeg har oplevet, at vagtlægen ikke lytter til mig, når jeg prøver at forklare, hvorfor jeg ikke har mulighed for at komme ind til lægevagten."

"Man skal som forældre have overskud til at komme igennem til lægen rent kommunikativt. Det kræver en indsats."

Kilde: Fokusgrupper, småbørnsforældre, Øst og Vest for Storebælt.

Der er nogle af brugerne, der peger på, at kommunikationen fra patient til lægevagt også er meget vigtig. Den behandling, som man som bruger vil få af lægevagten, er derfor i ganske høj grad afhængig af, hvilke "kommunikative ressourcer" som patienten er i besiddelse af. En bruger siger: "For at få rette hjælp er det vigtigt, at patienten er klar over, hvad problemet er, hvorefter lægen kan spørge."²⁶ En anden siger, at "lægens behandling afhænger også af, hvordan patienten kommunikerer. Der skal være et match i kommunikationen mellem lægen og patienten i forhold til kommunikationsform, tone og sprogvalg."²⁷

²⁶ Bruger, 65+, Øst for Storebælt.

²⁷ Småbørnsforælder, Vest for Storebælt.

Forbedringsmuligheder

Med hensyn til forslag til forbedring af kommunikationen mellem vagtlægen og patienten, peger flere af brugerne på, at vagtlægerne skal rustes bedre til kommunikationen. Flere af brugerne foreslår derfor, at vagtlægerne modtager et "kommunikationskursus", og at dette eventuelt kunne afholdes efter en fast kadence, eksempelvis årligt.

Brugerne er uenige om, hvorvidt yderligere information om symptomer, sygdom eller andet kan forbedre patienternes kommunikation med vagtlægen. Nogle brugere er af den opfattelse, at mere og bedre information kan forbedre kommunikationen med vagtlægen, fordi det vil give en mere kvalificeret dialog. Der er en, som foreslår, at der oprettes en vagtlæge-hjemmeside, hvorfra "der kan oplyses generelle sygdomstendenser i lokalområdet som eksempel opkastbølger og på landsplan."²⁸

6.3 Information og tilgængelighed

Tilgængelighed af oplysninger

Vi har i fokusgrupperne spurgt brugerne om, hvordan de vurderer tilgængeligheden af oplysninger og informationer omkring vagtlægen. Nogle af brugerne har deres information om lægevagtordningen og telefonnummeret til ordningen fra en pjece, mens andre går på nettet eller søger i lokaltelefonbogen, hvis de skal i kontakt med vagtlægen. Nogle af brugerne har vagtlægens telefonnummer kodet ind i deres telefon.

Generelt oplever brugerne ikke, det er et problem at finde den nødvendige information om lægevagtordningen. Lægevagtordningen opleves dog samtidig som "en generel anonym institution."²⁹

Fysisk tilgængelighed

Med hensyn til den fysiske tilgængelighed af lægevagtordningen, når brugerne skal besøge denne med henblik på en konsultation, peger hovedparten af brugerne på, at de ikke har haft nævneværdige problemer med at finde frem til lokalerne. Dette gælder både Øst og Vest for Storebælt. Enkelte oplever problemer i forhold til at finde parkeringspladser, og en enkelt bemærker også, at "skiltningen til lægevagtordningen er ganske anonym."³⁰

Klager

Vi har spurgt brugerne, om deres besøg hos vagtlægen har givet dem anledning til at klage over vagtlægen eller lægevagtordningen. En er gået direkte til vagtlægen med sin klage i stedet for at indgive en formel og skriftlig klage, mens en anden har undersøgt mulighederne for at klage, men "opgivet på grund af procedurerne."³¹ En tredje bruger finder endvidere, at "det er for besværligt at klage, og jeg har en fornemmelse af, at klagen bare havner på et skrivebord."

En bruger peger på, at det ville være hensigtsmæssigt, hvis vagtlægerne var forpligtet til at oplyse om klagemulighederne som afslutning på en konsultati-

²⁸ Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

²⁹ Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

³⁰ Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

³¹ Småbørnsforælder, Vest for Storebælt. Årsagen til den påtænkte klage blev ikke oplyst af brugeren.

