

Analyse af henvendelser i lægevagten



Forskningsopgave af
Anna Maria Salling,
Birgitte Bonne Rasmussen og
Kristian Slott Mortensen.

1 Indholdsfortegnelse

1	INDHOLDSFORTEGNELSE	1
2	INDLEDNING	2
3	METODE OG MATERIALE	3
4	RESULTATER OG ANALYSE	5
5	DISKUSSION	223
5.1	Diskussion af metode	223
5.2	Diskussion af resultater	223
6	KONKLUSION	244
7	REFERENCELISTE	255
8	BAGGRUNDSLITTERATUR	255

2 Indledning

I 1992 gennemgik den danske lægevagtsordning en reform bl.a. for at sikre lige adgang og kvalificeret lægehjælp for alle døgnet rundt. Baggrunden for reformen var et stigende arbejdspress op gennem 1980'erne hos den enkelte læge, der før reformen havde ansvaret for sine patienter døgnet rundt. Lægerne ønskede en bedre fordeling af vagtarbejdet og en lavere vagthyppighed. Endvidere var der store forskelle i tilgængelighed til læge mellem by - og landdistrikterne.(1)

Formålet med lægevagten var og er fortsat at behandle eller lindre ”pludselig (akut) opstået sygdom eller forværring af sygdom, som ikke kan vente til egen læge kan træffes”.

Siden reformen er der sket store ændringer i det danske sundhedsvæsen; visiterede skadestuer, oprettelse af Fælles Akut Modtage Enheder (FAME) og lægebemandende ambulancer. Lægevagten spiller fortsat en vigtig rolle, idet den lægebemandede visitation er en vigtig faktor i udnyttelsen af samfundets ressourcer (2). Således står almen praksis i dagtid sammen med lægevagten langt oftest for den første kontakt ind i sundhedsvæsenet. En opgave, der ikke er blevet mindre, da arbejdsmarkedets krav til arbejdstagere er stigende, og den enkelte derfor kan have svært ved at nå at konsultere egen læge i dagtid. Dette gør sig måske især gældende for børnefamilier. Vi har indtrykket af, at nogle henvendelser til lægevagten i en vis udstrækning skyldes at tidspunktet for kontakt her er mere bekvemt. Vores formodning er, at det formentlig også skyldes en holdningsændring blandt yngre patienter, som oftere konsulterer lægevagten med problemstillinger, der burde have været set af egen læge. Sammenholdt bliver vagterne mere belastede (3).

Som kommende praktiserende læger har vi ønsket at belyse, om henvendelserne i lægevagten er nødvendige, og om patienterne burde have kontaktet egen læge. Ud fra vor egen erfaring fra lægevagtsarbejdet har vi undret os over unødvendige og til tider banale henvendelser eks. receptfornyelse. Denne undren står vi ikke alene med (4). Aktuelt er der lægemangel mange steder og vanskeligheder med at få bemandet lægevagten. Endvidere har Regionerne behov for at spare, hvilket gør det yderligere interessant at belyse henvendelsesmønstret.

Initialt var tanken, at analysere data på alle henvendelser i lægevagten i Region Nord i en given periode. Det viste sig dog vanskeligere end forventet at få lov til at indhente journalnotater fra lægevagten. I midlertidigt var det muligt at benytte data fra et tidligere projekt. Disse data er fra Region Nord, men indeholder kun kontakter fra kvindelige patienter. Vi har derfor været nødsaget til at begrænse forskningsopgaven til at omhandle kontakter fra kvinder i alderen 0-111 år.

Analysen af henvendelserne skal belyse:

- 1 Hvor mange henvendelser til lægevagten er relevante, og hvor mange patienter skulle have kontaktet egen læge set ud fra et medicinsk perspektiv?
- 2 Er der forskel i relevansen af henvendelser i en given periode af døgnet?
- 3 Er der forskel i relevansen af henvendelser i forskellige aldersgrupper?
- 4 Hvor mange får ny receptpligtig medicin via lægevagten og ved hvilken type af kontakt?
- 5 Er der sammenhæng mellem afslutningsmåden og relevansen af kontakten til lægevagten?

3 Metode og Materiale.

Litteraturindsamling blev foretaget ved søgninger på Google og i Ugeskrift for Læger med søgeord: "Lægevagt, sammenligning, LV KOS 2010 og 2011" samt søgning i Pubmed på ordene: "deputising service, out of hours service, primary care, necessity, appropriateness".

Derudover har de enkelte artikler afledt videre litteratur søgning ud fra relevante referencer, såvel som relevante forfattere.

Da vores forskningsopgave omhandler lægevagtsordningen i Danmark, har vi indskrænket vores søgning til litteratur omhandlende og med umiddelbar relevans for danske forhold.

Vi gennemgik lægevagtsnotaterne for de inkluderede kontakter for at vurdere nødvendigheden af kontakten, og om patienten burde have været set af egen læge eller kunne have ventet med kontakten til egen læge åbnede. Vi udviklede et skema i Excel, som vi brugte ved kodninger under gennemgang af lægevagtsnotaterne. Dette blev udformet for at dække de områder, som vi ville undersøge.

