

STATUS FOR UDVALGET OM DET PRÆHOSPITALE AKUTBERED- SKABS ARBEJDE

Bilag 3. Vagtlægeordningen i det fremtidige akutsystem

Udvalget om det præhospitale akutberedskab

November 2010

Indhold

1. Indledning	3
1.1. Akutaftalen imellem regeringen og Dansk Folkeparti	3
1.2. Udvalget opgave	4
1.3. Definition af "akutte patienter"	4
2. Den nuværende akutbetjening	5
2.1. Almen praksis i dagtid	5
2.1.1. Organisering af akutfunktionen	5
2.1.2. Akutaktiviteten i dagtid	6
2.2. Lægevagten.....	6
2.2.1. Organisering af lægevagten	7
2.2.2. Aktiviteten i lægevagten	10
2.2.3. Bemandingen i lægevagten.....	12
2.2.4. Udgifter til lægevagten	13
3. Organisationers/myndigheders bud fremtidig organisering af de nære akuttilbud	14
3.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger	14
3.2. Danske Regioners akutudspil.....	15
3.3. Praktiserende Lægers Organisations akutudspil	17
4. Overvejelser vedrørende telefonisk tilgængelighed	19
4.1. Udvalgets stillingtagen til de to modeller.....	21
5. Overvejelser vedrørende bemanning/brug af sygeplejersker m.v.	21
5.1. Forskningsenheden for almen praksis i Århus' undersøgelse af den danske lægevagt i internationalt perspektiv	22
5.2. DSI's rapport om sygeplejerske visitation i lægevagten	23
5.3. Overvejelser vedrørende fremtidig brug af praksispersonale i lægevagten	23
6. Overvejelser vedrørende ledelse	24
6.1. Nuværende ledelse af lægevagten	24
6.2. Overvejelser vedrørende fremtidig ledelse af lægevagten	26
6.2.1. Ledelsesmodel A.....	26
6.2.2. Ledelsesmodel B.....	28
6.2.3. Konklusion	30
7. Overvejelser vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet	31
8. To modeller for de fremtidige lægevagtsordninger	31
8.1. Vagtlægefunktionen i tilknytning til fælles akutmodtagelse.....	32
8.2. Vagtlægefunktionen i tilknytning til udbygget lægeklinik/sundheds- og akuthus i områder med langt til sygehus med fælles akutmodtagelse	33

1. Indledning

Det fremgår af regeringens publikation "Danmark 2020 – viden, vækst, velstand, velfærd" (februar 2010), at vagtlægeordningen og skadestuerne – som et led i bestræbelserne på at etablere et sikkerhedsnet af hurtig hjælp og nære tilbud til borgerne – i højere grad skal tænkes sammen, så ressourcerne til visitation og behandling bliver brugt bedst muligt.

Den akutte patient skal have entydig indgang til sundhedsvæsenet, og behandlingsforløbene skal være sammenhængende. Der skal i højere grad tænkes på tværs af indsatsen i sygehusvæsenet, i almen praksis, herunder vagtlægeordningen og i kommunalt regi. Dette indebærer bl.a., at borgere med akut opstået sygdom og skade skal behandles af kvalificerede sundhedspersoner på rette kvalifikations- og uddannelsesniveau.

Samlingen af akutmodtagelsen på færre sygehusenheder vil betyde, at almen praksis/lægevagten skal påtage sig en større rolle i forhold til visitation og behandling af akutte patienter. Hertil kommer, at en række af de patienter, som i dag henvender sig til sygehusenes akutmodtagelser med fordel og i overensstemmelse med princippet om laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON), kan varetages i regi af almen praksis i dagtiden eller i det nye nære akutsystem i vagttiden, herunder i lægevagten.

For at disse mindre komplicerede sygdomstilfælde og skader kan behandles i patientens nærområde, er det vigtigt at sikre et sammenhængende akutsystem på tværs af regioner og kommuner og på tværs af de forskellige tilbud. Der er blandt andet behov for i højere grad at samordne vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem. Det er samtidig vigtigt, at der er tale om et fleksibelt system, som kan tilpasses lokale forhold.

1.1. Akuttaftalen imellem regeringen og Dansk Folkeparti

Det fremgår af aftale af 8. juni 2010 imellem regeringen og Dansk Folkeparti, at der i områder med meget store afstande kan etableres sundheds- og akuthuse tilpasset lokale forhold samt moderne og tidssvarende lægehuse til varetagelse af borgernes behov for sundhedsydelse.

Regeringen og Dansk Folkeparti er på den baggrund enige om at afsætte 100 mio. kr. til etablering af fuldt udbyggede sundheds- og akuthuse samt 300 mio. kr. målrettet etableringen af sundheds- og akuthuse samt lægehuse i udkantsområder.

Midlerne kan anvendes til tilvejebringelse af de bygningsmæssige faciliteter til etablering af sundheds- og akuthuse samt lægehuse i udkantsområder, som udgangspunkt ved ombygning af eksisterende bygninger, samt til udstyr i den forbindelse, fx laboratorieudstyr, diagnostisk udstyr, genoplivningsudstyr og telemedicinsk udstyr.

Midlerne udmøntes som en ansøgningspulje, som regioner og kommuner kan ansøge i fællesskab.

Det fremgår af aftalen, at der ved vurderingen af ansøgningerne fra kommuner og regioner skal lægges vægt på, at der er tale om en koordineret indsats imellem det kommunale niveau og det regionale niveau, som sikrer befolkningen i det pågældende område sundhedsfaglig behandling på et højt fagligt niveau, og som undgår overlappende funktioner. De pågældende funktioner kan således ud over at indgå i regionens sundhedsplan også med fordel indgå i de respektive sundhedsaftaler.

Der kan endvidere ved vurderingen af ansøgningerne lægges vægt på, at ansøgningsprojekterne i udkantsområderne er tænkt ind i det præhospitale akutberedskab i forbindelse med opkald til 112.

Der er enighed mellem regeringen og Dansk Folkeparti om, at der ved tildeling af midler fra puljen lægges vægt på, at man især tilgodeser udkantsområder med langt til nærmeste akutmodtagelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 29. september 2010 indkaldt ansøgninger om midler fra puljen til etablering af lægehuse og sundheds- og akuthuse i udkantsområder.

1.2. Udvalgets opgave

Hovedprincipper for lægevagtsordningens rolle i det fremtidige nære akutberedskab har med udgangspunkt i notits af 24. februar 2010 været drøftet på Udvalget om det præhospitale akutberedskabs møde den 3. marts 2010. Lægevagtsordningen har endvidere været drøftet på udvalgets møder den 22. juni, 15. september og 6. oktober 2010.

Regeringen har bedt udvalget komme med anbefalinger til, hvordan vagtlægeordningen i højere grad kan indtænkes i den samlede akutindsats. Udvalget skal derfor, som en del af den status, udvalget i henhold til finanslovsaftalen for 2010 skal udarbejde, fremlægge overvejelser vedrørende en integration af vagtlægeordningen og det øvrige akutsystem.

Der skal i den forbindelse tages højde for, at der skal sikres kvalificeret hjælp og behandling i alle egne af landet, og at behandlingen skal foregå på et tilstrækkeligt niveau, med fokus på en hensigtsmæssig arbejdsdeling og samlet ressourceanvendelse, herunder personaleanvendelse samt undgå overlappende funktioner.

I dette notat foretages indledningsvis en gennemgang af den eksisterende lægevagtsordning. Derefter følger en beskrivelse af Danske Regioners, PLO's og Sundhedsstyrelsens overvejelser vedrørende den fremtidige organisering af den almene medicinske akutordning, som de er kommet til udtryk i nyligt udgivne rapporter m.v. Derpå overvejelser vedrørende telefonisk tilgængelighed, bemanning/brug af praksispersonale, ledelse af lægevagten og den sundhedsfaglige kvalitet. Afslutningsvis opstilles to overordnede modeller for en fremtidig organisering af lægevagten.

De deskriptive dele af notatet vedrørende den nuværende lægevagtsordning m.v. bygger i vidt omfang på Sundhedsstyrelsens rapport "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning" (december 2009) og rapporten "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen" (november 2008).

1.3. Definition af "akutte patienter"

"Akutte patienter" kan, jf. Lægeforeningens publikation "Ved akut sygdom" (april 2006), defineres som patienter, der har et behandlingsbehov indenfor minutter eller indenfor timer - "tilfælde der ikke kan vente til i morgen". Betegnelsen akut omfatter med denne definition både en hastegrad og en alvorlighedsgrad.

Ovenstående definition omfatter det samlede akutte beredskab, dvs. både de patienter, som er målgruppe for den eksisterende 112-ordning på sundhedsområdet, for behandlingen på skadestuer og akutmodtagelser samt patienter med akut opstået behov for lægehjælp, som kan håndteres i almen praksis i dagtid og i lægevagtsordningen i vagttid.

For så vidt angår de patienter, som er målgruppe for den eksisterende akutordning i almen praksis (både dag- og vagttid) – og ved beskrivelsen af almen praksis/lægevagtens rolle i det fremtidige akutberedskab – kan målgruppen hensigtsmæssigt indsnævres til at omfatte:

”Patienter med et akut opstået behov for lægehjælp, som skal behandles inden for timer – ”tilfælde som ikke kan vente til i morgen” – og som kan håndteres af læger med speciale i almen medicin (eller af læger med lignende kompetencer) eller disses medhjælpere”.

2. Den nuværende akutbetjening

Almen praksis indgår i det akutte beredskab sammen med sygehusenes akutmodtagelser. Udgangspunktet er, at almen praksis i dagtiden og lægevagten så vidt muligt i overensstemmelse med LEON-princippet varetager og færdiggør undersøgelse og behandling af patienter med mindre alvorlige akutte sygdomme og skader, som ikke kræver sygehusbehandling.

2.1. Almen praksis i dagtid

Let tilgængelighed til almen praksis er en forudsætning for, at patienter med behov for akut lægehjælp kan modtage rettidig akut hjælp i almen praksis. Og det er dermed også en forudsætning for, at akutte patienter ikke søger lægehjælp på et mere specialiseret niveau, fx på skadestue i hospitalsregi, i situationer, hvor en almen medicinsk indsats i almen praksis er fuldt tilstrækkelig.

På tilsvarende vis kan let tilgængelighed til almen praksis i dagtiden bidrage til, at akutte patienter i størst muligt omfang tilses af deres egen praktiserende læge, og at patienterne dermed ikke er henvist til at søge lægehjælp i vagtlægeordningen på grund af manglende tilgængelighed til egen læge i løbet af dagen.

2.1.1. Organisering af akutfunktionen

I henhold til landsoverenskomsten for almen praksis (§ 39)¹ skal borgere ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden (kl. 08-16) have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis hos deres praktiserende læge eller stedfortrædere for lægen.

Lægen er endvidere forpligtet til mandag til fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

Varetagelsen af akutforpligtelsen i dagtiden håndteres forskelligt i forskellige almen praksis og i forskellige områder. Nogle praksis tilbyder åben konsultation, f.eks. én time dagligt, andre kræver forudgående kontakt, men friholder tider i bookinglisten med henblik på at kunne bruge dem på akutte konsultationer. Lægepraksis varierer også i forhold til karakteren og omfanget af akutrums, udstyr og faciliteter m.v.

Mange mindre praksis samarbejder om vagtforpligtelsen, mens større lægehuse ofte planlægger, at én af lægerne i lægehuset har ”vagt” og varetager den akutte forpligtelse for alle læger i lægehuset.

¹ Landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (nu Regionernes Lønnings- og Takstnævn) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

2.1.2. Akutaktiviteten i dagtid

Akutarbejdet er karakteriseret ved store variationer i antallet af henvendelser både fra dag til dag og inden for de enkelte årstider.

Der er ikke i regionalt regi etableret ordninger til løbende måling af tilgængeligheden i almen praksis. For så vidt angår telefonisk tilgængelighed viser en nyere undersøgelse, at 70 pct. af de adspurgte patienter, der inden for et år har haft kontakt med deres læge, typisk brugte under 10 minutter på at vente i telefonen. 15 pct. af patienterne brugte mellem 10 og 30 minutter, mens 3 pct. af patienterne brugte 30 minutter eller mere (Sundhed.dk 2008).

Ydelsesregistreringen i almen praksis i dagtiden skelner ikke mellem akutte og planlagte henvendelser, hvorfor der ikke foreligger tal for, hvor mange af henvendelserne, som er akutte.

Der er dog formentlig stor forskel på, hvor stor en andel af akutte kontakter, den enkelte lægepraksis har. Specielt må det antages, at patienternes mulighed for at henvende sig direkte til en uvisiteret skadestue/akutmodtagelse i nærområdet betyder, at antallet af akutte henvendelser i almen praksis bliver lavere. Tilsvarende må det antages, at der er holdningsforskelle i forhold til, hvornår man kontakter læge. Af nedenstående tabel 1 fremgår, at borgerne i Region Hovedstaden henvender sig dobbelt så mange gange til skadestuerne (2.206 pr. 10.000 indbyggere) som i Region Nordjylland (1.030 pr. 10.000 indbyggere).

Tabel 1 Antal skadestuebesøg pr. 10.000 indbygger 2005

Region	Besøg pr. 10.000 indb.
Region Hovedstaden	2.206
Region Sjælland	1.889
Region Syddanmark	1.730
Region Midtjylland	1.310
Region Nordjylland	1.030
Hele landet	1.728

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2007c. "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen."