Forbedrings-
muligheder

on, mens andre finder, at dette vil skabe større utryghed, hvorfor "det skal være op til den enkelte patient at tage initiativ til en klage."³²

Vi har endelig spurgt brugerne af lægevagtordningen, om de har forslag til, hvordan man kan forbedre anvisninger og procedurer i forhold til at få fat i vagtlægen samt, om de i øvrigt har forslag til forbedringer af lægevagtordningen.

Tekstboks 6.6 Udsagn fra brugerne om ændringer af lægevagtordningen, ældre (65+), småbørnsforældre

"Der skal være en hjemmeside, som man kan søge informationer på, f.eks. opdateringer om "epidemier" i regionen/området."

"For eksempel kunne et "112" central-nummer til lægevagten være en idé for at sikre, at det er lige meget, hvor man fysisk befinder sig, når behovet for en vagtlæge opstår."

"At der alle steder kommer indtastning af cpr-nummer over telefonen, før man får vagtlægen i telefonen."

"At der eventuelt stilles spørgsmål over telefonsvareren, mens man venter på at komme igennem til lægen. For eksempel spørgsmål og information om, hvad man skal huske eller overveje, før man kommer igennem, f.eks. have vaccinationskort parat eller lignende."

"Sygeplejersker kunne bruges i lægevagtkonsultationen, f.eks. til test. Da der i konsultationen er en læge til stede, vil det stadig give en sikkerhedsfølelse. Men når man ringer til lægevagten, forventer man at komme i kontakt med en læge."

"Der kan måske oprettes en særlig "sygeplejerskelinje", ligesom der i dag er "sundhedsplejerskelinjen.""

"Eventuelt bør "ørevagtlægen" genindføres."

"Vedholdende information på mange sprog, der kan udsendes. Informationen skal være præcis og dækkende. Det skal være letforståeligt for alle uanset baggrund og tidligere erfaring."

"Det ville hjælpe meget på presset på vagtlægerne, hvis egen praktiserende læge havde "akutte tider" efter kl. 16.00."

Sygeplejersker

I forhold til debatten om, hvorvidt sygeplejersker kan bruges som visiterende til lægevagten, peger flere af brugerne på, at de er mest trygge ved, at de kan ringe til en læge. Brugerne ser derimod gerne, at sygeplejersker spiller en større rolle

³² Småbørnsforælder, Øst for Storebælt.

i forhold til egen praktiserende læge, hvor "der kan være tale om store og små problemer", hvorfor en sygeplejerske godt kan visitere ved den første henvendelse.

Vi har også spurgt til forbedringsforslag til selve konsultationen med vagtlægen. Der er generelt stor tilfredshed med konsultationerne og få forslag til forbedringer. En peger på, at "vi har i randkommunerne nogle problemer med afstande. Det ville derfor være godt med en lægevagt, som lå tættere på, da jeg har 12 km til lægevagten."³³

³³ Ældre brugere, 65+, Øst for Storebælt.

Bilag

**Interviewguides til brug for interview med
vagtlæger, lægevagtschefer, regionale
planlægningschefer, samarbejdspartnere og
patienter**

Sundhedsstyrelsen

Undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtordning - interviewguide til brug for interviews med vagtlæger, lægevagtschefer og planlægningschefer

COWI A/S

Jens Chr. Skous Vej 9
8000 Århus C

Telefon 87 39 66 00
Telefax 87 39 66 60
www.cowi.dk

1 Interviewdata

Dato:

Sted:

Navne på interviewpersoner:

COWI deltagere:

2 Interviewguide - fokusgruppeinterviews med henholdsvis vagtlæger, lægevagtschefer og planlægningschefer

COWI A/S gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen en række fokusgruppeinterviews som led i den samlede undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtordning.

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at undersøge den danske lægevagtordnings styrker og svagheder. Der gennemføres i alt 18 fokusgruppeinterviews med henholdsvis vagtlæger, samarbejdspartnere, patienter, lægevagtschefer og regionale planlægningschefer i hele Danmark.

Vagtlæger

Der gennemføres fokusgruppeinterviews med vagtlæger i hver af de fem regioner. Formålet med fokusgruppeinterviewene blandt vagtlægerne er at belyse deltagernes egne erfaringer med at være vagtlæge, og hvordan man med afsæt i disse erfaringer kan styrke kvaliteten i lægevagtordningen.