Vores valg af opdeling i nødvendighed, alder osv. har vi ikke valideret, men samtlige parametre og deres opdeling er inspireret af og lægger sig op af tidligere lignende studier (5).

Vores parametre blev indført Excel ark. Der blev ikke foretaget dobbeltindtastning, da tidsperspektivet i forskningstræningsforløbet ikke tillod dette. Videre analyse foregik i analyseprogrammet SPSS, hvor vi lavede frekvensanalyser samt krydstabeller. Til statistisk beregning brugte vi π^2 tests. Vi valgte 5 % som signifikant niveau.

Interessepunkter:

Selve materialet var allerede indsamlet i forbindelse med et tidligere forskningsprojekt. Det blev udtrykt af sekretærerne på Lægevagten Region Nordjylland ud fra følgende afgrænsende parametre. Tidsafgrænsningen var 28.01.2011 og fra tidsrummene 00.00 til 08.00 og igen 16.00 til 23.59. Alle kontakter fra piger/kvinder blev indsamlet. Materialet omhandler kontakter fra 377 piger/kvinder i alderen 0-97år.

Ad Alder

Er inddelt i intervaller ud fra tanken om, at der måske ville være forskel i relevans og nødvendighed i de enkelte aldersklasser.

Ad Tidspunkt

Ved hjælp af inddeling i intervallerne 16-18, 18-20, 20-24 og 00-08, ønskede vi at belyse, om der var forskel i relevans på forskellige tidspunkter af døgnet, herunder om unødige kontakter eller forglemmelser angående medicinbestillinger var hyppigst lige efter egen læges lukketid.

Ad Kontaktform

Inddelt efter kontaktmåde, dvs. telefonkonsultation, konsultation og besøg.

Ad Nødvendighed

Er inddelt i flere parametre for at nuancere vurderingerne. Ved efterfølgende analyser er disse dikotomiseret i ”nødvendige” og ”unødvendige” kontakter. Under nødvendigheden defineret som alvorlige hører ”akut, livstruende”, ”alvorlig, men ikke livstruende” samt ”måske alvorlig”. Disse henvendelser er per definition relevante for lægevagten, idet der er tale om akut opstået eller pludselig forværring af symptomer. Under de ikke alvorlige hører ”ikke alvorlig” og ”patienten er ikke syg”, altså unødvendige og irrelevante henvendelser til lægevagten set ud fra et medicinsk synspunkt.

Ad Afslutningsmåde

Er inddelt i følgende punkter; indlæggelse, afsluttet til egen læge, rådgivning og uoplyst. Dette for senere, at vurderer nødvendigheden i den enkelte afslutningsmåde. Der har været notater, hvor afslutningsmåden ikke kunne vurderes pga. mangelfulde oplysninger. Afslutningsmetoden er i disse tilfælde kodet som uoplyst.

Ad Medicin

Inddelingen gør, at man kan vurdere om der udskrives receptpligtig medicin, fornyelse af vanlig medicin eller anbefales håndkøbsmedicin. Vores parametre er opstillet med faldende nødvendighed, ud fra vores vurdering af nødvendighed og relevans. Er der givet både håndkøbsmedicin og recept på medicin, er det kodet som recept på medicin. Vores antagelse er, at receptpligtig medicin udskrives til en mere alvorlig syg patient.

Ad Burde egen læge være kontaktet i stedet for vagtlægen

Denne inddeling er bl.a. foretaget ud fra relevansen sammenholdt med kontakttidspunktet. Eksempelvis vil en relevant henvendelse til Lægevagten blive kodet som ”ja, burde have kontaktet egen læge”, såfremt symptomer har persisteret gennem nogen tid (dage), eller der ikke er sket en umiddelbar forværring, alternativt at kontakten til lægevagten har fundet sted lige efter egen læges lukketid.

I analysen har vi opdelt, de der er vurderet som ”ja” eller ”formentlig” til at skulle have været til egen læge og de der er vurderet til ”nej” eller ”næppe” er vurderet til ikke at skulle være set af egen læge. Således kan der skelnes mellem hvilke patienter, der burde have kontaktet egen læge og deraf er ”unødvendige lægevagtskontakter”.

4 Resultater og Analyse.

Alle resultater fremgår af indsatte tabeller. De mest interessante data er markeret i tabellerne, og kommenteret i resultatafsnittet.

Som det fremgår af tabel 1, har der i alt været 377 kontakter. 55,4 % har fundet sted inden kl. 20.00 og i alt har 86,5 % af kontakterne fundet sted inden midnat.

Tabel 1. Fordeling af kontakterne på forskellige perioder i vagten.

Tidopd				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
16.00-18.00	108	28,6	28,6	28,6
18.00-20.00	101	26,8	26,8	55,4
Valid 20.00-00.00	117	31,0	31,0	86,5
00.00-08.00	51	13,5	13,5	100,0
Total	377	100,0	100,0	

Inddeles der efter nødvendighed, ses i tabel 2, at langt hovedparten (51,9 % og 38,3 %) af henvendelserne vurderes som ”måske alvorlig” og ”ikke alvorlig”.