2.2. Lægevagten

Den danske lægevagtsordning er forankret i almen praksis. Ifølge Landsoverenskomst for almen lægegerning skal de praktiserende læger etablere vagtordninger, som skal tilrettelægges, så det sikres, at patienter, der har behov for almen lægehjælp i vagttiden, på rimelig måde kan få adgang til denne lægehjælp.

Lægevagtsordningen skal således tilbyde akut almen medicinsk behandling i vagttiden på lige fod med de praktiserende læger i dagtiden.

Modellen for den nuværende ordning har fungeret siden januar 1992, hvor et større forarbejde resulterede i en ny overenskomst. Den medførte en række ændringer i organiseringen af lægevagten, samtidigt med at amterne fik ansvaret for tilrettelæggelsen af lægevagten.

I forbindelse med kommunalformen i 2007 blev de tidligere 14 amtslige lægevagter samlet til fem regionale. I de efterfølgende år er der arbejdet med en harmonisering af lægevagtsordningerne indenfor regionerne, men den oprindelige model er ikke blevet ændret.

2.2.1. Organisering af lægevagten

Lægevagten er organiseret som en visitationsordning. Al indgang til lægevagten foregår således via telefonisk henvendelse til en læge. Den visiterende læge kan – afhængigt af patientens situation – løse patientens behov ved hjælp af telefonisk råd og vejledning, give patienten adgang til at møde frem på et af lægevagtens konsultationssteder eller rekvirere en kørende vagtlæge til at aflægge hjemmebesøg.

Foruden de beskrevne tilbud indenfor lægevagtsordningen kan den visiterende læge visitere patienter direkte til sundhedsvæsenets øvrige tilbud, udskrive en recept eller skønne, at undersøgelse og behandling kan vente til dagtiden og derfor henvise patienten til at søge deres praktiserende læge næste dag.

Myndighedsansvaret og herunder for tilrettelæggelsen af lægebetjeningen i lægevagten ligger i regionerne, mens ansvaret for selve lægebetjeningen i vagttiden ligger hos de alment praktiserende læger.

Lægevagtsordningerne er organiseret forskelligt i de fem regioner. Den overordnede regionale organisering af lægevagtsordningen er beskrevet i lægevagtsaftalerne mellem den enkelte region og de praktiserende lægers regionale praksisudvalg. Formålet med lægevagtsaftalerne er at supplere landsoverenskomsten og sikre etablering af en velfungerende vagtordning og herunder fastlægge en arbejdsdeling mellem regionerne og de praktiserende læger omkring driften af lægevagten.

Lægevagtsaftalerne beskriver blandt andet de økonomiske rammer for driften af lægevagten, hvilke faciliteter regionen stiller til rådighed for lægevagten, omfanget af visitations- og konsultationssteder i regionen, kørselsordning for de læger, der aflægger hjemmebesøg, og fastsættelse af og opfølgning på eventuelle servicemål vedrørende blandt andet ventetid.

Generelt stiller regionerne lokaler, utensilier, it, telefoni og befordring til rådighed, mens de praktiserende læger har ansvar for vagttilrettelæggelse og administration.

De regionale samarbejdsudvalg udarbejder en oversigt over tilskudsberettigede lægemiddelsgrupper, som den praktiserende læge og vagtlægen kan rekvirere hos regionen til brug i praksis/lægevagten. Vagtlægen medbringer selv medicinen i lægevagten.

De regionale lægevagtsordninger afspejler store forskelle i antallet af visitations- og konsultationssteder. Antallet af visitationssteder varierer fra to i Region Midtjylland til seks i Region Sjælland, mens antallet af faste lægevagtskonsultationer varierer fra fire i Region Syddanmark til ti i Region Hovedstaden og i Region Sjælland.

Med undtagelse af Region Hovedstaden har lægevagtsordningerne et antal geografisk spredte ad hoc åbne konsultationssteder. De ad hoc åbne konsultationssteder er ikke åbne i et på forhånd fastsat tidsrum, men kan åbnes med henblik på at give flere borgere mulighed for konsultation i nærområdet. De ad hoc åbne lægevagtskonsultationer bemannes af de kørende vagtlæger, og patienten visiteres til en given konsultation på et fastsat tidspunkt.

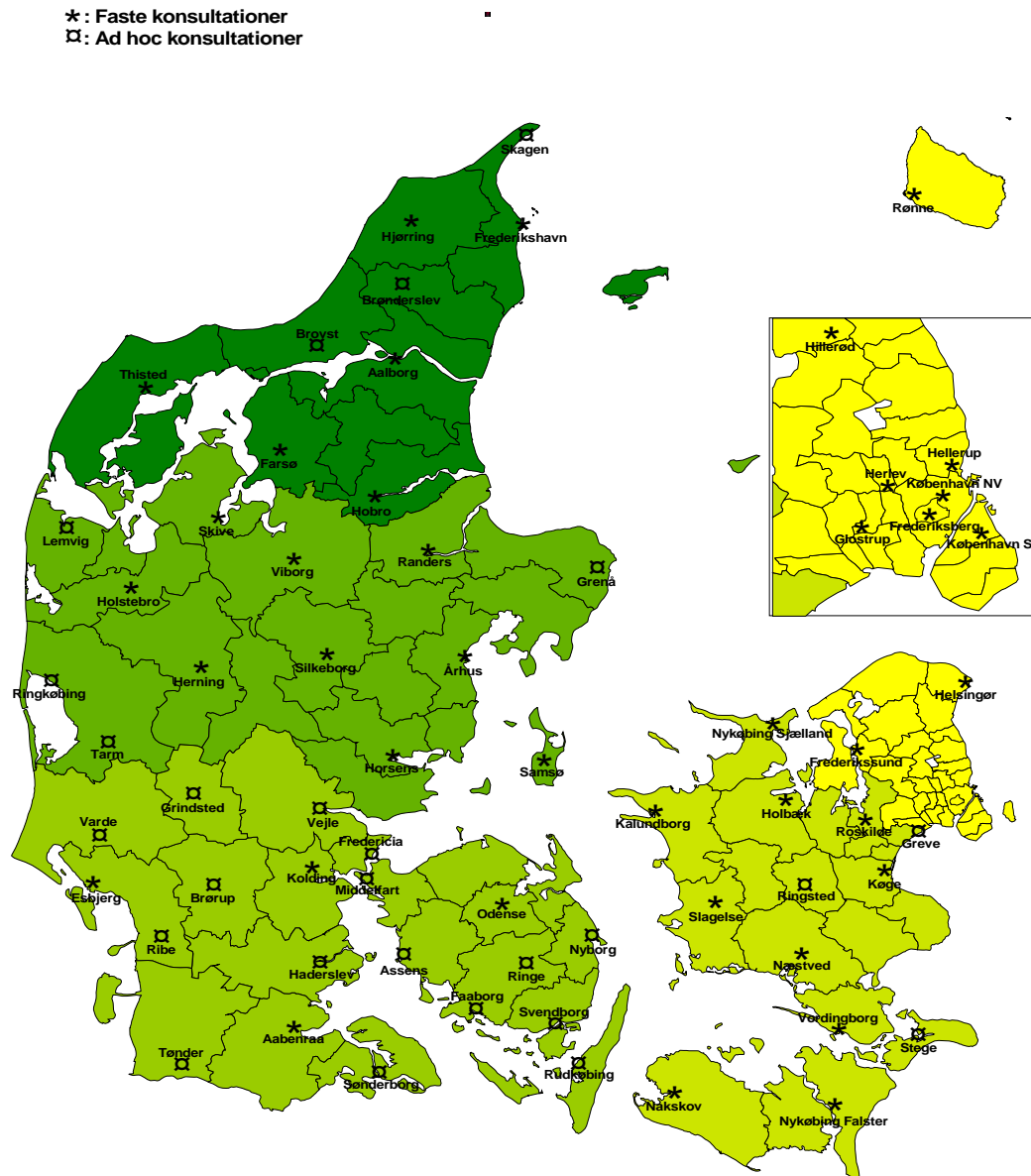
Tabel 2 Antal visitations- og konsultationssteder i regionerne (2009)

	Region Ho- vedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Antal visitationssteder	4	2	3	6	4
Antal faste konsultati- onssteder	10	9	6	10	4
Antal ad hoc åbne kon- sultationssteder	0	4	3	3	16

Kilde: Regionerne.

Fastsættelsen af antallet af konsultationssteder er et anliggende mellem regionen og de praktiserende læger i den enkelte region. En del af variationen i antallet af konsultationssteder mellem regionerne skyldes forskelle i geografiske og demografiske forhold. Figuren nedenfor illustrerer placeringen af såvel faste og ad hoc åbne lægevagtskonsultationer i de fem regioner.

Figur 1 Faste og ad hoc åbne lægevagtskonsultationer i Danmark



Kilde: "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning", Sundhedsstyrelsen december 2009.

Fire af de fem lægevagtsordninger har ét centralt telefonnummer til lægevagten, hvor borgeren ved opkald automatisk stilles videre til den visitationslæge, der har mindst ventetid. I Region Hovedstaden har man fortsat fire forskellige telefonnumre til lægevagten, og i Region Syddanmark er der et særskilt telefonnummer til lægevagten for borgere på Fanø og Ærø.

2.2.2. Aktiviteten i lægevagten

Antallet af patientkontakter i landets lægevagtsordninger har de senere år ligget nogenlunde stabilt og var i 2008 på knap 2,9 mio. I 2008 blev 56 % af opkaldene til lægevagten afsluttet med en telefonkonsultation, 32 % blev visiteret til at møde op i lægevagtskonsultationen, mens 11 % blev visiteret til et hjemmebesøg.

Tablet 3 Aktiviteten i lægevagten 2006-2008²

Ydelse	2006	2007	2008
Afsluttet telefonkonsultation ³	1.557.529	1.710.359	1.615.891
Telefonisk visitation til hjemmebesøg/lægevagtskonsultation ⁴	1.312.754	1.375.139	1.252.702
I alt antal telefoniske henvendelser	2.870.283	3.085.498	2.868.593
Lægevagtskonsultation	951.426	1.001.957	918.260
Hjemmebesøg	343.114	349.602	317.082
I alt antal besøg i lægevagtskonsultationen og hjemmebesøg	1.294.540	1.351.559	1.235.342

Kilde: Tabellen bygger på oplysninger i "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning", Sundhedsstyrelsen, december 2009.

Ovenstående oversigt over borgernes brug af lægevagten dækker over regionale forskelle. De regionale forskelle kan dække over en række faktorer som afstand til lægevagten, nærhed og adgang til skadestuer og fælles akutmodtagelser mv.

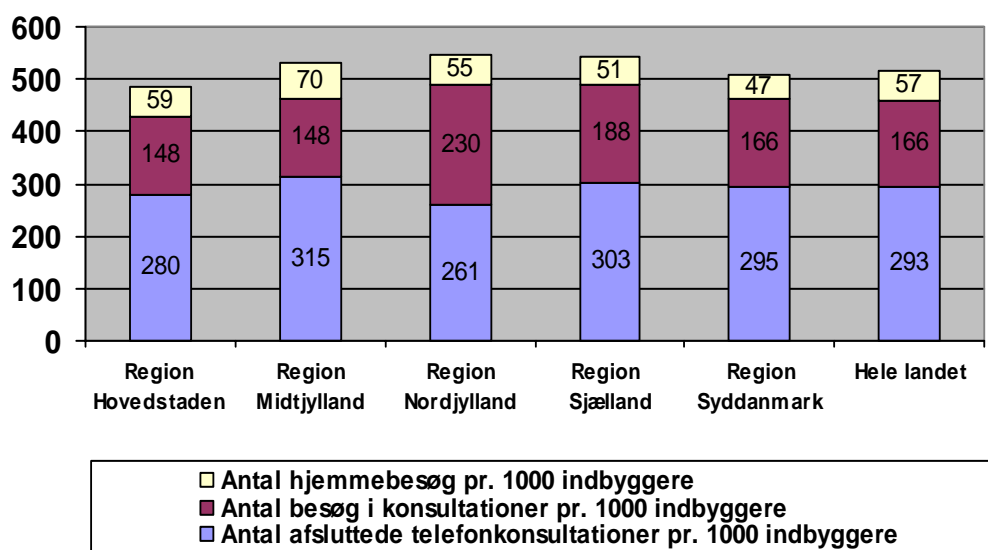
I tabel 4 nedenfor ses antallet af afsluttede telefonkonsultationer, konsultationer og besøg pr. 1000 borgere i de fem regioner.

² Aktivitetstallene er baseret på udtræk fra Sundhedsstyrelsens sygesikringsregister. Det skal bemærkes, at der er en mindre uoverensstemmelse i tallene fra 2006 i forhold til en lignende opgørelse i "Foranalyse vedr. lægevagten" af Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. Uoverensstemmelsen er i størrelsesorden 1-2 % og dermed ikke betydelig.

³ Ydelsen "afsluttet telefonkonsultation" dækker over situationer, hvor patienten ikke har kontakt med andre dele af lægevagten end telefonvisitationen. Patienten tilses således ikke af en vagtlæge. Patienten kan derimod godt have haft kontakt med det øvrige sundhedsvæsen ud over lægevagten.

⁴ Antallet af telefoniske visitationsydelse stemmer ikke overens med antallet af besøg og konsultationer. Det skyldes, at ikke alle borgere, der bliver visiteret til fremmøde i konsultationen møder frem.