Lægevagtchefer Endvidere gennemføres der et fokusgruppeinterview med lægevagtcheferne fra alle regionerne. Formålet er at belyse regionale forskelle og ligheder i organisationen af lægevagten. I den forbindelse vil der være fokus på de overordnede organisatoriske og faglige tiltag, der kan igangsættes for at styrke kvaliteten i ordningen og fremme patientsikkerheden.

Regionale planlægningschefer Derudover gennemføres der et fokusgruppeinterview med regionale planlægningschefer fra alle regionerne. Formålet med dette interview er at belyse nuværende og fremtidige organisatoriske og faglige tiltag i et regionsperspektiv.

Interviewet forventes at vare 2 timer.

TEMA I - BRUG AF LÆGEVAGTEN

Forventninger og type henvendelser

- Hvad er jeres vurdering af patienternes forventninger til vagtlægerne? (Er forventningerne realistiske? Kan vagtlægerne som oftest indfri dem? Beskriv eventuelle udfordringer/barrierer).
- Hvad karakteriserer de typiske patienter, der benytter lægevagten? (Hvad omhandler en typisk henvendelse til lægevagten? Er der bestemte patienter, der er sværere at håndtere end andre?).
- Hvordan vurderer I relevansen af patienternes henvendelser (Bruger vagtlægerne for meget tid på bestemte typer henvendelser? Er der nogle typer henvendelser (f.eks. receptfornyelse), der efter jeres mening kan/bør udføres af andre? Hvis ja, uddyb).

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvad der kan gøres bedre/anderledes i kontakten mellem lægevagten og patienterne?

TEMA II - ORGANISERINGEN AF LÆGEVAGTEN

Rollefordeling, samarbejdspartnere og ledelse

- Hvordan vurderer I, at samarbejdet fungerer mellem vagtlægerne, de praktiserende læger og henholdsvis kommunale aktører, døgnapoteket, hospital og fælles akut modtagelse? (Beskriv eventuelle styrker/svagheder i samarbejdet).
- Hvilken rolle mener I, at lægevagten bør spille i forhold til det øvrige sundhedsvæsen? (Udfylder lægevagten i sin nuværende udformning sin rolle i forhold til det øvrige sundhedsvæsen? Styrker/svagheder?
- Hvordan vurderer I, at man kan styrke samarbejdet mellem egen læge og vagtlægen? (Via f.eks. brug af fælles systemer?).

- Hvilken rolle spiller lægevagtchefen efter jeres mening i det daglige arbejde (blandt andet i forhold til kvalitetssikring)? Stemmer dette overens med jeres forventninger til lægevagtchefens rolle?

Mulige alternativer til/ændringer i lægevagtordningen

- Ser I nogen alternativer til lægevagten? Hvis ja, hvilke? (Hvilken betydning vil f.eks. en udvidet åbningstid i almen praksis efter jeres mening få for lægevagten?).
- Hvordan vurderer I muligheden for at benytte visiterende sygeplejersker eller andet personale i andre funktioner? (Har I erfaring med dette og i hvilke funktioner?).

Brug af og forventninger til it-værktøjer

- Hvad er jeres vurdering af vagtlægernes adgang til patientoplysninger? (Har vagtlægerne adgang til de fornødne patientoplysninger, når de henholdsvis sidder ved telefonen og er ude at køre?).
- Hvilke journaloplysninger bør henholdsvis er det realistisk, at vagtlægerne får adgang til?
- På hvilke områder i forløbet fra første telefonopkald (visitation) til afsluttende konsultation i vagtcentralen eller i patientens hjem vil der være størst gevinst (både kvalitetsmæssig og økonomisk) ved **forbedret** it-understøttelse (opsamling af data i telefonslusen, støtte via interaktive elektroniske interviewguides, hurtig second opinion via videokonference til specialist på sygehus - f.eks. til vurdering af EKG, søgning/opslag efter historiske data om patienten i et nationalt patientindeks igennem vagtlægesystemet).
- Hvilken enkeltstående ændring (forenkling eller optimering) af it-understøttelsen i vagtlægearbejdet vil efter jeres vurdering have størst effekt på: spildtid for lægen, ventetiden for patienten, sikkerhed for patienten?