Tabel 2. Inddeling af nødvendigheden i lægevagtskontakten ud fra alvorlighedsgraden

Nødvendighed				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Akut, livstruende	1	,3	,3	,3
Alvorlig, men ikke livstruende	9	2,4	2,4	2,7
Måske alvorlig	195	51,7	51,9	54,5
Valid Ikke alvorlig	144	38,2	38,3	92,8
pt. Ikke syg	16	4,2	4,3	97,1
Oplysninger for mangelfulde til en vurdering	11	2,9	2,9	100,0
Total	376	99,7	100,0	
Missing System	1	,3		
Total	377	100,0		

I resten af dette studie grupperes data således som tidligere nævnt i ”alvorlig” og dermed ”nødvendige” og de resterende parametre som ”unødvendige” og dermed ikke lægevagtsarbejde. Herved fremkommer det, at i alt 54,5 % af henvendelserne er relevante og nødvendige. Ligeså iøjnefaldende er de 4,3 % af henvendelserne, som er vurderet til at komme fra ikke syge patienter.

Fordelingen af kontaktttype viser, at 52,3 % af kontakterne er telefonkonsultationer, 42,4 % er konsultationer og kun 5,3 % er besøg (Tabel 3). I alt blev 26 patienter visiteret til enten konsultation eller besøg, men nåede enten ikke at blive set i det pågældende døgn eller udeblev. Grundet et sent visitationstidspunkt havde mindst 13 af disse patienter ikke havde mulighed for at blive set inden

midnat. 13 mødte ikke op, trods tidlig visitation. Disse 26 patienter har vi valgt at kode som telefonkonsultation.

Tabel 3. Fordeling af kontakttyper i lægevagten

Kontakttype				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Telefonkons	196	52,0	52,3
	Konsultation	159	42,2	94,7
	Besøg	20	5,3	100,0
	Total	375	99,5	100,0
Missing	System	2	,5	
Total		377	100,0	

Sammenholdes vores analyse med de faktiske tal for Region Nordjylland i 2011(6), ligger andelen af kontakter, der er hjemmebesøg i vores materiale (5,3 %), lidt lavere end de gennemsnitlige 8,8 % for regionen i 2011.

I tabel 4 ses, hvor mange patienter, der er i de enkelte aldersgrupper. Størst er patientgruppen 21-40 år (30,8 %). Herefter kommer de to ”børnegrupper”, som tilsammen forventeligt er den største gruppe (35,5 %).

Tabel 4. Alders gruppering af lægevagts kontakter

Alderopd				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	74	19,6	19,6
	6-12	60	15,9	35,5
	13-20	24	6,4	41,9
	21-40	116	30,8	72,7
	41-65	63	16,7	89,4
	66+	40	10,6	100,0
Total		377	100,0	100,0

Kun 10,6 % af alle henvendelserne er fra patienter over 66 år, altså et fåtal.

Sættes parametrene for alder og kontaktttype i en krydstabel (tabel 5) ses, at der hos de ældre patienter oftere er kontakter, der resulterer i besøg (25 %) end hos de øvrige grupper.

Tabel 5. Aldersfordeling sammenholdt med kontaktttype

Alderopd * Kontaktttype Crosstabulation					
		Kontaktttype			Total
		Telefonkons	Konsultation	Besøg	
Alderopd	Count	32	42	0	74
	0-5 % within Alderopd	43,2%	56,8%	0,0%	100,0%
	% within Kontaktttype	16,3%	26,4%	0,0%	19,7%
	Count	29	30	1	60
	6-12 % within Alderopd	48,3%	50,0%	1,7%	100,0%
	% within Kontaktttype	14,8%	18,9%	5,0%	16,0%
	Count	14	10	0	24
	13-20 % within Alderopd	58,3%	41,7%	0,0%	100,0%
	% within Kontaktttype	7,1%	6,3%	0,0%	6,4%
	Count	63	46	6	115
	21-40 % within Alderopd	54,8%	40,0%	5,2%	100,0%
	% within Kontaktttype	32,1%	28,9%	30,0%	30,7%
	Count	35	24	3	62
	41-65 % within Alderopd	56,5%	38,7%	4,8%	100,0%
	% within Kontaktttype	17,9%	15,1%	15,0%	16,5%
	Count	23	7	10	40
	66+ % within Alderopd	57,5%	17,5%	25,0%	100,0%
	% within Kontaktttype	11,7%	4,4%	50,0%	10,7%
Count	196	159	20	375	
Total % within Alderopd	52,3%	42,4%	5,3%	100,0%	
% within Kontaktttype	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Med hensyn til afslutningsmåde ses, at langt hovedparten (76,9 %) af kontakterne afsluttes med rådgivning (Tabel 6).