Tabel 4 Antal afsluttede telefonkonsultationer, besøg i konsultationer og hjemmebesøg pr. 1000 indbyggere, 2008⁵



Kilde: "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning", Sundhedsstyrelsen, december 2009.

Som det ses i figuren varierer aktiviteten i lægevagten mellem regionerne. Antallet af afsluttede telefonkonsultationer var i 2008 på 315 pr. 1000 indbyggere i Region Midtjylland, mens det tilsvarende tal var 261 i Region Nordjylland. De øvrige regioner placerer sig imellem disse yderpunkter.

Region Nordjylland var med 230 konsultationer pr. 1000 indbyggere den region, der i 2008 havde flest besøg i lægevagtskonsultationerne pr. indbygger. Region Hovedstaden og Region Midtjylland havde med 148 besøg pr. 1000 indbyggere i 2008 færrest besøg pr. indbygger.

Variationen kan muligvis skyldes borgernes adgang til åbne skadestuer. I forhold til antallet af hjemmebesøg af lægevagten pr. indbygger er der også større variationer blandt regionerne. Borgerne i Region Midtjylland havde i 2008 relativt flest hjemmebesøg, mens borgerne i Region Syddanmark havde relativt færrest hjemmebesøg. Antallet af hjemmebesøg varierede fra 47 til 70 besøg pr. 1000 indbyggere. Region Midtjylland havde med andre ord næsten 50 procent flere hjemmebesøg pr. indbygger i 2008 end Region Syddanmark.

Brugen af lægevagten varierer med borgernes alder. Børn under 10 år er generelt set de hyppigste brugere af lægevagten i forhold til afsluttede telefonkonsultationer og konsultationsbesøg. Børn i alderen 0-9 år udgør henholdsvis 26,8 procent af alle henvendelser til lægevagten, der afsluttes med en telefonkonsultation og 34 % af alle konsultationsbesøg i 2008. Samlet set udgjorde børn under 10 år 27,2 % af alle henvendelser til lægevagten i 2008.

Borgere over 65 år er omvendt den gruppe, der oftest visiteres til et hjemmebesøg af vagtlægen. 53,4 % af alle borgere, der fik besøg af en vagtlæge i 2008 var 65 år eller derover. Samlet set udgjorde borgere på 65 år eller derover dog kun 15,7 % af alle henvendelser til lægevagten. Den procentvise aldersfordeling på lægevagstens ydelser er gengivet i nedenstående tabel 5.

⁵ Figuren bygger på tal fra Sygesikringsregistret og befolkningstal fra Danmarks Statistik.

Tabel 5 Aktiviteten i lægevagten fordelt på alder i pct. (2008)

Alder	Afsluttet telefon-konsultation	Konsultation	Hjemmebesøg	Telefonisk visitation til hjemmebesøg/konsultation	I alt antal henvendelser
0-9 år	26,8 %	34 %	7,9 %	27,8 %	27,2 %
10-19 år	8,8 %	12,4 %	3,2 %	10 %	9,3 %
20-29 år	13,7 %	12,2 %	4,7 %	10,3 %	12,2 %
30-39 år	14,5 %	13,5 %	6,4 %	11,6 %	13,2 %
40-49 år	10,7 %	10,4 %	7,9 %	9,7 %	10,3 %
50-64 år	11,3 %	10,4 %	15,9 %	11,7 %	11,5 %
> 65 år	13,8 %	6 %	53,4 %	18,1 %	15,7 %
Ukendt	0,4 %	1 %	0,6 %	0,8 %	0,6 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Kilde: "Kvaliteten i den danske lægevagtordning", Sundhedsstyrelsen, december 2009.

2.2.3. Bemandingen i lægevagten

De regionale lægevagtsordninger afpasser antallet af visitationslæger, konsultationslæger og besøgslæger på vagt efter den forventede efterspørgsel. Efterspørgslen efter lægevagtsydelse afhænger blandt andet af indbyggertallet i regionerne. Derudover kan efterspørgslen i områder med mange turister være højere i sommerhalvåret.

Bemandingen af læger kan variere i de enkelte uger, og ved stor efterspørgsel – fx i perioder med influenzaepidemi - kan der indkaldes flere vagtlæger. Nogle steder er bemandingen lidt højere om mandagen end de øvrige hverdage, og i forbindelse med højtider er bemandingen ligeledes højere. Med forbehold for disse variationer er bemandingen i de regionale lægevagtsordninger i 2009 illustreret i nedenstående tabel 6.

Tabel 6 Vagtbemandingen i lægevagten (gennemsnitstal)

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Hverdage kl. 16-24 ⁶	25	29	15	22	30
Hverdage kl. 00-08	14	11	6	6	8
Weekend kl. 08-16	32	35	21	26	36
Weekend kl. 16-24	23	30	15	22	33
Weekend kl. 00-08	7	12	6	6	8

Kilde: "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning", Sundhedsstyrelsen, december 2009

Oversigten over lægebemandingen i tabel 6 angiver det samlede antal vagtlæger på vagt i regionen. Oversigten omfatter således både visitationslæger, konsultationslæger og læger, der kører hjemmebesøg.

Vagtlægerne i flere regioner skifter mellem dels at visitere og at afholde konsultationer og dels mellem at køre hjemmebesøg og at afholde konsultationer i den samme vagt. Ligeledes bliver

⁶ Det skal bemærkes, at antallet af læger ikke er konstante i de angivne tidsrum.

der flyttet læger mellem visitation, konsultation og besøg, hvis behovet for vagtlæger er større i én del af lægevagten end et andet sted. Ifølge de regionale lægevagtschefer er der cirka 2.900 læger involveret i bemanningen af lægevagten.

Baggrunden for den meget varierende vagtbemanning mellem de enkelte regioner er ikke nærmere kortlagt.

2.2.4. Udgifter til lægevagten

Regionernes udgifter til lægevagten omfatter honorarer til vagtlæger, administration, transport med videre. Honorarstrukturen i lægevagten er ydelsesbaseret. Det vil sige, at vagtlægen honoreres pr. patientkontakt og karakteren af denne kontakt.

Ydelsernes størrelse afhænger af, om det er en "A-vagt" eller en "B-vagt". Ved A-vagten forstås tidsrummet kl. 16.00-22.00 på hverdage (mandag til fredag), kl. 8.00-20.00 på lørdage, samt kl. 8.00-20.00 på grundlovsdag, juleaftensdag og nytårsaftensdag, der ikke falder på søn- og helligdage. Ved B-vagten forstås alle tidsrum, der ikke er omfattet af A-vagten, det vil sige alle dage kl. 0.00-8.00, hverdage (mandag til fredag) kl. 22.00-24.00, grundlovsdag, juleaftensdag, nytårsaftensdag og lørdage kl. 20.00-24.00, samt søn- og helligdage kl. 8.00-24.00.

Tabel 7 Grundhonorarer i lægevagten

	A-vagt	B-vagt
Telefonkonsultation (afsluttet ydelse)	87,89 kr.	111,05 kr.
Telefonisk visitation til konsultation eller sygebesøg	38,01 kr.	47,02 kr.
Konsultation	179,45 kr.	222,80 kr.
Sygebesøg	249,32 kr.	304,93 kr.

Regionernes samlede udgifter til lægevagten i 2008 – inklusiv honorarer til læger med vagt-ydernetnummer, honorarer til almen lægepraksis og udgifter til administration, transport med videre - er gengivet i nedenstående tabel:

Tabel 8 Regionernes udgifter til lægevagten 2008 (mio. kr.)

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Honorarer til vagtydernetnumre	56,1	32,4	10,8	45,6	36,5	181,4
Honorarer til almen lægepraksis	93,7	111,1	63,3	50,7	102,0	420,8
Administration og transport mv.	19,0	35,6	24,0	19,1	31,0	128,7
Alle udgifter	168,8	179,1	98,1	115,4	169,5	730,9

Kilde: "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning", Sundhedsstyrelsen, december 2009.

Baggrunden for de varierende udgifter mellem de enkelte regioner er ikke nærmere kortlagt.

3. Organisationers/myndigheders bud fremtidig organisering af de nære akuttilbud

I det følgende refereres til Sundhedsstyrelsens, Danske Regioners og Praktiserende Lægers Organisations bud på organisering af de fremtidige nære akuttilbud, som de er kommet til udtryk i nyligt udgivne rapporter. m.v. Det skal bemærkes, at dele af disse bud indgår i sammenhængende bud det fremtidige akutsystem, men at de her – med henblik på en fokusering på almen praksis/lægevagts rolle i de fremtidige nære akuttilbud - er taget ud af denne sammenhæng, hvorfor de her refererede bud ikke nødvendigvis giver et retvisende billede af organisationernes /myndighedernes samlede vision for den fremtidige organisering af det akutte beredskab.

3.1. Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Sundhedsstyrelsen kommer i rapporten "Kvaliteten i den danske lægevagtsordning" (december 2009) med nogle anbefalinger vedrørende den fremtidige organisering af lægevagten.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at kvaliteten af den danske lægevagtsordning generelt set fungerer godt, og at den opfylder sit formål med at sikre lægebetjening til alle borgere uden for almen praksis' åbningstid. Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger dog på en række konkrete områder, som kan forbedres, og som hensigtsmæssigt kan indgå i en fortsat kvalitetsudvikling af lægevagtsordningen.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at lægevagtsordningen også fremover med fordel kan være forankret i almen praksis. Det vigtigste argument for dette er ifølge Sundhedsstyrelsen, at man dermed sikrer den fornødne bemanning med læger, som har den relevante uddannelse til at varetage de problemstillinger, som kommer i lægevagten. Derudover er et vigtigt argument, at en fortsat kvalitetsudvikling dermed kan sammenkobles med almen praksis, så borgeren modtager den samme kvalitet i behandlingen af akutte sygdomme og skader, uanset om det er dag tid eller vagttid.

Der bør ifølge Sundhedsstyrelsen være fokus på lægevagts samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, herunder på samarbejdet med de fælles akutmodtagelser og med kommunernes døgnpleje.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse peger derudover på, at der bør sikres effektive kommunikationsveje mellem lægevagten og de forskellige aktører, ligesom lægevagten bør sikres enkle visitationsveje til sygehuse og kommuner. I forbindelse med dette bør der løbende ske opdatering af de organisatoriske instrukser.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at lægevagten er en vigtig aktør i forhold til flere af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne, herunder specielt indlæggelses- og udskrivningsforløb, samt opfølgning på utilsigtede hændelser. Regioner, kommuner og almen praksis bør derfor ifølge Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelsen af næste generation af sundhedsaftaler sikre, at lægevagten bliver omfattet af disse, og ledelsen af lægevagten bør indgå i relevante fora omkring sundhedsaftalerne.

Den fremtidige centralisering af sygehusene med færre og større sygehuse giver ifølge Sundhedsstyrelsen behov for et borgernært tilbud også i vagttiden. Der peges på, at mange lægevagtskonsultationer hensigtsmæssigt kan placeres i tilknytning til de fælles akutmodtagelser på sygehusene, men at der - hvis der fremover skal sikres et ensartet landsdækkende tilbud - vil være behov for lægevagtskonsultationer også udenfor sygehusene. Disse vil kunne placeres i tilknytning til fx sundhedshuse.

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

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

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

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

Andre faggrupper, specielt sygeplejersker, kan ifølge Sundhedsstyrelsen med fordel indgå i opgaveløsningen i lægevagtskonsultationerne med henblik på dels at frigøre lægerressourcer, dels at sikre en bedre samlet opgaveløsning. I de enkelte lægevagtsordninger er det vigtigt at afklare, hvem der har det faglige ansvar for at sikre den fornødne instruks til personalet.

Sundhedsstyrelsen anfører, at vagtlægerne generelt vurderer, at telefonvisitationen er den sværeste opgave i lægevagten, og at de derfor prioriterer, at den bliver varetaget af erfarne vagtlæger. I Danmark benytter vi derfor i den nuværende lægevagtsordning altid læger til telefonvisitationen.

Sundhedsstyrelsen påpeger, at man i de lande, som vi i Danmark normalt sammenligner os med, primært benytter sygeplejersker i telefonvisitationen, men at erfaringer fra udlandet med brug af sygeplejersker i telefonvisitationen ikke systematisk er undersøgt i styrelsens undersøgelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at såfremt det overvejes at bruge sygeplejersker eller andre faggrupper end læger til telefonvisitationen, bør der inden endelig stillingtagen foretages en systematisk afdækning af udenlandske erfaringer.

3.2. Danske Regioners akutudspil

Danske Regioners kommer i publikationen "Fremtidens sammenhængende akutsystem" (december 2009) med et bud på det fremtidige akutsystem. Udspillet indeholder ikke egentlige analyser, men fremlægger en række overordnede visioner.

Danske Regioner (DR) anfører, at det nuværende akutsystem er præget af en uhensigtsmæssig strukturel opdeling mellem lægevagt, akutmodtagelser, skadestuer og kommunale akuttilbud, og at borgerne derfor kan opleve usammenhængende patientforløb og uforståelige overgange mellem de forskellige dele af akutsystemet.

DR anfører, at et væsentligt problem i den nuværende akutstruktur er lægevagtsens selvstændige organisering, der ifølge DR betyder begrænset eller måske slet intet samarbejde og kommunikation mellem lægevagten og skadestuer/akutmodtagelser, selv når de ligger dør om dør.

Danske Regioner finder det ligeledes problematisk, at der ikke er sundhedsfaglige kompetencer til rådighed, når borgerne ringer 112.