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvordan man kan forbedre organiseringen af lægevagten? Hvilken rolle kan de regionale/kommunale sundhedsaftaler spille i en forbedring af organisering af lægevagten?

TEMA III - KVALITET OG PATIENTSIKKERHED

Information og instrukser/retningslinjer

- Hvem er faglig ansvarlig for lægevagtordningen? Er det den enkelte læge selv, er det vagtlægechefen, er det PLO, Danske Regioner eller hvem?

- Hvordan sikrer man efter jeres mening bedst, at alle relevante oplysninger bliver registreret i forbindelse med kontakten til lægevagten?
- Anvender vagtlægerne de eksisterende muligheder for at få oplysninger om patienterne - f.eks. PEM (er informationerne herfra relevante og tilgængelige?) Hvis PEM ikke anvendes - hvorfor?).
- Eksisterer der/bør der udarbejdes instrukser/retningslinjer for visitationen og konsultationen af patienter?
- Bliver patienterne oplyst om muligheden for at klage over lægevagten? (Uddyb.)

Vagtbekastning

- Hvor mange patienter kan vagtlægerne (henholdsvis telefonvagt, konsultation og kørevagt) have i gennemsnit i timen? (Hvor tit er der for mange patienter i timen? Hvor mange vagter kan vagtlægerne have om måneden?).
- Hvordan kan man efter jeres mening forbedre arbejdsvilkårene for vagtlægerne i forhold til vagtbekastningen? (Kan det gøres mere fleksibelt? Hvis ja, hvordan?).

Uddannelsen af vagtlæger

- Hvad skal der efter jeres mening være fokus på ved uddannelsen af vagtlæger? (Hvordan kan man efter jeres mening forbedre uddannelsen af vagtlæger? Hvordan sikrer man, at uddannelseslæger modtager den fornødne uddannelse?).

Sanktionsmuligheder

- Hvordan opfatter I jeres rolle? (hvad er jeres rolle i forhold til kvalitetsudvikling/kvalitetssikring?).
- Hvilke sanktionsmuligheder har I til rådighed over for uansvarlige vagtlæger? (Hvilke muligheder benytter I, når det er nødvendigt, og hvad er jeres erfaringer hermed?).

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvordan man kan forbedre kvaliteten af lægevagtordningen og patientsikkerheden?

TEMA IV - KOMMUNIKATIONEN

- Har vagtlægerne erfaring med sikker kommunikation - såsom ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse og Råd)? (Hvis ja, er disse erfaringer positive/negative? Vurderer I, at anvendelsen af en sådan inter-

viewguide kan forbedre kommunikationen i forhold til patientsikkerheden?).

- Hvordan opleves kommunikationen mellem vagtlægerne og patienterne? (Er vagtlægerne tilstrækkeligt klædt på til at håndtere de mange forskellige henvendelser/patienter?).
- Hvilke udfordringer optræder typisk i kommunikationen mellem vagtlægerne og patienterne?

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvordan man kan udvikle/forbedre kommunikationen med patienterne? Kunne det f.eks. være relevant at markere en patients henvendelse, så man aktivt følger op på den i stedet for at bede patienten om evt. at ringe tilbage ved forværring? (F.eks. hvis man var i tvivl om, hvorvidt man havde foretaget den rigtige vurdering af patienten og gerne ville høre til udviklingen i forløbet).

Sundhedsstyrelsen

Undersøgelse af kvalitet i den danske lægevagtordning - interviewguide til brug for interviews med samarbejdspartnere

COWI A/S

Jens Chr. Skous Vej 9
8000 Århus C

Telefon 87 39 66 00
Telefax 87 39 66 60
www.cowi.dk

1 Interviewdata

Dato:

Sted:

Navne på interviewpersoner:

COWI deltagere:

2 Interviewguide - fokusgruppeinterviews med samarbejdspartnere

COWI A/S gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen en række fokusgruppeinterviews som led i den samlede undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtordning.

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at undersøge den danske lægevagtordnings styrker og svagheder, herunder belyse hvordan lægevagtordningen kan udvikles fagligt og organisatorisk med henblik på at fremme kvaliteten af ordningen samt forbedre patientsikkerheden. Der gennemføres i alt 18 fokusgruppeinterviews med henholdsvis vagtlæger, samarbejdspartnere, patienter, lægevagtchefer og regionale planlægningschefer i hele Danmark.