Tabel 6. Afslutningsmåde

Afslutningsmetode				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Indlæggelse	21	5,6	5,6	5,6
Afsluttet til e. l.	26	6,9	6,9	12,5
Valid Rådgivning	290	76,9	77,1	89,6
Kan ikke vurderes grundet mangelfulde oplysninger	39	10,3	10,4	100,0
Total	376	99,7	100,0	
Missing System	1	,3		
Total	377	100,0		

I knap 10 % af kontakterne har det ikke været muligt at vurdere afslutningsmåden. Kun henholdsvis 6,9 % blev afsluttet til opfølgning hos e.l. og 5,6 % blev indlagt. Som det fremgår af tabel 7 udskrives ny receptpligtig medicin via vagtlæge i 21,4 % af kontakterne, hvorimod 52,7 % ingen medicin får. 12,8 % er uoplyste.

Tabel 7 Inddeling af medicinordination i lægevagten

Medicin				
	Frequenc y	Perce nt	Valid Percent	Cumulative Percent
Recept på ny medicin	80	21,2	21,4	21,4
Recept på vanlig medicin	4	1,1	1,1	22,5
Valid Håndkøbsmedicin	45	11,9	12,0	34,5
Ingen medicin	197	52,3	52,7	87,2
Uoplyst	48	12,7	12,8	100,0
Total	374	99,2	100,0	
Missing System	3	,8		
Total	377	100,0		

Kun 1,1 % får fornyet recept på vanlig medicin, hvilket må siges at være meget interessant, og klart mindre end forventet.

Analyseres dette tal sammen med tidsintervallerne fremkommer det, at dette lille antal fornyelser sker inden kl. 20.00, jf. tabel 8.

Tabel 8 Medicinordination inddelt i tidsintervaller

		Tidopd * Medicin Crosstabulation					Total	
		Medicin						
		Recept på ny medicin	Recept på vanlig medicin	Håndkøbsmedici n	Ingen medicin	uoplyst		
Tidopd	Count	28	1	11	57	10	107	
	16.00-18.00	% within Tidopd	26,2%	0,9%	10,3%	53,3%	9,3%	100,0%
		% within Medicin	35,0%	25,0%	24,4%	28,9%	20,8%	28,6%
	Count	25	3	15	47	10	100	
	18.00-20.00	% within Tidopd	25,0%	3,0%	15,0%	47,0%	10,0%	100,0%
		% within Medicin	31,2%	75,0%	33,3%	23,9%	20,8%	26,7%
	Count	24	0	13	60	19	116	
	20.00-00.00	% within Tidopd	20,7%	0,0%	11,2%	51,7%	16,4%	100,0%
		% within Medicin	30,0%	0,0%	28,9%	30,5%	39,6%	31,0%
	Count	3	0	6	33	9	51	
	00.00-08.00	% within Tidopd	5,9%	0,0%	11,8%	64,7%	17,6%	100,0%
		% within Medicin	3,8%	0,0%	13,3%	16,8%	18,8%	13,6%
	Count	80	4	45	197	48	374	
	Total	% within Tidopd	21,4%	1,1%	12,0%	52,7%	12,8%	100,0%
		% within Medicin	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Det er også interessant, at stort set al ny medicin udskrives inden midnat ($100 - 3,8 = 96,2\%$, Tabel 8).

Når man krydstabulerer, hvorvidt patienter, som har fået ny medicin, skulle have været set af egen læge i stedet for lægevagten fremkommer, at godt halvdelen (48,1 % vs. 49,4 %) af disse patienter skulle være gået til egen læge (Tabel 9).

Tabel 9. Medicinordination sammenholdt med om patienten burde have kontaktet egen læge

		Medicin * elopd Crosstabulation			Total
		elopd			
		skulle til el	ikke til el	uoplyst	
	Count	38	39	2	79
Recept på ny medicin	% within Medicin	48,1%	49,4%	2,5%	100,0%
	% within elopd	21,7%	23,2%	6,9%	21,2%
	Count	4	0	0	4
Recept på vanlig medicin	% within Medicin	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within elopd	2,3%	0,0%	0,0%	1,1%
	Count	24	20	1	45
Medicin Håndkøbsmedicin	% within Medicin	53,3%	44,4%	2,2%	100,0%
	% within elopd	13,7%	11,9%	3,4%	12,1%
	Count	104	84	8	196
Ingen medicin	% within Medicin	53,1%	42,9%	4,1%	100,0%
	% within elopd	59,4%	50,0%	27,6%	52,7%
	Count	5	25	18	48
Uoplyst	% within Medicin	10,4%	52,1%	37,5%	100,0%
	% within elopd	2,9%	14,9%	62,1%	12,9%
	Count	175	168	29	372
Total	% within Medicin	47,0%	45,2%	7,8%	100,0%
	% within elopd	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ved yderligere analyse (Tabel 10) belyses, hvilken aldersgruppe, der får medicin.