Danske Regioner foreslår, at det nye akutsystem skal integrere akuttillbuddene, herunder præhospitale tilbud, fælles akutmodtagelser, almen praksis og kommunale akuttillbud, og at dette skal betyde, at lægevagten som selvstændig struktur erstattes af et integreret akutsystem.

DR foreslår, at regionerne skal oprette en døgnåben akuttelefon med visiterende og rådgivende funktion betjent af sundhedsfagligt personale. Akuttelefonen skal være borgernes indgang til akutsystemet, når egen læge har lukket eller ikke tager telefonen. Akuttelefonen kontaktes, med mindre man er så alvorligt syg, at 112 skal kontaktes. Den nye akuttelefon skal ifølge forslaget have ét landsdækkende, døgnåbent telefonnummer og skal erstatte lægevagtsens telefoniske visitation og rådgivning, og akuttelefonen skal bemannes med sundhedsfagligt personale, herunder praktiserende læger og sygeplejersker med kompetencer i triage og akut behandling.

Personalet på akuttelefonen skal have overblik over udbud og ventetider for de samlede akuttillbud – også i kommunerne. På den måde kan personalet på akuttelefonen ifølge DR visitere til de rette akuttillbud samt oplyse borgerne om, hvor der er kortest ventetid. Samtidig skal personalet på akuttelefonen give besked til sygehuse og nære tilbud om, hvilke patienter der er på vej, hvorved patientens behandlingsforløb ifølge forslaget forbedres.

Danske Regioner foreslår, at almen praksis i dagtiden skal være omdrejningspunktet for visitation og behandling af akut sygdom og skader af mindre alvorlig karakter.

Det anføres, at almen praksis' rolle som frontlinje og gatekeeper for det akutte beredskab stiller krav til kompetencer og tilgængelighed i almen praksis. Lægeklinikkernes telefonsystemer skal have en telefonlinje, der er forbeholdt akutte opkald. Når borgerne ringer op til lægen pga. akut sygdom og lettere skader, skal akutlinjen give mulighed for at komme hurtigt igennem til læge eller praksispersonale. Samtidig skal lægeklinikkernes telefonsystemer have en viderestillingsfunktion (overløbsfunktion), så borgerne automatisk bliver stillet om til akuttelefonen, hvis egen læge ikke besvarer akutopkald inden for et kort, veldefineret tidsrum.

De fælles akutmodtagelser skal ifølge forslaget være udgangspunktet for diagnostik og behandling af akutte sygdomstilfælde og skader uden for almen praksis' åbningstid. Også de mindre alvorlige skader og sygdom, som nu bliver behandlet i lægevagtskonsultationerne, skal i fremtiden behandles af praktiserende læger, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale i faciliteter i tilknytning til de fælles akutmodtagelser. Disse praktiserende læger skal indgå som en integreret del af akutmodtagelsens organisation og ledelsesmæssige system og skal behandle mindre akutte skader og sygdomme.

Det anføres, at borgerne med ukomplicerede skader og sygdomme – som i det nuværende system kan risikere at vente længe på bl.a. skadestuerne, fordi specialisterne prioriterer de mest akutte patientforløb – hermed hurtigt bliver afsluttet. Det anføres videre, at der opnås optimal kvalitet, sammenhæng og arbejdsdeling, idet der drages nytte af de praktiserende lægers praksisspecifikke kompetencer, samtidig med at de praktiserende læger kan trække på akutmodtagelsens faglige kompetencer og understyr.

Danske Regioner foreslår, at der skal udvikles nære akuttilbud, så borgerne – uanset hvor de bor i landet – kan føle sig trygge ved, at de har adgang til kompetent sundhedsfaglig hjælp, hvis de kommer til skade eller bliver akut syge.

Den konkrete udformning af de nære tilbud afhænger af de lokale behov og de øvrige sundhedstilbud i nærområdet, og de skal organisatorisk kobles til de fælles akutmodtagelser og kan for eksempel være skadeklinikker, akutklinikker eller større lægehuse med akutfaciliteter.

For at sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb skal der ifølge DR sættes på et mere forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner. De regionale og kommunale akuttilbud skal ifølge foreningen i højere grad samtænkes, og de kommunale tilbud skal kunne udløses akut. Det anføres, at der er en regional forventning om, at de kommunale akuttilbud er tilgængelige døgnet rundt alle ugens dage. Personalet på akuttelefonen bør kunne visitere direkte til kommunale akuttilbud, eksempelvis til hjemmesygeplejen.

DR anfører, at det er vigtigt, at det personale, der er i frontlinjen af sundhedsvæsenet, har de fornødne kvalifikationer og kompetencer til at varetage funktionerne i det nye akutsystem, og at regionerne vil sikre, at personalet får den fornødne kompetenceudvikling og faglige understøttelse.

Det anføres videre, at der skal opstilles servicemål for, hvor lang tid borgerne maksimalt bør vente, fra de møder op på den fælles akutmodtagelse, og til deres skade eller sygdom bliver vurderet (triage) af en sundhedsfaglig person. Gennem triage skal der træffes hurtig beslutning om patientens videre forløb. Der skal ligeledes opstilles servicemål for svartid på akuttelefonen og almen praksis' akutlinje. Servicemålene kan dog ikke stå alene, men skal følges af et overordnet fokus på kvalitet, herunder hensigtsmæssige arbejdsgange og procedurer.

3.3. Praktiserende Lægers Organisations akutudspil

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) kommer i politikpapiret "PLO's politik på akutområdet" (april 2010) med organisationens bud på det fremtidige akutberedskab.

PLO slår indledningsvis fast, at det er foreningens holdning, at vagtlægeordningen fortsat skal være forankret i almen praksis og dermed være en del af landsoverenskomsten om almen lægegerning.

Det anføres, at der herved skabes faglig og kvalitetsmæssig kontinuitet mellem den primære sundhedsbetjening i henholdsvis dag- og vagttid.

Det er PLO's opfattelse, at ansættelse i sygehusvæsenet ikke vil blive opfattet tilstrækkeligt attraktivt af de praktiserende læger, og at der vil kunne opstå et rekrutteringsproblem, da det ikke længere vil være en kollektiv forpligtelse for de alment praktiserende læger at varetage lægevagten.

Det er PLO's holdning, at alle akutte henvendelser til sundhedsvæsenet – døgnet rundt – skal visiteres af almen praksis. Det anføres, at speciallægerne i almen medicin er bedst uddannede til at varetage visitationsfunktionen, som anses for den vanskeligste opgave i vagtlægeordningen, og at lægerne har tilegnet sig kompetencerne gennem en alsidig lægelig grund- og videreuddannelse samt gennem en ofte mangeårig praktisk erfaring fra lægevagten og egen almen praksis. Derved sikres ifølge PLO høj, faglig kvalitet, god patientservice og en økonomisk omgang med sundhedsvæsenets knappe ressourcer.

Det anføres, at udviklingen i sygehusvæsenet peger i retning af, at de mest kvalificerede læger varetager den indledende kontakt med patienterne – samme kvalitet bør forefindes i den akutte visitationsfunktion.

Det er PLO's holdning, at der skal aftales servicemål for den akutte, telefoniske tilgængelighed til lægevagt og almen praksis i dagtiden, at der skal gennemføres tilgængelighedsundersøgelser én gang årligt, og at der skal etableres en akutlinje i alle praksis. Ifølge PLO forudsætter forslaget om, at speciallæger i almen medicin varetager telefonvisitationen af alle akutte henvendelser til sundhedsvæsenet nødvendigvis, at der er høj telefonisk tilgængelighed.

For så vidt angår de ledelsesmæssige forhold i lægevagten, anfører PLO, at foreningen finder, at lægevagtscheferne fortsat skal referere til PLO's praksisudvalg, at den enkelte vagtlæge fortsat skal have et individuelt lægefagligt ansvar, jf. autorisationsloven, at lægevagtschefen skal tillægges et overordnet organisatorisk og fagligt ansvar for lægevagten, og at der skal udarbejdes faglige retningslinjer for lægevagten, som de enkelte vagtlæger er forpligtet til at følge.

PLO anfører som begrundelse herfor, at lægevagten indgår i landsoverenskomsten, hvorfor foreningen finder det er naturligt, at PLO's praksisudvalg varetager ledelsesfunktionen. Det anføres endvidere, at det er vigtigt for kvaliteten af lægevagts ydelser, at ledelsesfunktionen løbende udvikles på grundlag af faglige retningslinjer, der udarbejdes af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

Det er PLO's holdning, at der bør ansættes betydeligt flere sygeplejersker og eventuelt sekretærer i lægevagten. Det bemærkes, at sygeplejersker og andre faggrupper arbejder på grundlag af instruks fra vagtlægen/lægevagtschefen. PLO anfører, at der herved frigøres lægelige ressourcer, og at en øget anvendelse af andre personalekategorier - med tilhørende opgaveglidning af visse, nærmere definerede tilstande – desuden kunne bidrage til en bedre, samlet opgaveløsning i lægevagten. Vagtlægen bør dog fortsat varetage visitationen.

PLO anfører, at Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at vagtlægerne får adgang til relevante journaloplysninger fra egen læge, og at Sundhedsstyrelsen bør udstede en bekendtgørelse, der forpligter sygehusene til at tilsende vagtlægen kopi af epikriser vedrørende patienter, der er indlagt via vagtlægen. PLO begrundet dette forslag med, at adgangen til relevante journaloplysninger fra egen læge (f.eks. om kroniske lidelser, fast medicin og lignende) vil forbedre kvaliteten af lægevagts ydelser. Endvidere vil et system, hvor den indlæggende vagtlæge bliver orienteret om et indlæggelsesforløb via en epikrise, bidrage til vigtig læring hos den indlæggende vagtlæge.

PLO foreslår, at regionerne – i samarbejde med lægevagten - bør pålægges at sikre den fornødne modernisering af de fysiske faciliteter for lægevagten, herunder også nødvendige investeringer i moderne behandlings- og informationsteknologi, og at regioner, kommuner og praksisudvalg bør indgå aftaler om etablering af tidssvarende lægehuse og sikring af lægedækningen i yderområderne. Når lægevagten i fremtiden skal pålægges flere opgaver samtidig med, at der skal ansættes mere klinikpersonale i lægevagtskonsultationerne, er det ifølge PLO vigtigt, at lokaleforholdene og udstyret er tidssvarende. Det anføres, at tidssvarende lægehuse – der både vil kunne rumme solopraksis og kompagniskabspraksis - vil kunne medvirke til, at de praktiserende læger i højere grad kan bidrage til en samlet løsning på behandlingen af den akutte patient i dagtiden.

Det er PLO's holdning, at der skal udvikles et landsdækkende efteruddannelsesprogram vedrørende akutarbejdet i almen praksis. Efteruddannelsesprogrammet, der skal tilpasses de lokale forhold, skal være en del af den strukturerede efteruddannelse i almen praksis, som bør omfatte alle praktiserende læger samt klinikpersonale, der er beskæftiget med akutte opgaver i almen

praksis inklusiv lægevagten, og speciallægeuddannelsen i almen medicin skal give de kommende alment praktiserende læger de nødvendige kompetencer inden for akut medicin og skadebehandling.

PLO anbefaler, at de kommende sundhedsaftaler kommer til at omfatte en beskrivelse af det lokale samarbejde på akutområdet mellem regionen, kommunen og almen praksis inklusiv lægevagten. Ifølge PLO hersker der i dag betydelig uklarhed om samarbejdet og opgavefordelingen på det akutte område mellem kommuner, region og praktiserende læger. Det anføres, at den kommunale sundhedssektor bør oprustes på det akutte område, og at de praktiserende læger i stigende omfang bør kunne benytte sygehusenes diagnostiske faciliteter direkte. Det vil ifølge PLO endvidere være en fordel for lægevagten, at der etableres centrale visitationer i kommunerne og regionen, som lægevagten kan benytte sig af i forbindelse med viderehenvisninger til sygehusvæsenet eller den kommunale sundhedssektor.

4. Overvejelser vedrørende telefonisk tilgængelighed

Al indgang til lægevagten foregår i de eksisterende ordninger via telefonisk henvendelse til en læge. Fire af de fem lægevagtsordninger har ét centralt telefonnummer til lægevagten, hvor borgeren ved opkald automatisk stilles videre til den visitationslæge, der har mindst ventetid.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" (2007), at der oprettes et landsdækkende telefonnummer til visitationsordningen under almen praksis, så entydigheden i indgangen til sundhedsvæsnets akutbetjening styrkes.

Danske Regioner foreslår i sit akutudspil, at borgerne uden for almen praksis' åbningstid enten kan ringe deres egen almen praksis' telefonnummer, hvorefter borgeren automatisk skal videstilles til en akuttelefon, eller direkte til en ny fælles landsdækkende akuttelefon.

PLO foreslår, at der skal aftales servicemål for den akutte, telefoniske tilgængelighed til lægevagt og almen praksis i dagtiden, at der skal gennemføres tilgængelighedsundersøgelser én gang årligt, og at der skal etableres en akutlinje i alle praksis.

Det foreslås, at indgangen til de nære akutordninger/lægevagten i fremtiden skal baseres på følgende principper:

- De nære akutordninger/lægevagten/skadestuer skal i fremtiden være en åben kanal - ikke en åben dør. Dette indebærer, at alle henvendelser til de nære akutordninger/lægevagten/skadestuer starter som telefoniske henvendelser.
- Borgerne skal let og uden forsinkelser via ét landsdækkende akuttelefonnummer kunne komme i telefonisk kontakt med kompetent sundhedsfagligt personale efter kl. 16 og frem til kl. 8 næste morgen.
- 112 opretholdes som selvstændigt nummer til akutte situationer, som kræver omgående intervention.