Fokusgruppeinterviewet gennemføres med 6-10 deltagere, bestående af 1-2 vagtlæger (evt. vagtlægechef), en almen praktiserende læge, der ikke indgår i lægevagtsordningen samt en repræsentant fra henholdsvis den fælles akutte modtagelse, et plejehjem, hjemmeplejen, børnemodtagelsen og fra et døgnapotek. Tilsammen repræsenterer I således det sikkerhedsnet, der er under patienten i vagttiden.

Fokus for fokusgruppeinterviewet er at diskutere funktionen af det sikkerhedsnetværk, I udgør omkring patienten. Vi vil gerne høre jeres erfaringer som samarbejdspartnere om samarbejdet med lægevagten. Vi vil også gerne have jeres forslag til, hvordan dette samarbejde kan styrkes yderligere fremover, således at patienten, der benytter lægevagten, modtager den mest optimale behandling.

Temaerne for fokusgruppeinterviewet er henholdsvis samarbejdet og kommunikationen mellem jer og lægevagten og kvaliteten og patientsikkerheden i samarbejdet mellem jer og lægevagten.

TEMA I - SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION

- Beskriv typiske situationer hvor I samarbejder med lægevagten (Hvem tager kontakten? Hvordan tages kontakten? Hvornår? Hvorfor? Hvordan forløber kontakten? Hvem har ansvar for hvad?). (I hvilke faser mener I, at man kan forbedre samarbejdet, og hvad skal der til?).
- Hvad er jeres generelle erfaringer med samarbejdet mellem jer og lægevagten? (Er lægevagten tilgængelig, når I skal bruge ham/hende? Er lægevagten lydhør over for jeres henvendelser?).
- Er der konkrete udfordringer i samarbejdet? Hvis ja, hvilke?).
- Kan det tværgående samarbejde mellem jer og lægevagten styrkes? (I givet fald hvordan?)
- Hvad kan I som samarbejdspartnere gøre for at lette lægevagtens arbejde?

Kommunikationen med lægevagten

- Hvordan oplever I kommunikationen mellem jer og lægevagten? (Styrker/svagheder?).
- Er det jeres vurdering, at sikkerhedsnettet bestående af vagtlæger og samarbejdspartnere er tilstrækkeligt klædt på til at håndtere de mange forskellige henvendelser? (Uddyb).
- Hvilke udfordringer optræder typisk i jeres kommunikation med vagtlægerne?

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvordan henholdsvis samarbejdet og kommunikationen mellem jer og lægevagten kan forbedres?

TEMA II - KVALITET OG PATIENTSIKKERHED I SAMARBEJDET MELLEM JER OG LÆGEVAGTEN

- Hvad er jeres generelle oplevelse af kvaliteten af jeres samarbejde med lægevagten?
- Er der efter jeres mening informationer om patienterne, som vagtlægerne ikke efterspørger eller ikke har/kan få adgang til, der kan være brugbare for vagtlægerne i forhold til at forbedre patientsikkerheden generelt? Anvender vagtlægerne de eksisterende muligheder?

Forslag til forbedringer

- Har I nogen forslag til, hvordan man kan forbedre kvaliteten af jeres samarbejde med lægevagtordningen og øge patientsikkerheden? F.eks. få adgang til elektroniske patientjournaler eller nye snitflader mellem kommunernes borgeroplysninger og patientjournaler?

Sundhedsstyrelsen

Undersøgelse af kvalitet i den danske lægevagtordning - interviewguide til brug for interviews med patienter

COWI A/S

Jens Chr. Skous Vej 9
8000 Århus C

Telefon 87 39 66 00
Telefax 87 39 66 60
www.cowi.dk

1 Interviewdata

Dato:

Sted:

Navne på interviewpersoner:

COWI deltagere:

2 Interviewguide - fokusgruppeinterviews med patienter

COWI A/S gennemfører på vegne af Sundhedsstyrelsen en række fokusgruppeinterviews som led i den samlede undersøgelse af kvaliteten i den danske lægevagtordning.