Tabel 10. Medicinordination fordelt på aldersgrupper

		Alderopd						Total
		0-5	6-12	13-20	21-40	41-65	66+	
Recept på ny medicin	Count	20	15	1	21	16	7	80
	% within Medicin	25,0%	18,8%	1,2%	26,2%	20,0%	8,8%	100,0%
	% within Alderopd	27,0%	25,0%	4,2%	18,3%	26,2%	17,5%	21,4%
Recept på vanlig medicin	Count	0	0	0	2	2	0	4
	% within Medicin	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% within Alderopd	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	3,3%	0,0%	1,1%
Medicin Håndkøbsmedicin	Count	13	12	3	7	6	4	45
	% within Medicin	28,9%	26,7%	6,7%	15,6%	13,3%	8,9%	100,0%
	% within Alderopd	17,6%	20,0%	12,5%	6,1%	9,8%	10,0%	12,0%
Ingen medicin	Count	36	30	17	63	32	19	197
	% within Medicin	18,3%	15,2%	8,6%	32,0%	16,2%	9,6%	100,0%
	% within Alderopd	48,6%	50,0%	70,8%	54,8%	52,5%	47,5%	52,7%
Uoplyst	Count	5	3	3	22	5	10	48
	% within Medicin	10,4%	6,2%	6,2%	45,8%	10,4%	20,8%	100,0%
	% within Alderopd	6,8%	5,0%	12,5%	19,1%	8,2%	25,0%	12,8%
Total	Count	74	60	24	115	61	40	374
	% within Medicin	19,8%	16,0%	6,4%	30,7%	16,3%	10,7%	100,0%
	% within Alderopd	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Forventelig udskrives størstedelen af ny medicin til de to yngste grupper (25 % og 18,8 % i alt 43,8 %), men overraskende er dog, at også de voksne grupper fylder relativt meget her (hhv. 26,2 % og 20 %). Alle fornyelser på vanlig medicin findes i grupperne 21-65-år. Bemærkelsesværdigt er dog, at kun 8,8 % af de ældre (66+) får recept på ny medicin og generelt kun et fåtal der anbefales håndkøbsmedicin (8,9 %).

Kigger man på tabel 11 ses, ved hvilken kontaktttype medicinen er udskrevet.

Tabel 11. Medicinordination sammenholdt med kontaktttype

Medicin * Kontaktttype Crosstabulation					
		Kontaktttype			Total
		Telefonkons	Konsultation	Besøg	
	Count	27	50	3	80
Recept på ny medicin	% within Medicin	33,8%	62,5%	3,8%	100,0%
	% within Kontaktttype	13,9%	31,4%	15,0%	21,4%
	Count	4	0	0	4
Recept på vanlig medicin	% within Medicin	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within Kontaktttype	2,1%	0,0%	0,0%	1,1%
	Count	28	14	3	45
Medicin Håndkøbsmedicin	% within Medicin	62,2%	31,1%	6,7%	100,0%
	% within Kontaktttype	14,4%	8,8%	15,0%	12,1%
	Count	108	83	5	196
Ingen medicin	% within Medicin	55,1%	42,3%	2,6%	100,0%
	% within Kontaktttype	55,7%	52,2%	25,0%	52,5%
	Count	27	12	9	48
Uoplyst	% within Medicin	56,2%	25,0%	18,8%	100,0%
	% within Kontaktttype	13,9%	7,5%	45,0%	12,9%
	Count	194	159	20	373
Total	% within Medicin	52,0%	42,6%	5,4%	100,0%
	% within Kontaktttype	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Her ses, at der udskrives en overraskende stor del af ny medicin på recept i telefonkonsultationerne (33,8 %), svarende til, at ud af alle telefonkontakter, udskrives der recept på ny medicin i 13,9 % af tilfældene. Dette er på højde med håndkøbsmedicin på 14,4 %, som er højt. Her skal tages i betragtning, at der også udskrives håndkøbsmedicin på recept eksempelvis NSAID. Det er ikke opgjort, hvor stor en andel antibiotika udgør. 31,4 % får ny medicin ved konsultation og 15 % udskrives ved besøg.

Blandt de 48 uoplyste, som ingen medicin har fået (Tabel 11) er, de 12 i konsultations- og 9 i besøgsgruppen, bevidst kodet som uoplyst. Den behandling, de har fået, kunne have været grupperet for sig, idet de har modtaget direkte behandling fra vagtlægen. Eksempelvis limning af sår, injektion af medicin, stivkrampevaccination eller inhalationsbehandlinger. Enkelte nåede ikke at modtage behandling inden døgnet blev afsluttet.

I tabel 12 ser vi på alvorlighedsgraden opdelt i relevansen af lægevagtskontakten.

Tabel 12. Alvorlighedsgrad sammenholdt med om patienten burde have kontaktet egen læge

Nødvopd * elopd Crosstabulation					
		Elopd			Total
		skulle til el	ikke til el	uoplyst	
Nødvopd	Count	54	137	14	205
	Alvorlige % within Nødvopd	26,3%	66,8%	6,8%	100,0%
	% within elopd	30,9%	81,5%	45,2%	54,8%
	Count	121	31	17	169
Ikke alvorlige	% within Nødvopd	71,6%	18,3%	10,1%	100,0%
	% within elopd	69,1%	18,5%	54,8%	45,2%
	Count	175	168	31	374
Total	% within Nødvopd	46,8%	44,9%	8,3%	100,0%
	% within elopd	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Totalt set burde 46,8 % være gået til egen læge frem for at henvende sig i lægevagten ud fra en medicinsk betragtning. Af de, der er vurderet som alvorlige, var det 26,3 %, der skulle have kontaktet egen læge. Blandt de ikke alvorlige henvendelser burde 71,6 % have været set af egen læge.