Følgende to modeller for den fremtidige indgang til akutsystemet kan overvejes:

- Model 1: Et fælles landsdækkende nummer til lægevagten – dvs. en model der omfatter vagttid.

- Model 2: Et nyt døgndækkende akutnummer, som afløser de nuværende numre til lægevagten.

Model 1: Et fælles landsdækkende nummer til lægevagten

Der etableres et fælles landsdækkende nummer til lægevagten, som afløser de nuværende forskellige regionale numre til lægevagten. Nummeret er tilgængeligt uden for almen praksis' åbningstid, dvs. i tidsrummet 08-16 på hverdage samt i weekender og helligdage.

Modellen indebærer, at der etableres en teknisk løsning, som sikrer borgerne let og sikker adgang til visitationsordningen i den region, hvorfra opkaldet foretages.

Fordele:

- Større entydighed end i dag, hvor der er forskellige regionale numre.
- Fastholder klar opdeling og ansvarsfordeling mellem almen praksis i dagtid og vagtlægeordningen.
- Fastholder vagtlægen som gatekeeperfunktion.

Ulemper:

- Ingen.

Model 2: Et døgnåbent akutnummer

Der etableres et nyt døgnåbent akutnummer, som borgerne kan kontakte ved mindre alvorlige skader og sygdom, hvor det ikke er nødvendigt at kontakte 112. Det kan være enten et 3-cifret eller et 8-cifret nummer.⁷

Akutnummeret erstatter således de nuværende forskellige regionale numre til lægevagten, og kan også benyttes i dagtid. Som model 1 indebærer modellen, at der skal etableres en teknisk løsning, som sikrer borgerne let og sikker adgang til visitationsordningen i den region, hvorfra opkaldet foretages.

Modellen kan implementeres med viderestilling til vagtlægesystemet, dvs. vagtlægeordningens telefonkonsultation opretholdes, eller integreret med lægevagtsvisitationen.

Fordele:

- Et døgnåbent nummer sikrer entydighed og høj tilgængelighed

Ulemper:

- Mulighed for overlappende funktioner i forhold til egen læge, og risiko for udhuling af almen praksis' rolle som gatekeeper i dagtiden, med deraf følgende risiko for unødigt behandling eller behandling på et højere niveau end nødvendigt.
- Let tilgængelighed vil alt andet lige medføre et større forbrug af sundhedsydelser.

Generelt

Lægevagtens telefonvisitation varetages i dag udelukkende af læger. For begge modeller gælder, at det skal overvejes i højere grad at gøre brug af praksispersonale, fx sygeplejersker, med henblik på en bedre ressourceudnyttelse. Jf. afsnit 5 for en nærmere drøftelse heraf.

For begge modeller gælder ligeledes, at der skal være et organisatorisk og fagligt samarbejde mellem visitationsordningen og de sundhedsfaglige henvendelser til 112. Dette kan forstærkes ved fysisk at placere funktionen i sammenhæng med den regionale AMK-vagtcentral.

⁷ Det kan i den forbindelse bemærkes, at oprettelsen af en akuttelefon indgår i Danske Regioners akutudspil, samt at flere regioner har planer om i højere grad at integrere vagtlægeordningen i det øvrige akutsystem. Bl.a. indgår det i Region Sjællands akutplan, at der igangsættes et planlægningsarbejde i forhold til en fremtidig organisering af en akuttelefon, hvor til alle akutte henvendelser (med undtagelse af 112) skal rettes.

4.1. Udvalgets stillingtagen til de to modeller

Udvalget har drøftet de to modeller og anbefaler på den baggrund model 1, som indebærer, at der etableres et nyt landsdækkende vagtlægenummer, som borgerne kan kontakte ved mindre alvorlige akutte skader og sygdomme. Nummeret skal afløse de nuværende forskellige regionale numre til lægevagten og være tilgængeligt uden for almen praksis' åbningstid, dvs. i tidsrummet 16.00-08.00 på hverdage samt i weekender og helligdage.

Det forudsættes, at der etableres en teknisk løsning, som sikrer borgerne let og sikker adgang til visitationsordningen i den region, hvorfra opkaldet foretages.

Et fælles landsdækkende vagtlægenummer sikrer borgerne større entydighed end i dag og fastholder samtidig en klar opdeling og ansvarsfordeling mellem almen praksis i dagtid og vagtlægeordningen.

Udvalget har også overvejet forslaget om at etablere et døgndækkende akutnummer/akuttelefon. Udvalget anerkender, at en sådan model sikrer høj entydighed og tilgængelighed for borgerne. Men udvalget finder samtidig, at modellen indebærer risiko for overlappende funktioner i forhold til egen læge og for udhuling af den praktiserende læges rolle som gatekeeper i dagtiden, med deraf følgende risiko for unødigt behandling eller behandling på et højere niveau end nødvendigt.

Ud fra en samlet afvejning peger udvalget således på etableringen af et landsdækkende vagtlægenummer under forudsætning af, at der sikres den nødvendige tilgængelighed i almen praksis i dagtid.

5. Overvejelser vedrørende bemanning/brug af sygeplejersker m.v.

Lægevagten bemandes primært af læger, men indenfor de senere år er der i to regioner etableret ordninger med sygeplejersker i lægevagtskonsultationerne. Erfaringerne er gode, og der arbejdes på at udbrede ordningen indenfor de to regioner.

Sygeplejerskerne medvirker i prioriteringen af patienterne i konsultationerne, og nogle varetager derudover mindre behandlingsopgaver. Sygeplejerskerne er de fleste steder ansat på sygehuset, og varetager opgaver både på sygehuset og i lægevagten.

I Danmark varetages lægevagts telefonvisitation udelukkende af læger. Man har ikke erfaringer fra Danmark med brug af sygeplejersker eller andet personale til dette formål, men i de lande, som vi normalt sammenligner os med, anvender man i stigende grad sygeplejersker.

Sundhedsstyrelsen har i sin lægevagtsundersøgelse ikke afdækket brugen af andet sundhedsfagligt personale end læger i forbindelse med telefonvisitationen, men i to undersøgelser, som er blevet udarbejdet på foranledning af henholdsvis Lægeforeningen og Danske Regioner, er der sat fokus på netop dette spørgsmål.

5.1. Forskningsenheden for almen praksis i Århus' undersøgelse af den danske lægevagt i internationalt perspektiv

Forskningsenheden for almen praksis i Århus har på foranledning af Lægeforeningen udarbejdet rapporten "Den danske lægevagt i internationalt perspektiv"⁸ (marts 2010). Der er tale om en sammenlignende analyse af lægevagtordningen i Danmark med tilsvarende ordninger i England, Holland, Sverige og Norge. Analysen skal ifølge forfatterne bidrage til en kvalificeret beslutningsproces vedrørende organisering af lægevagtsordningen. Analysen er udarbejdet i en 3-måneders periode fra december 2009 til marts 2010.

Det konkluderes i rapporten, at de såkaldte out-of-hours organisationer (OOH-organisationer) i England, Holland, Sverige og Norge afviger fra den danske lægevagtsorganisation. I disse lande er disse organisationer decentralt styret, og har ingen fælles national organisering som i Danmark. I Holland, Norge og Danmark har man en lægefaglig deltagelse i ledelsen af lægevagten med indbygget faglig selvstyring og ansvar for arbejdstilrettelæggelse og bemanning inden for geografisk mindre enheder.

I England og Sverige er OOH organisatorisk placeret under offentlig ledelse. Alle lande har telefonisk visitation, men kun i Danmark varetages visitationen af læger, som altovervejende er speciallæger i almen medicin og med klinisk funktion som sådan. I de øvrige lande visiterer sygeplejersker eller andet sundhedspersonale. I England, Sverige, Holland og dele af Norge anvendes it-baserede beslutningsstøttesystemer til at kvalificere visitationen. Brugen af beslutningssystemet er kun obligatorisk i den svenske såkaldte 1177-ordning.

Kun i Danmark har man et nationalt it-baseret journalsystem, som elektronisk ajourfører patienternes basisoplysninger med automatisk korrespondance til egen læges journalsystem. Visitationskapaciteten i de sygeplejerskebetjente telefoniske visitationer er ifølge rapporten omkring 4-6 patienter pr. visitator pr. time, mens kapaciteten i den danske lægebemandede visitation giver mulighed for mindst 15 patienter pr. visitator pr. time.

Det konkluderes, at undersøgelsen har været begrænset af manglende sammenligneligt statistisk materiale og tilstrækkeligt relevant og videnskabeligt kvalificeret litteratur for området, og at det derfor er ikke muligt at foretage en entydig konklusion af, hvorvidt lægevagtsydelse i Holland, England, Sverige og Norge har et mere hensigtsmæssigt og sikkert behandlingsresultat end lægevagten i Danmark.

For at kunne komme med entydige konklusioner finder forfatterne, at man skal sikre ny viden inden for fem afgørende punkter. 1) Man ved ikke, om lægen er bedst til jobbet som visitator eller ej. 2) Der er ikke foretaget målrettede undersøgelser af, hvorvidt de it-baserede beslutningsstøttesystemer øger faglighed og kvalitet i visitationen. 3) Forfatternes oplysninger tyder på en højere produktivitet ved lægevisitation sammenlignet med sygeplejerskevisitation. 4) Telefonisk visitation er afgørende for antallet af konsultationer og sygebesøg, og speciallæger har mulighed for og ser ud til at afslutte flere i telefonkonsultationer. 5) Lægevagten er fagligt selvstyret, og sikrer derved et konstant lægeligt tilbud uanset døgn- og årstidsvariation og behov for ekstra bemanning ved eksempelvis epidemier.

⁸ Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vedsted P, Olesen F. Den danske lægevagt i internationalt perspektiv – en sammenlignende undersøgelse af lægevagt i Danmark, England, Holland, Norge og Sverige. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis. 2010.

5.2. DSI's rapport om sygeplejerske visitation i lægevagten

Dansk Sundhedsinstitut har på foranledning af Danske Regioner udarbejdet rapporten "Når sygeplejersker visiterer i lægevagten"⁹ (februar 2010). Rapporten er baseret på et litteraturstudie og casestudier af lægevagtordninger i vesteuropæiske lande, hvor sygeplejersker eller doktorassistenter står for at telefonvisitere. 12 relevante studier er fundet og gennemgået, og der er gennemført casestudier i lægevagtsordningen i Holland, England og Sverige.

Rapporten handler om, hvorvidt det er lige så sikkert og effektivt at lade sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale som læger stå for telefonvisitation i lægevagtsordninger. Rapporten ser også på, hvordan sygeplejerskers telefonkonsultation er organiseret i andre vestlige lande, og hvad man kan lære heraf.

Rapporten konkluderer overordnet, at der ikke er grundlag for at sige, at telefonvisitation varetaget af sygeplejersker er mindre sikker og har ringere kvalitet end lægebaseret telefonvisitation i lægevagtsordninger. Det skyldes ifølge rapporten, at der er mangel på dokumentation for sikkerheden og kvaliteten i lægers telefoniske visitation i lægevagtordninger.

Samlet set viser rapporten, at telefonvisitation er en disciplin forbundet med risici og usikkerhed, som stiller særlige krav til visitators medicinske og kommunikative kompetencer.

Det er en hovedpointe i rapporten, at telefonvisitation i en lægevagt er en svær og risikobetonet opgave, som kræver særlige kvalifikationer. Det anbefales, at telefonvisitation i den danske lægevagtsordning i højere grad bliver gjort til genstand for en professionalisering – uanset hvilken faggruppe, der varetager opgaven – hvor der bliver taget mere højde for de særlige vilkår, der er forbundet med telefonvisitation, og for de kvalifikationer, telefonvisitation kræver.

Det anføres, at et typisk mål for effektivitet er, hvor stor en andel af telefonopkaldende, der kan afsluttes i telefonen. Litteraturstudier viser ifølge rapporten, at der er en betydelig variation i andelen af telefonopkald, som sygeplejersker kan afslutte i telefonen (fra 27,5 pct til 50 pct.). Til sammenligning afslutter de danske lægevagter omkring 56 pct. af opkaldene i telefonen.

Der skal imidlertid her tages højde for, at litteraturstudier i henhold til DSI-undersøgelsen viser en betydelig reduktion af antal patienthenvendelser til lægevagten. Et engelsk studie, hvor sygeplejersker forestod visitationen, med mulighed for at viderestille til en læge, reducerede den telefonis lægerådgivning med 69 pct., reducerede antal patienthenvendelser i lægevagten med 38 pct. og samlet reducerede lægernes arbejdsbyrde med ca. 50 pct.

En anden engelsk undersøgelse viser et betydeligt besparelspotentiale ved en sygeplejerskebemandet lægevagt, både på grund af færre konsultationer og hjemmebesøg, men også ved at reducere antal henvendelser på skadestuen. Den største besparelse er således iht. undersøgelsen på sygehusniveau. Undersøgelsen peger som konsekvens på også på lavere indtjening for de praktiserende læger.