Formålet med fokusgruppeinterviewene er at undersøge den danske lægevagtordnings styrker og svagheder, herunder belyse hvordan lægevagtordningen kan udvikles fagligt og organisatorisk med henblik på at fremme kvaliteten af ordningen samt forbedre patientsikkerheden. Der gennemføres i alt 18 fokusgruppeinterviews med henholdsvis vagtlæger, samarbejdspartnere, patienter, lægevagtchefer og regionale planlægningschefer i hele Danmark.

Der gennemføres tre fokusgrupper henholdsvis øst og vest for Storebælt med småbørnsforældre, etniske minoritetsgrupper (Århus og København) og ældre patienter.

Formålet med fokusgruppeinterviewene blandt patienterne er at undersøge deres forventninger til og erfaringer med lægevagtsordningen samt belyse, hvordan kvaliteten i ordningen kan forbedres ud fra et brugerperspektiv.

TEMA I - FORVENTNINGER TIL LÆGEVAGTEN

- Beskriv kort hvad der er vigtigt for jer, når I ønsker at gøre brug af lægevagten (lige fra første telefonkontakt frem til en eventuel konsultation med en vagtlæge).
- Fik I indfriet jeres forventninger ved jeres sidste besøg hos lægevagten? (Hvis nej, hvad skulle have været gjort anderledes, hvis jeres forventninger skulle have været indfriet?).

Forslag til forbedringer/yderligere kommentarer

- Har I forslag til, hvordan lægevagten - i samarbejde med jer - kan bidrage til at indfri jeres forventninger? (Mere fokus på patienternes behov/hvad der er vigtigt for den enkelte patient?)
- Har I yderligere kommentarer til temaet forventninger til lægevagten?

TEMA II - TILFREDSHED MED LÆGEVAGTEN

- Tænk på jeres kontakt til lægevagten. (Blev I afsluttet over telefonen, blev I bedt om at komme til lægevagten, eller modtog I hjemmebesøg? Er lægevagten tilgængelig, når I skal bruge den?).
- Tænk på jeres sidste besøg hos lægevagten? (Hvad er jeres vurdering af dette besøg? Var I tilfredse med kvaliteten af vagtlægens faglige indsats, måden I blev modtaget på, selve konsultationen, faciliteterne etc.? Uddyb)
- Ved henvendelse til lægevagten afsluttes ca. halvdelen af patienterne direkte ved samtale med lægen over telefonen, ca. en fjerdedel bliver bedt om at møde op i lægevagten, og ca. en fjerdedel får et hjemmebesøg. Har I ved henvendelse til lægevagten været tilfredse med det servicetilbud, I har modtaget?

Kommunikation med vagtlægen

- Hvordan oplevede I kommunikationen med vagtlægen over telefonen, da I rettede henvendelse? (God/mindre god? Uddyb).
- Hvordan oplevede I kommunikationen mellem jer og vagtlægen ved jeres seneste besøg? (Oplevede I, at vagtlægen lyttede til jer, og fik I de oplysninger/informationer, I havde brug for? Uddyb).

Forslag til forbedringer/yderligere kommentarer

- Har I forslag til, hvordan man kan forbedre kommunikationen mellem jer som patienter og lægevagten?
- Har I yderligere kommentarer til temaet tilfredshed med lægevagten?

TEMA III - INFORMATION OG TILGÆNGELIGHED

- Hvad er jeres vurdering af tilgængeligheden af oplysninger og informationer omkring lægevagten? (Var oplysningerne lettilgængelige og letforståelige?)
- Hvordan var tilgængeligheden, da I ankom til lægevagten? (Var skiltningen tydelig? Var der anvisninger, der viste, hvor I skulle henvende jer? Modtog I tilstrækkelig og forståelig information ved ankomsten til lægevagten?)
- Har jeres besøg hos vagtlægen givet anledning til indgivelse af klage? (Har I kendskab til jeres rettigheder og muligheder for at indgive en klage? Hvis ja, hvor har I fået kendskab hertil?)

Forslag til forbedringer/yderligere kommentarer

- Har I forslag til, hvordan man kan forbedre anvisninger og procedurer til at få fat i lægevagten?
- Har I yderligere kommentarer til temaet information og tilgængelighed?