Når vi ser på aldersfordelingen og på hvor stor en andel, der burde have været set af egen læge, bliver vores umiddelbare indtryk bekræftet om, at den yngre patientgruppe oftere konsulterer lægevagten.

Nedenfor (tabel 13) ser man, at ca. halvdelen af patienterne i grupperne 6-12 år (50 %), 21-40 år (52,6 %) og 41-65-år (53,2 %) burde have været set af egen læge.

Tabel 13. Aldersopdeling sammenholdt med om patienten burde have kontaktet egen læge

		elopd			Total
		skulle til el	ikke til el	uoplyst	
Alderopd	Count	30	38	5	73
	0-5 % within Alderopd	41,1%	52,1%	6,8%	100,0%
	% within elopd	17,1%	22,6%	16,1%	19,5%
	Count	30	25	5	60
	6-12 % within Alderopd	50,0%	41,7%	8,3%	100,0%
	% within elopd	17,1%	14,9%	16,1%	16,0%
	Count	17	5	2	24
	13-20 % within Alderopd	70,8%	20,8%	8,3%	100,0%
	% within elopd	9,7%	3,0%	6,5%	6,4%
	Count	61	45	10	116
	21-40 % within Alderopd	52,6%	38,8%	8,6%	100,0%
	% within elopd	34,9%	26,8%	32,3%	31,0%
	Count	33	25	4	62
	41-65 % within Alderopd	53,2%	40,3%	6,5%	100,0%
	% within elopd	18,9%	14,9%	12,9%	16,6%
	Count	4	30	5	39
66+ % within Alderopd	10,3%	76,9%	12,8%	100,0%	
% within elopd	2,3%	17,9%	16,1%	10,4%	
Count	175	168	31	374	
Total % within Alderopd	46,8%	44,9%	8,3%	100,0%	
% within elopd	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

41,1 % af gruppen 0-5 år burde have været set af egen læge. Gruppen på 13-20 år topper med 70,8 %, der burde have været set af egen læge. Dog dækker denne gruppe kun 9,7 % af henvendelserne. 10,3 % af de 66+ år blev vurderet til at skulle have været set af egen læge. Deraf konkluderes, at den ældre generation som oftest kun bruger lægevagten, når der er behov for det.

Ud fra tabel 14 ses, at mange af de henvendelser, som sker umiddelbart efter egen læges lukketid, burde have været set af egen læge.

Tabel 14. Tids opdeling sammenholdt med om patienten burde have kontaktet egen læge.

Tidopd * elopd Crosstabulation					
		elopd			Total
		skulle til el	ikke til el	uoplyst	
Tidopd	Count	63	38	6	107
	16.00-18.00 % within Tidopd	58,9%	35,5%	5,6%	100,0%
	% within elopd	36,0%	22,6%	19,4%	28,6%
	Count	50	42	8	100
	18.00-20.00 % within Tidopd	50,0%	42,0%	8,0%	100,0%
	% within elopd	28,6%	25,0%	25,8%	26,7%
	Count	38	65	13	116
	20.00-00.00 % within Tidopd	32,8%	56,0%	11,2%	100,0%
	% within elopd	21,7%	38,7%	41,9%	31,0%
	Count	24	23	4	51
	00.00-08.00 % within Tidopd	47,1%	45,1%	7,8%	100,0%
	% within elopd	13,7%	13,7%	12,9%	13,6%
Total	Count	175	168	31	374
	% within Tidopd	46,8%	44,9%	8,3%	100,0%
	% within elopd	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Grunden er bl.a., at vi i høj grad har taget tidspunktet i betragtning i vores vurdering af om egen læge burde være konsulteret i stedet for lægevagten. I tidsrummet 16.00-18.00 var der 58,9 %, der burde have været set af egen læge. Denne andel falder til 50 % i tidsrummet 18-20, og den falder yderligere til 32,8 % i tidsrummet 20.00-24.00. Dette skyldes formentligt, at egen læge efterhånden har haft lukket nogen tid. Dette har givet rum for symptomudvikling, hvilket giver procentvis flere nødvendige henvendelser. I tidsrummet 24-00-08.00 stiger andelen af de, der burde have kontaktet egen læge, til 47,1 %. Denne stigning skyldes muligvis at kontakter fra et par timer før egen læge åbner oftest er unødige.

I tabel 15, hvor kontakttypen er koblet til hvorvidt patienten skulle have været ved egen læge, ser vi ikke overraskende at de, der fik en telefonkonsultation, burde 56,9 % have kontaktet egen læge.