5.3. Overvejelser vedrørende fremtidig brug af praksispersonale i lægevagten

Der er tre grundlæggende funktioner relateret til akutforpligtelsen i lægevagten, hvor det kan overvejes at gøre brug af praksispersonale, f.eks. sygeplejersker:

⁹ Marlene Willemann Würgler og Laura Emdal Navne, Dansk Sundhedsinstitut 2010

- (1) Visitationen af akutte patienter,
- (2) telefoniske konsultationer– råd og vejledning og
- (3) behandling af akutte sygdomme og skader.

Det vurderes, at der er et potentiale for at forbedre kapaciteten i almen praksis/lægevagt ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale i varetagelsen af akutfunktionen. Brug af praksispersonale kan forbedre tilgængeligheden til akut behandling i almen praksis og aflaste den praktiserende læge, så der kan behandles flere akutte patienter i almen praksis – døgnet rundt.

Sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale vil eksempelvis kunne varetage en del funktioner relateret til telefoniske konsultationer med råd og vejledning samt ved behandling af akutte sygdomme og skader. Praksispersonale kan afholde selvstændige konsultationer, både telefoniske og egentlige konsultationer i almen praksis, som dermed aflaster lægerne.

Praksispersonale fx sygeplejersker vil endvidere kunne behandle mindre skader, herunder rensning og syning af sår, fjernelse af fremmedlegemer og bandageproblemer m.v. Ligesom de vil kunne varetage observation og behandling af en række lettere medicinske tilstande. Afhængigt af problemstillingen vil sygeplejersker også i nogle tilfælde kunne tage på sygebesøg. Praksispersonalet vil ligeledes kunne varetage en del af procedurerne omkring henvisning til sygehus eller til kommunens tilbud.

Det skal endvidere i den enkelte lægevagtsordning overvejes, om eksempelvis sygeplejersker – med anvendelse af de nødvendige beslutningsstøtteredskaber og lægefaglige back-up – hensigtsmæssigt kan indgå i den telefoniske visitation.

Der bør generelt sættes øget fokus på normering og antal konsultationssteder i vagtlægeordningen, også henset til de betydelige regionale forskelle, jf. også om ledelse og organisering nedenfor.

6. Overvejelser vedrørende ledelse

Sundhedsstyrelsen anfører i rapporten ”Kvaliteten i den danske lægevagtsordning”, at ansvaret for den fortsatte kvalitetssikring og kvalitetsudvikling bør forankres i ledelsen af lægevagtsordningen, ligesom ledelsen bør have et ansvar for den fortsatte udvikling af samarbejdet med og integrationen i det samlede sundhedsvæsen, og at dette bør ske i et samspil med regionens øvrige akutberedskab. Også PLO og Danske Regioner kommer i deres respektive akutudspil ind på ledelsesfunktionens betydning.

6.1. Nuværende ledelse af lægevagten

Formelle ledelsesmæssige beføjelser i henhold til overenskomsten

Ifølge overenskomsten for almen praksis (§§ 50-51) har regionerne myndighedsansvaret for lægebetjeningen i vagttiden. Dermed har regionerne det overordnede ansvar for tilrettelæggelse af lægevagten i regionen. Ifølge den nuværende overenskomst er det dog de praktiserende læger, der har ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden, og dermed i praksis står for den daglige drift og tilrettelæggelse af de regionale lægevagtsordninger.

Overenskomsten fastslår også, at det er en af området's alment praktiserende læger, der skal føre tilsyn med, at ordningen fungerer. Den lægelige lederfigurs opgaver er ikke nærmere defineret i overenskomsten.

I hver region er der indgået lægevagtsaftaler, der yderligere præciserer arbejdsdelingen mellem region og praktiserende læger. Aftalerne beskriver blandt andet organiseringen af lægevagten, herunder lægevagten's faciliteter, placering af konsultationer, kørselsordninger m.v.

Endvidere har fire ud af fem regioner udarbejdet vagtinstrukser, der fastlægger rammerne for den praktiske afvikling af lægevagten i regionen. Vagtinstrukser varierer i omfang, men beskriver blandt andet lægernes konkrete forpligtelser i forbindelse med deltagelse i vagtordningen. Vagtinstrukserne udarbejdes af PLO's regionale praksisudvalg, og den organisatoriske del af instrukserne godkendes af samarbejdsudvalget.

Derudover beskriver overenskomsten, at regionerne har mulighed for at tilrettelægge lægebetjeningen i vagttiden på anden måde end den gængse lægevagtsordning. Det kræver, at der indgås en lokal aftale (§ 2-aftale) om de praktiserende lægers deltagelse i ordningen, og lægerne har mulighed for at frasige sig ansvaret for lægebetjeningen i vagttiden.

Beskrivelse af de eksisterende regionale organiseringer af lægevagten i ledelsesmæssig henseende.

Den nuværende lægevagtsordning fungerer som en selvstændig organisatorisk søjle ved siden af det regionale ledelsessystem, og vagtordningen har dermed ikke organisatorisk eller ledelsesmæssigt forankret i det øvrige akutberedskab og det regionale sundhedsvæsen i øvrigt.

Den organisatoriske ledelse og tilrettelæggelse af lægevagten er i dag forankret hos det regionale praksisudvalg og en lægelig vagtchef for lægevagtsordningen i regionen. Den lægelige vagtchef er ansat af praksisudvalget, som er valgt af de praktiserende læger i regionen. Den nuværende overenskomst giver ikke regionerne direkte ledelsesmæssige beføjelser over for lægevagtsordningen eller de enkelte vagtlæger.

Lægevagtschefens opgave er blandt andet at stå for introduktion af nye vagtlæger, at tilbyde efteruddannelsesaktiviteter og håndtere henvendelser til lægevagten fra patienter, vagtlæger og region. I Region Hovedstaden deles opgaven som lægevagtschef mellem to lægevagtsdirektører. Ud over lægevagtschefen er der i alle de regionale vagtordninger ansat distriktslægevagtschefer, der står for den lokale vagtplanlægning og tilsyn med lokale visitationer og konsultationer.

Lægevagtschef og distriktslægevagtschefer er alle aktive praktiserende læger, der varetager vagtcheffunktionen som bibeskæftigelse i typisk 10-20 timer om ugen.

Lægevagtschefen varetager en koordinatorrolle for vagtlægerne, snarere end en egentlig faglig og personalemæssig lederrolle. De enkelte vagtlæger er selvstændigt erhvervsdrivende, og har et selvstændigt ansvar for den sundhedsfaglige ydelse, de leverer. De handler ikke ud fra en overordnet ledelsesmæssig instruks, sådan som det er tilfældet i sygehusvæsenet. Lægevagtschefen har således ikke et overordnet ansvar for den sundhedsfaglige kvalitet i lægevagten. Ligeledes har vagtchefen ikke personaleansvar for den enkelte vagtlæge, idet vagtlægerne praktiserer selvstændigt på landsoverenskomstens vilkår.

Lægevagtcheferne har heller ikke personaleansvar eller sundhedsfagligt ansvar for det praksispersonale, som nogle vagtordningen benytter. I de fleste tilfælde er de sygeplejersker, der arbejder i lægevagten, ansat af regionen og referer ledelsesmæssigt til en overlæge på sygehuset.

Beskrivelse af eksisterende samarbejdsfora imellem almen praksis, regioner og kommuner
Ifølge overenskomsten om almen praksis er der i hver region et samarbejdsudvalg, som er omdrejningspunktet for samarbejdet mellem almen praksis og region. Samarbejdsudvalget er pari-

tetisk sammensat af repræsentanter for praksisudvalget og repræsentanter for regionsrådet og kommunerne i regionen. Samarbejdsudvalget behandler blandt andet principielle sager om samarbejdet vedrørende lægevagten, herunder udvikling af lægevagten, fastsættelse af servicemål for lægevagten og godkendelse af den organisatoriske del af vagtinstruksen. Derudover behandler samarbejdsudvalget ikke-faglige klager om vagtlæger i regionen.

I alle regioner er der nedsat et underudvalg om implementering af den regionale lægevagtsordning. Udvalgene er nedsat af samarbejdsudvalgene og har til opgave at følge implementeringen af de nye regionale lægevagtsordninger.

PLO's lokale praksisudvalg har derudover nedsat sine egne regionale lægevagtsudvalg, som lægevagtschefen refererer til. Lægevagtsudvalgene har til opgave at udstikke retningslinjerne for den interne drift, vagtbelastning, optagelse af nye læger, efteruddannelsesaktiviteter mv. Praksisudvalgenes lægevagtsudvalg referer til de regionale praksisudvalg. Ledelsen af lægevagtsordningerne er således forankret i PLO.

6.2. Overvejelser vedrørende fremtidig ledelse af lægevagten

Den ledelsesmæssige struktur af lægevagten skal medvirke til at understøtte en entydig og sammenhængende akutindsats i den enkelte region. Der kan i den forbindelse peges på en række grundlæggende principper, der skal overvejes opfyldt i organiseringen af ledelsesstrukturen for den fremtidige almenmedicinske vagtfunktion/lægevagten. Som udgangspunkt er det ønskværdigt, at alment praktiserende læger spiller en rolle i fremtidens akutsystem med udgangspunkt i deres almenmedicinske og praksisspecifikke kompetencer. De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende underlagt en overenskomst. Overenskomsten skal også fremover fastlægge de overordnede rammer for alment praktiserende lægers deltagelse i det regionale akutsystem.

Udvalget har drøftet to forskellige modeller for den fremtidige ledelse af lægevagten.

Nedenstående model A beskriver en integreret model med en entydig ledelse forankret i regionerne.

6.2.1. Ledelsesmodel A

Vagtfunktionen skal fremover være integreret i det regionale akutsystem frem for som i dag som en selvstændig søjle i akutstrukturen. På den måde opnås optimal kvalitet og arbejdsdeling, idet der drages nytte af de praktiserende lægers alment medicinske og praksisspecifikke kompetencer, samtidig med at de praktiserende læger kan trække på akutmodtagelsens faglige kompetencer og udstyr. Sammenhæng på tværs af akutsystemets mange aktører understøtter samtidigt gode og sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig arbejdsdeling samt en bedre udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer.

Ledelsen af vagtfunktionen skal derfor også være forankret i regionen. Samtidig skal ledelsen af den almenmedicinske vagtfunktion styrkes, så vagtlæger og praksispersonale får en entydig organisatorisk ledelsesreference, når de er på vagt. Det betyder blandt andet, at ledelsen for den almenmedicinske vagtfunktion skal have et entydigt ansvar for faglig udvikling, fælles dokumentation og fælles håndtering af eksempelvis klagesager i vagtfunktionen.

Den regionale ledelsesmæssige forankring skal både omfatte de egne i landet, hvor der er fysisk nærhed mellem sygehusenes akutfunktion og lokale konsultationssteder, og de egne, hvor afstanden er længere.

Organiseringen af akutstrukturen er på nogle punkter forskellig fra region til region. Derfor bør regionerne indenfor nogle overordnede rammer have mulighed for at tilpasse vagtfunktionens organisering til den regionale akutstruktur.

Den regionale ledelsesmæssige forankring af lægevagten kan fremover organiseres som nedenfor angivet.

Regionen udpeger en regional leder af akutberedskabet i praksissektoren. For at sikre en kvalificeret faglig ledelse bør lederen have indsigt i det almen medicinske arbejdsområde. Lederen indgår i den samlede regionale ledelse af akutsystemet, og har til opgave at være øverste ansvarlig for tilrettelæggelse af den almenmedicinske lægebetjening i vagttiden samt koordination med det øvrige akutberedskab. Planlægningen af praksissektorens akutberedskab/lægevagten foregår i tæt samarbejde med afdelingsledelsen på de fælles akutmodtagelser, hvor de praktiserende læger udgør vagtfunktionen i et almenmedicinsk spor. Samtidig er lederen faglig og organisatorisk ledelsesreference for de praktiserende læger, når de er på vagt i vagtfunktionen, herunder visitation og nære akuttilbud (fx sundheds- og akuthuse).

Det er vigtigt, at de alment praktiserende lægers kompetencer benyttes og udvikles optimalt i det fremtidige akutsystem. Selvom den alment medicinske vagtfunktion indgår i et regionalt ledelsessystem, kan det overvejes, om der skal etableres et fagligt organ a la specialeråd, der kan rådgive den regionale leder i forhold til, hvordan den alment medicinske faglighed sikres i et specialiseret sundhedsvæsen.

Organisatorisk er den regionale leder af akutberedskabet i praksissektoren underlagt den centrale ledelse i regionen. Regionen er således overordnet ansvarlig for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i den almenmedicinske vagtfunktion, og den regionale ledelse er også ansvarlig for udviklingen af samarbejdet med og integrationen i det øvrige sundhedsvæsen.

Den almenmedicinske vagtfunktion hviler på faglige retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin. Retningslinjerne opdateres løbende.

Fordelen ved en entydig ledelsesmæssig struktur er en entydig ansvarsplacering, fx i tilfælde af at der sker fejl og utilsigtede hændelser i patientbehandlingen, og i forhold til opfølgning på utilsigtede hændelser. Det vil derfor også blive et regionalt ansvar at håndtere eventuelle klagesager.

Fordelen ved en integreret model er, at det vil skabe sammenhæng i akutstrukturen og sikre en entydig indgang for patienterne. Samtidig giver en fælles regional ledelse af akutfunktionen de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer til at sikre en hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer. Modellen vil endvidere kunne skabe grundlag for at styrke den samlede regionale kvalitetsudvikling, herunder på sygehusene som en del af Den Danske Kvalitetsmodel. De praktiserende lægers synlighed på sygehusene kan endvidere medvirke til at rekruttere yngre læger i specialet.

Lægeforeningen påpeger, at ulempen ved en model med integreret regional ledelse af den samlede akutindsats er, at det kan blive vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med kvalificerede læger til vagtlægeordningen, da PLO ikke vil kunne indgå en overenskomst, som forpligter de praktiserende læger til at varetage lægevagten. Dermed er der en risiko for, at kvaliteten af den lægelige betjening af lægevagten forringes, og at kontinuiteten i håndteringen af de akutte sygdomme og skader i dagtiden og vagttiden forsvinder.

Overenskomstmæssig forankring

Ledelsesstrukturen i den nuværende lægevagtsordning er forankret i landsoverenskomsten for almen praksis. Ændringen af ledelsesstrukturen i den almenmedicinske vagtfunktion kræver en ændring af overenskomstens bestemmelser om lægevagten, med forskelligt omfang alt efter model.

Derudover fastslår den nuværende overenskomst, at de praktiserende læger har ret og pligt til at deltage i lægebetjeningen i vagttiden. Der er fortsat behov for de praktiserende lægers almenmedicinske og praksisrelaterede kompetencer i akutberedskabet, herunder i den almenmedicinske vagtfunktion i tilknytning til de fælles akutmodtagelser og i de nære akuttilbud (akuthuse). Overenskomsten skal derfor også i fremtiden omfatte en vagtforpligtelse for de praktiserende læger.

Vagtforpligtelse

De praktiserende læger bør også fortsat have en overenskomstfastsat kollektiv forpligtelse til at indgå i lægebetjeningen i vagttiden. Til den kollektive forpligtelse kan knyttes en individuel forpligtelse, der forpligter den enkelte læge til at indgå i lægebetjeningen i vagttiden fx med et nærmere fastsat antal vagter

Model A for ledelse af lægevagten

- Den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionen.
- Overenskomsten skal også fremover fastlægge de overordnede rammer for alment praktiserende lægers deltagelse i det regionale akutsystem.
- Regionen udpeger en leder af akutberedskabet i praksissektoren.
- Lederen bør have indsigt i det almen medicinske arbejdsområde.
- Lederen indgår i den samlede regionale ledelse af akutsystemet.
- Organisatorisk er den regionale leder af akutberedskabet i praksissektoren underlagt den centrale ledelse i regionen.
- Lederen er øverste ansvarlige for tilrettelæggelse af den almenmedicinske lægebetjening i vagttiden samt koordination med det øvrige akutberedskab.
- Lederen er faglig og organisatorisk ledelsesreference for de praktiserende læger, når de er på vagt i vagtfunktionen.
- De praktiserende læger bør også fortsat have en overenskomstfastsat kollektiv og individuel forpligtelse til at indgå i lægebetjeningen i vagttiden.

6.2.2. Ledelsesmodel B

I det følgende beskrives model B, som er udarbejdet af PLO.

Sammenhæng på tværs af akutsystemets mange aktører understøtter gode og sammenhængende patientforløb, hensigtsmæssig arbejdsdeling samt en bedre udnyttelse af de sundhedsfaglige ressourcer. Der skal derfor fremover være en større grad af koordinering af vagtlægeordningen, sygehusenes akutfunktioner (herunder skadestuer) og den præhospitale indsats.

Vagtlægeordningen skal fortsat forankres i landsoverenskomsten mellem RLTN og PLO, som udgør det kontraktlige grundlag for vagtlægeordningen. Derved sikres, at vagtlægeordningen er bemannet med læger, som har den relevante uddannelse til at varetage de problemstillinger, som kommer i lægevagten. Desuden vil den fortsatte kvalitetsudvikling af lægevagten kunne sammenkobles med almen praksis i dagtiden, så borgeren modtager den samme kvalitet i behandlingen af akutte sygdomme og skader, uanset om det er dagtid eller vagttid. Endelig sikres en entydig ansvarsplacering ved fx klagesager og lignende.

Modernisering af vagtlægeordningen.

Vagtlægeordningen er overordnet set velfungerende, men der er på konkrete områder behov for en modernisering og kvalitetsudvikling, fx omkring efteruddannelse og den fysiske udrustning af lægevagtslokalerne.

Med hensyn til ledelsesfunktionen ledes vagtlægeordningen af en lægevagtschef, der refererer til PLO's praksisudvalg. Lægevagtschefen tillægges et overordnet organisatorisk og fagligt ansvar for lægevagten. Lægevagtschefen skal således have et overordnet ansvar for faglig udvikling, fælles dokumentation og fælles håndtering af eksempelvis klagesager i vagtfunktionen.

Vagtlægeordningen hviler på faglige retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Almen Medicin, der løbende opdateres. Den enkelte vagtlæge er forpligtet til at følge retningslinjerne. Vagtlægerne er endvidere forpligtet til løbende at deltage i den tilbudte efteruddannelse vedrørende vagtlægeordningen. Endelig er vagtlægerne forpligtet til at følge organisatoriske vagtinstrukser godkendt af samarbejdsudvalget.

Lægevagtschefen og regionens ledelse af det præhospitalt beredskab og sygehusvæsenets akutindsats skal have et tæt samarbejde i dagligdagen.

Samordning af vagtlægeordning og sygehusvæsenets akutfunktion.

Der skal udvikles et tættere, aftalebaseret samarbejde mellem sygehusenes akutfunktion og vagtlægeordningen. Samarbejdet skal både omfatte de egne i landet, hvor der er en fysisk nærhed mellem sygehusenes akutfunktion og vagtlægeordningen, og de egne, hvor afstanden er længere. Samarbejdet tilpasses den lokale struktur for sundhedsvæsenet.

Under samarbejdsudvalget nedsættes et paritetisk sammensat akutudvalg, der skal beskæftige sig med tilrettelæggelsen af samarbejdet mellem vagtlægeordningen og sygehusenes akutfunktion. Akutudvalget kan stille forslag til samarbejdsudvalget, der kan styrke samspillet mellem vagtlægeordningen og sygehusenes akutfunktion. I akutudvalget kan bl.a. deltage lægevagtschefen og lederen/lederne af sygehusenes akutmodtagelser.

Lægeforeningen finder, at fordelene ved modellen er, at bemanningen og kvaliteten af den lægelige betjening af lægevagten sikres, og at kontinuiteten i håndteringen af de akutte sygdomme og skader i dagtiden og vagttiden fortsat eksisterer.

Modellen sikrer desuden en entydig ansvarsplacering i tilfælde af, at der sker fejl i patientbehandlingen.

Lægeforeningen finder endvidere, at modellen vil skabe sammenhæng i akutstrukturen og – i kraft af den entydige, lægelige visitation - sikre en entydig indgang for patienterne og understøtte mulighederne for sammenhængende patientforløb. Dermed sikres en hensigtsmæssig brug af de samlede ressourcer. Lægeforeningen peger på, at modellen ligeledes vil kunne skabe grundlag for at styrke den samlede regionale kvalitetsudvikling, herunder på sygehusene som en del af Den Danske Kvalitetsmodel. De praktiserende lægers synlighed på sygehusene kan endvidere medvirke til at rekruttere yngre læger i specialet.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd finder, at det er afgørende for den fremtidige udvikling af det samlede akutsystem, at lægevagten integreres i det øvrige akutsystem, og at dette fordrer en fælles ledelse af akutfunktionerne i regionen. Parterne findes således, at ulempen ved model B, som foreslået af PLO, er, at regionerne, som har ansvaret for den samlede akutbetjening, ikke sikres de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer, som muliggør en sammenhængende akutstruktur med en hensigtsmæssig brug af de samlede regionale ressourcer.

Samlet set vurderer de statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd, at model B ikke ændrer væsentligt ved den nuværende akutstruktur, da modellen bygger på en videreførelse af lægevagten som en selvstændig søjle i akutsystemet.

Model B for ledelse af lægevagten.

- Der skal fremover være en større grad af koordinering af vagtlægeordningen, sygehusenes akutfunktioner (herunder skadestuer) og den præhospitale indsats.
- Vagtlægeordningen skal fortsat forankres i landsoverenskomsten mellem RLTN og PLO, som udgør det kontraktlige grundlag for vagtlægeordningen.
- Vagtlægeordningen skal kvalitetsudvikles.
- Vagtlægerne skal arbejde på grundlag af faglige retningslinjer.
- Lægevagtschefen refererer til PLO's praksisudvalg.
- Lægevagtschefen er overordnet faglig og organisatorisk ledelsesreference for de praktiserende læger, når de er på vagt i vagtfunktionen.
- Samarbejdet mellem vagtlægeordningen, sygehusvæsenets akutfunktion og det præhospitale beredskab udvides og formaliseres.
- Lægevagtschefen indgår i den samlede regionale koordinering af akutsystemet.

6.2.3. Konklusion

På den baggrund anbefaler hovedparten af udvalget (de statslige repræsentanter, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd) model A, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne, med henblik på fremadrettet at sikre et mere sammenhængende akutsystem og sammenhæng i kvaliteten i hele sundhedsvæsenet.

Lægeforeningen anbefaler model B, hvor den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i almen praksis, med henblik på at sikre rekruttering af kvalificerede læger til vagtlægeordningen, samt at skabe sammenhæng til kvalitetsudviklingen i dagtiden og i den samlede akutindsats.

Udvalget konstaterer, at den primære forskel mellem model A og model B er, at model A indebærer én fælles regional ledelse, mens model B indebærer to selvstændige ledelsessystemer – en for henholdsvis den sygehusbaserede del af akutsystemet og en for vagtlægeordningen. Det kan således konstateres, at udvalget ikke har kunnet opnå enighed om en model for den fremtidige ledelse af vagtlægeordningen.

De statslige repræsentanter af udvalget, Danske Regioner, KL og Dansk Sygeplejeråd finder, at den ledelsesmæssige forankring er en helt afgørende forskel mellem de to modeller. Parterne findes således, at ulempen ved model B er, at regionerne, som har ansvaret for den samlede akutbetjening, ikke sikres de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer til at sikre en sammenhængende akutstruktur med en hensigtsmæssig brug af de samlede regionale ressourcer og en samlet kvalitetsudvikling af hele akutsystemet.

Lægeforeningen vurderer, at gennemførelsen af model A vil medføre, at det bliver vanskeligere at rekruttere kvalificerede vagtlæger, hvorved kvaliteten af vagtlægeordningen efter Lægeforeningens opfattelse er i fare. Lægeforeningen er derudover uenig i, at den nødvendige sammenhæng i akutindsatsen i sundhedsvæsenet kun kan tilvejebringes, hvis regionerne overtager ledelsen af vagtlægeordningen. Model B, der indebærer et kontraktbaseret samarbejde om vagtlægeordningen mellem regionerne og de praktiserende læger, sikrer kvalitetsudviklingen af vagtlægeordningen samtidig med, at den samlede akutindsats samordnes.

7. Overvejelser vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet

Sundhedsstyrelsen påpeger i rapporten ”Kvaliteten i den danske lægevagtsordning”, at lægevagtsordningen i lighed med det øvrige sundhedsvæsen også bør have fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, og at kvalitetsudvikling af de akutte opgaver – både i almen praksis og i lægevagten – bør understøttes, og at ansvaret for dette formentlig mest hensigtsmæssigt kan forankres i de kvalitetsenheder, der i forvejen arbejder med kvalitet i almenpraksis.

Sundhedsstyrelsen anfører, at der bør udarbejdes nationale kliniske retningslinker for akutarbejdet i almen praksis og i lægevagten, og at der bør sikres implementering af disse, og at der hensigtsmæssigt kan sikres indførelse af ICPC kodning af henvendelserne.

Sundhedsstyrelsen anfører, at det ligeledes kan være relevant at udarbejde en form for beslutningsstøtte til brug ved kontakt med patienter med atypiske symptomer, og at kvalitetssikres og kvalitetsudvikling generelt bør understøttes af forskning på området.

Sundhedsstyrelsen finder, at regionerne og de praktiserende læger kan opstille konkrete målsætninger for kvaliteten af lægevagtsordningerne, og løbende følge op på disse.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har udarbejdet en klinisk vejledning om akutte henvendelser til almen praksis, som forventes af udkomme i løbet af efteråret 2010. Der er tale om en speciel vejledning, som har form af en håndbog, med titlen: ”Vejledning om håndtering af akutte symptomer i almen praksis. Visitation og behandling i dag- og vagttid.”

Der bliver ifølge DSAM tale om en håndbog i et mindre format, som kan støtte visitation af akut opståede symptomer efter triageprincippet (rød, gul, grøn). Håndbogen er målrettet læger i praksis og i lægevagten, men kan ifølge DSAM benyttes af andre i praksis'en.

DSAM arbejder desuden på at få etableret en elektronisk telefonvisitationsguide til praksispersonalet - også opbygget efter triageprincippet.

Der kan endvidere peges på, at let og overskuelig adgang elektronisk adgang til elektroniske journal- og medicinoplysninger kan medvirke til at understøtte kvaliteten i forbindelse med det akutte arbejde.

8. To modeller for de fremtidige lægevagtsordninger

Det er afgørende, at borgerne – uanset hvor de bor i landet – kan føle sig trygge ved, at de har adgang til kompetent sundhedsfaglig hjælp, hvis de kommer til skade eller bliver akut syge. Et velfungerende almenmedicinsk akuttilbud i vagttiden er en af forudsætningerne for tryghed og hurtig indsats. Et dækkende præhospitalt beredskab og tilgængelige lægepraksis i dagtiden er sammen med specialiserede fælles akutmodtagelser blandt de øvrige elementer i fremtidens dækkende netværk af akutte sundhedstilbud.