Tabel 15. Kontaktttype sammenholdt med om patienten burde have kontaktet egen læge

elopt * Kontaktttype Crosstabulation					
		Kontaktttype			Total
		Telefonkons	Konsultation	Besøg	
	Count	99	74	1	174
skulle til el	% within elopt	56,9%	42,5%	0,6%	100,0%
	% within Kontaktttype	50,8%	46,8%	5,0%	46,6%
	Count	68	81	19	168
elopt ikke til el	% within elopt	40,5%	48,2%	11,3%	100,0%
	% within Kontaktttype	34,9%	51,3%	95,0%	45,0%
	Count	28	3	0	31
uoplyst	% within elopt	90,3%	9,7%	0,0%	100,0%
	% within Kontaktttype	14,4%	1,9%	0,0%	8,3%
	Count	195	158	20	373
Total	% within elopt	52,3%	42,4%	5,4%	100,0%
	% within Kontaktttype	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ved konsultationerne falder dette tal til 42,5 %. I de henvendelser, der visiteres til besøg, er det under 1 %, som burde have været set af egen læge.

Ud fra vores formodning om, at mange benytter lægevagten frem for egen læge på grund af bekvemmelighed, har vi sammenlignet alvorlighedsgraden af henvendelser med tidspunkt for kontakten i tabel 16.

Tabel 16. Alvorlighedsgraden fordelt på tidsintervaller

Tidopd * Nødvopd Crosstabulation				
		Nødvopd		Total
		Alvorlige	Ikke alvorlige	
Tidopd	Count	62	46	108
	16.00-18.00 % within Tidopd	57,4%	42,6%	100,0%
	% within Nødvopd	30,2%	26,9%	28,7%
	Count	51	49	100
	18.00-20.00 % within Tidopd	51,0%	49,0%	100,0%
	% within Nødvopd	24,9%	28,7%	26,6%
	Count	64	53	117
	20.00-00.00 % within Tidopd	54,7%	45,3%	100,0%
	% within Nødvopd	31,2%	31,0%	31,1%
	Count	28	23	51
	00.00-08.00 % within Tidopd	54,9%	45,1%	100,0%
	% within Nødvopd	13,7%	13,5%	13,6%
Total	Count	205	171	376
% within Tidopd	54,5%	45,5%	100,0%	
% within Nødvopd	100,0%	100,0%	100,0%	

Overraskende er der ikke væsentlig forskel på alvorlighedsgraden indenfor tidsintervallerne i løbet af vagten, svingende fra 51-57, 4 % alvorlige. 45,5 % er et højt antal ikke alvorlige henvendelser i lægevagten, især når ”måske alvorlige” kategoriseres i gruppen ”alvorlige”. Således vil selv symptomer som måske ikke er alvorlige blive relevante for vagten, selvom disse langt fra altid er det, når de først er vurderet af læge.

Nedenfor ses om der er forskel i alvorlighedsgraden fordelt på kontaktttype i lægevagten.

Tabel 17. Alvorlighedsgraden fordelt på kontaktttype i lægevagten

			Kontaktttype			Total
			Telefonkons	Konsultation	Besøg	
Nødvendighed	Akut, livstruende	Count	1	0	0	1
		% within Nødvendighed	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Alvorlig, men ikke livstruende	% within Kontaktttype	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%
		Count	3	2	4	9
		% within Nødvendighed	33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
		% within Kontaktttype	1,5%	1,3%	20,0%	2,4%
	Måske alvorlig	Count	68	114	13	195
		% within Nødvendighed	34,9%	58,5%	6,7%	100,0%
		% within Kontaktttype	34,7%	71,7%	65,0%	52,0%
		Count	100	41	2	143
	Ikke alvorlig	% within Nødvendighed	69,9%	28,7%	1,4%	100,0%
		% within Kontaktttype	51,0%	25,8%	10,0%	38,1%
	pt. Ikke syg	Count	13	2	1	16
		% within Nødvendighed	81,2%	12,5%	6,2%	100,0%
		% within Kontaktttype	6,6%	1,3%	5,0%	4,3%
		Count	11	0	0	11
	Oplysninger for mangelfulde til en vurdering	% within Nødvendighed	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within Kontaktttype	5,6%	0,0%	0,0%	2,9%
Total	Count	196	159	20	375	
	% within Nødvendighed	52,3%	42,4%	5,3%	100,0%	
	% within Kontaktttype	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

På forhånd antog vi, at patienter, der modtog besøg, var mere syge end de, der kunne afsluttes i telefonen. Ser man på gruppen ”akut, livstruende”, er der kun en enkelt henvendelse i løbet af den vagt, vi har undersøgt. Her var der tale om telefonkonsultation, hvor patienten blev indlagt direkte.

Antallet af ”alvorlige, men ikke livstruende henvendelser” er procentvis størst ved besøgene, svarende til 20,0 % af udførte besøg, mens det er hhv. 1,5 % og 1,3 % af telefonkonsultationerne og konsultationerne. Samlet set er der et lavt antal af besøg sammenlignet med antal af telefonkonsultationer og konsultationer. Dette indikerer, at de få besøg der udføres, ofte er til de mere syge patienter.

Lidt overraskende er der faktisk flere ”alvorlige”, men ikke livstruende” kontakter, der afsluttes med en telefonkonsultation end kontakter, der ender med en konsultation. Ud fra gennemgangen af notaterne kunne vi se, at man på mistanken vælger at indlægge patienten direkte via telefonkontakten.