Regionerne er i gang med at udbygge netværket af nære akuttilbud i takt med specialiseringen i sygehusvæsenet. Ud over de lokale lægevagtskonsultationer har Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark også etableret lokale skadepoliklinikker som nære akuttilbud.

Der er en række faktorer, der afgør, hvilken type af akuttilbud der relevant i et lokalområde.

- Geografiske forhold, infrastruktur
- Demografi, befolkningstæthed
- Strukturen i det øvrige sundhedsvæsen, herunder afstand til fælles akutmodtagelser samt lægedækning i almen praksis
- Muligheder for rekruttering af sundhedspersonale

Nedenfor opstilles to modeller for den almenmedicinske vagtfunktion i fremtidens akutsystem. Når egen læge har lukket, yder vagtfunktionen behandling af lette skader og akutte tilstande, der ikke kræver specialiseret behandling. Der beskrives to modeller for lokale, almenmedicinsk forankrede akuttilbud. Modellerne ligger i hver sin ende af et kontinuum, og i byer med mindre sygehuse kan der eksempelvis etableres nære akuttilbud, der kombinerer elementer af de to yderpunkter. Modellerne skal tilpasses lokale forhold.

Modellerne tager udgangspunkt i, at de nuværende lægevagtskonsultationer skal integreres i det samlede akutberedskab. Samtidig forudsættes det, at de almenmedicinske akuttilbud kun er relevante i vagttiden, idet almen praksis i dagtiden varetager den primære behandling af lette skader og akutte tilstande, der ikke kræver specialiseret behandling.

8.1. Vagtlægefunktionen i tilknytning til fælles akutmodtagelse

I byer, hvor der ligger specialiserede sygehuse med fælles akutmodtagelse, skal det overvejes at integrere den fysiske placering af lægevagtsfunktionen med akutmodtagelsen.

Lokaler

Vagtlægeberedskabet kan placeres som et særligt almenmedicinsk spor i lokaler i tilknytning til den fælles akutmodtagelse.

Organisatorisk

Lægevagten kan enten knyttes organisatorisk til den fælles akutmodtagelse, jf. model A, eller bevare det nuværende organisatoriske tilhørsforhold til almen praksis, men med et tættere praktisk og formaliseret samarbejde med sygehusvæsenets akutmodtagelse, jf. model B. Den primære forskel mellem model A og model B er således, at model A indebærer én fælles regional ledelse, mens model B indebærer to selvstændige ledelsessystemer.

De vagthavende praktiserende læger skal sammen med andet sundhedsfagligt personale varetage diagnostik og behandling af mindre alvorlige skader og akut sygdom, som nu bliver behandlet i lægevagtskonsultationerne – og vil samtidig kunne tage imod og behandle patienter, der ellers ville blive behandlet i den fælles akutmodtagelse.

Patientflow

Patienter, der er akut – men ikke alvorligt – syge eller tilskadekomne, skal behandles i et almenmedicinsk spor i tilknytning til de fælles akutmodtagelser. Gennem triage fordeles patienterne i de rette behandlingsspor. Selvom den almenmedicinske behandling foregår i et separat spor, skal der være et tæt samarbejde mellem vagthavende praktiserende læger og det øvrige personale på den fælles akutmodtagelse. Ved ændret behandlingsbehov skal patienter nemt kunne overføres fra et spor til et andet, eller der kan inddrages andre (evt. mere specialiserede) kompetencer i behandlingsindsatsen.

Udstyr

Vagtlægerne skal kunne trække på udstyr til behandling og diagnostik i den fælles akutmodtagelse.

Bemanding

Uanset ledelsesmodel (jf. ledelsesmodel A og B ovenfor) skal det almenmedicinske spor være bemanded med praktiserende læger i hele vagttiden, da der hermed kan drages nytte af de praktiserende lægers praksisspecifikke kompetencer. De vagthavende praktiserende læger skal kunne trække på de sundhedsfaglige kompetencer i den fælles akutmodtagelse, herunder sygeplejersker, lægesekretær, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere mv. Inddragelse af andre sundhedsfaglige kompetencer kan generelt medvirke til en bedre samlet ressourceudnyttelse, herunder via en mere entydig og professionaliseret visitation til vagtlæge/akutfunktionen, fx med sygeplejerskebemanding.

Sygebesøg

Den almenmedicinske vagtfunction omfatter praktiserende læger, som uændret kan køre på sygebesøg uanset organisering, jf. beskrivelsen ovenfor.

Åbningstider

Lægevagten skal uanset organisatorisk model varetage behandlingen udenfor almen praksis' åbningstider.

8.2. Vagtlægefunktionen i tilknytning til udbygget lægeklinik/sundheds- og akuthus i områder med langt til sygehus med fælles akutmodtagelse

Almen praksis, herunder lægevagten, udgør i områder med stor afstand til sygehus i særlig grad et vigtigt element i akutindsatsen, bl.a. i forhold til visitation og behandling af mindre skader. En mulighed for etablering af flerlægepraksis, f.eks. ved samling af praktiserende læger i sundheds- og akuthuse, forventes at bidrage til at fremme rekruttering og fastholdelse af læger til sektoren¹⁰.

Et sundheds- og akuthus har til formål at varetage befolkningens behov for sundhedsydelser i de tilfælde, hvor der ikke er behov for specialiserede ydelser fra sygehuse, herunder diagnostik og behandling af lettere skader og akutte tilstande. Det kan bl.a. huse et antal praktiserende læger, vagtlægefunktion, praktiserende speciallæger, andre ydere indenfor praksissektorområdet, kommunale funktioner samt enkelte sygehusfunktioner.

Tilsvarende vil en samling af praktiserende læger, praktiserende speciallæger og vagtlæger i sundheds- og akuthuse gøre det muligt i højere grad at tilknytte andet sundhedspersonale som fx sygeplejersker, som under den lægelige "ledelse" kan varetage en række af opgaverne, herunder også de "skadestuelignende" opgaver.

Flere regioner har i dag etableret skadeklinikker, som afhængig af den valgte bemanding (typisk specialuddannede behandlersygeplejersker) og lægefaglige back-up, kan tage sig af mindre skader. Skadeklinikker vil mange steder være placeret i tilknytning til sygehuse, men kan også placeres i et sundheds- og akuthus. Bl.a. med henblik på, at praktiserende læge/vagtlæge kan fungere som lægefaglig back-up. I de tilfælde bør der ske en fysisk integration af lægevagt og skadeklinik.

¹⁰ I rapporten "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen" (november 2008) vurderes, at der er en række grunde til at tro, at udbredelse af flerlægepraksis i almen praksis kan bidrage til at fremme rekruttering og fastholdelse af læger til sektoren og dermed bidrage til at fremme kapaciteten. Det vurderes bl.a., at flerlægepraksis er et vigtigt rekrutteringsparameter for yngre læger. En rundspørge blandt de yngre læger dokumenterer, at kompagnipraksis er en særlig attraktiv praksistype, hvor hele 67 pct. af kommende speciallæger i almen medicin ønsker at nedsætte sig i kompagniskabspraksis.

Opgaver/indhold

Almen praksis, herunder lægevagten, som er placeret i et sundheds- og akuthus eller evt. i større lægehuse, skal varetage borgernes behov for sundhedsydelse, hvor der ikke er behov for specialiserede ydelser fra sygehuse, herunder diagnostik og behandling af lettere skader og akutte tilstande.

Konkret kan peges på, at almen praksis/lægevagten i yderområderne eksempelvis *skal* kunne håndtere og færdigbehandle akutte skader som næseblødning, mindre flænger og sår, mindre brandsår, fjernelse af overfladiske fremmedlegemer, primær vurdering og evt. færdigbehandling af forstuvninger og mindre komplicerede brud på brystkasse, kraveben, over- og underekstremitet.

Almen praksis/lægevagten skal desuden medvirke ved opgavevaretagelsen af en række mere alvorlige akutte skader og sygdomstilstande, fx initial behandling af større blødninger, lavt blod-sukker hos diabetes patienter, initial behandling af astma patienter med akutte vejrtrækningsbesvær, indledende behandling ved andre akutupståede tilstande, f.eks. hjertesmerter (vedrørende sammenhæng med det præhospitale akutberedskab se nedenfor).

Lokaler

Det skal tilstræbes, at de praktiserende læger i udkantsområderne samles i større enheder, fx i sundheds- og akuthuse eller i større lægehuse. Det vil for enkelte borgere betyde længere afstand til almen praksis, men dette skal holdes op imod de rekrutteringsmæssige fordele samt de faglige gevinster forbundet med etableringen af større enheder. De større enheder skal danne udgangspunkt for den akutte indsats i både dag- og vagttid.

Konkret kan de større enheder etableres ved, at myndighederne, dvs. kommune og regionen, stiller de bygningsmæssige faciliteter m.v. til rådighed. Det skal i den forbindelse bemærkes, at der i sundhedsloven er etableret hjemmel til, at kommuner og regioner kan tilvejebringe og udleje lokaler til sikring af sundhedsydelser.

Etablering af sundheds- og akuthuse bør som udgangspunkt ske i eksisterende sundhedstilbud i lokalområdet, eksempelvis i lokaler hos større lægehuse, sundhedscentre eller fx plejecentre. De fysiske faciliteter skal omfatte gode adgangs- og parkeringsforhold for patienter, adgang for bærer samt sikkerhed for personalet.

Udstyr

De eksisterende almen praksis og lægevagtskonsultationer har i varierende omfang adgang til undersøgelses- og behandlingsfaciliteter til håndtering af f.eks. akutte tiltag. En væsentlig forudsætning for, at almen praksis og lægevagten i udkantsområderne kan løse en bred vifte af opgaver, herunder de akutte opgaver, på et højt fagligt niveau, er, at der er adgang til nødvendige undersøgelses- og behandlingsfaciliteter.

Sundheds- og akuthusene og de udbyggede lægehuse bør derfor være forsynet med udstyr til blodprøvetagning, laboratorium til akutte analyser, EKG, telemedicinske muligheder for at få vurderet bl.a. EKG på et specialiseret sygehus, videokonferenceudstyr, genoplivningsudstyr, overvågningsudstyr m.v. Derudover kan der også være mere specialiseret udstyr, hvis der er behov derfor.

Bemanding

De nuværende lokale lægevagtskonsultationer skal så vidt muligt integreres med de regionale og kommunale akutinitiativer, herunder sundheds- og akuthuse, hvor disse etableres. Det betyder blandt andet, at de praktiserende læger fremover i højere grad skal tænkes ind i den sam-

lede ressourceanvendelse i de nære tilbud. Lægerne vil samtidig få mulighed for at trække på personale, faciliteter og udstyr i de lokale akuttillbud.

Sundheds- og akuthusene og de udbyggede lægehuse kan i dag – og i vagttid bemannes af en kombination af forskellige sundhedsfaglige personalegrupper, herunder praktiserende læger, sygeplejersker samt evt. lægesekretærer eller andet relevant personale. Den konkrete bemanding afhænger af befolkningsunderlaget, afstanden til specialiserede sygehuse samt rekrutteringssituationen i lokalområdet.

Kernen i bemandingen i sundheds- og akuthusene og i lægevagtskonsultationer i de udbyggede lægehuse i vagttid kan være

- praktiserende læger på vagt – evt. i udvalgte tidsrum eller som tilkaldevagt – eller
- behandler-sygeplejersker med lægelig back up (vagthavende praktiserende læger bærer udgøre den lægelige back up)
- ved behov kan der benyttes andet praksispersonale, herunder lægesekretær, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere mv.

Det vurderes, at der er et potentiale for at forbedre kapaciteten i almen praksis/lægevagt ved at inddrage sygeplejersker og andet sundhedsfagligt praksispersonale i varetagelsen af akutfunktionen. Brug af praksispersonale kan forbedre tilgængeligheden til akut behandling i almen praksis og sikre en bedre samlet ressourceudnyttelse, herunder via en generelt styrket professionalisering af visitationen fx med sygeplejerskebemanding.

Åbningstider/tilgængelighed

Sundheds- og akuthusene og lægevagtskonsultationer i tilknytning til større lægehuse m.v. skal medvirke til at sikre døgndækkende akutte tilbud i alle egne af landet, men kan have varierende åbningstider, afhængigt af de øvrige akuttillbud i området.

Sammenhæng til det præhospitale akutberedskab/112

De udbyggede lægehuse og sundheds- og akuthusene skal – både i dag- og vagttid – tænkes ind i det præhospitale akutberedskab i forbindelse med opkald til 112. Det sundhedsfaglige personale – læger, sygeplejersker og evt. andet personale – skal uddannes til at kunne iværksætte den indledende behandling i forbindelse med en række akutte – herunder livstruende – tilstande. Det kan fx være i forbindelse med skader med større blødninger, hjerteproblemer, luftvejsproblemer mv.

Lægehuset/sundheds- og akuthuset skal være forsynet med nødvendigt mobilt udstyr, herunder hjertestarter, rubensballon m.v. Det skal overvejes, om vagtcentralen skal kunne etablere direkte kontakt til lægehuset/lægevagten, som kan rykke ud med øjeblikkelig varsel og varetage behandlingen, indtil ambulancen/lægehelicopteren er fremme.