Derimod er der flere ”måske alvorlig” henvendelser i konsultation (71,7 %) og en ret stor del af besøg nemlig 65,0 %. Ser man på de ”ikke alvorlige” og ”pt. ikke syg” henvendelser, afsluttes de fleste over telefonen.

Fordelingen af alvorlighed for de valgte aldersgrupper (tabel 18) er interessant.

Tabel 18. Alvorlighedsgrad fordelt på aldersgrupperne

Alderopd * Nødvopd Crosstabulation				
		Nødvopd		Total
		Alvorlige	Ikke alvorlige	
	Count	51	23	74
0-5	% within Alderopd	68,9%	31,1%	100,0%
	% within Nødvopd	24,9%	13,5%	19,7%
	Count	33	27	60
6-12	% within Alderopd	55,0%	45,0%	100,0%
	% within Nødvopd	16,1%	15,8%	16,0%
	Count	8	16	24
13-20	% within Alderopd	33,3%	66,7%	100,0%
	% within Nødvopd	3,9%	9,4%	6,4%
Alderopd	Count	57	59	116
21-40	% within Alderopd	49,1%	50,9%	100,0%
	% within Nødvopd	27,8%	34,5%	30,9%
	Count	28	34	62
41-65	% within Alderopd	45,2%	54,8%	100,0%
	% within Nødvopd	13,7%	19,9%	16,5%
	Count	28	12	40
66+	% within Alderopd	70,0%	30,0%	100,0%
	% within Nødvopd	13,7%	7,0%	10,6%
	Count	205	171	376
Total	% within Alderopd	54,5%	45,5%	100,0%
	% within Nødvopd	100,0%	100,0%	100,0%

Som nævnt i indledningen forventede vi større alvorlighed blandt især de ældre patienter, hvilket vores data også peger på. 70 % af deres henvendelser er alvorlige. Desuden ses, at de yngste børn har en høj procentdel (68,9 %) af alvorlige henvendelser. Blandt gruppen 13-20 år er der flest ikke alvorlige henvendelser (66,7 %), men der er tale om få henvendelser (6,4 %) af det samlede antal henvendelser. Der er også få henvendelser fra de ældste svarende til 10,6 %. 30,9 % af henvendelserne findes i gruppen 21-40 år, og her er ca. halvdelen ikke alvorlige/ alvorlige.

I tabellen nedenfor drages sammenligninger mellem aldersopdeling og afslutningsmetode.

Tabel 19. Aldersinddeling og afslutningsmetode

Alderopd * Afslutningsmetode Crosstabulation						
		Afslutningsmetode				Total
		Indlæggelse	Afsluttet til e. l.	Rådgivning	Kan ikke vurderes grundet mangelfulde	
Alderopd	Count	3	1	64	6	74
	0-5 % within Alderopd	4,1%	1,4%	86,5%	8,1%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	14,3%	3,8%	22,1%	15,4%	19,7%
	Count	0	3	53	4	60
	6-12 % within Alderopd	0,0%	5,0%	88,3%	6,7%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	0,0%	11,5%	18,3%	10,3%	16,0%
	Count	2	2	16	4	24
	13-20 % within Alderopd	8,3%	8,3%	66,7%	16,7%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	9,5%	7,7%	5,5%	10,3%	6,4%
	Count	8	9	85	14	116
	21-40 % within Alderopd	6,9%	7,8%	73,3%	12,1%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	38,1%	34,6%	29,3%	35,9%	30,9%
	Count	3	8	46	5	62
	41-65 % within Alderopd	4,8%	12,9%	74,2%	8,1%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	14,3%	30,8%	15,9%	12,8%	16,5%
	Count	5	3	26	6	40
	66+ % within Alderopd	12,5%	7,5%	65,0%	15,0%	100,0%
	% within Afslutningsmetode	23,8%	11,5%	9,0%	15,4%	10,6%
Count	21	26	290	39	376	
Total % within Alderopd	5,6%	6,9%	77,1%	10,4%	100,0%	
% within Afslutningsmetode	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Det ses, at en procentvis større andel af de ældre (66+) bliver indlagt (12,5 %). Dette er foreneligt med tabel 18, hvor de 66+ var mere alvorligt syge. 65,0 % af de ældre afsluttes med rådgivning. 86,5 % af de helt små børn afsluttet med rådgivning. Kun 4,1 % af henvendelserne fører til indlæggelse indenfor denne aldersgruppe. Dette er i kontrast med tabel 18, hvor de små blev vurderet som alvorlige. Åbenbart kan børnene oftest efter vurdering i lægevagten afsluttes med rådgivning.

Gruppen på 6-12 år er den gruppe, hvor flest afsluttes med rådgivning (88,3 %). Ingen i denne gruppe bliver indlagt i det undersøgte døgn, hvilket skønnes at være tilfældigt.

Blandt indlæggelser udgør de 21-40 år den største andel (38,1 %), men det skal bl.a. ses ud fra, at der er langt flere henvendelser fra denne aldersgruppe. For denne gruppe indlægges 6,9 %, mens 73,3 % afsluttes med rådgivning. Det samlede antal indlæggelse i løbet af vagten var 21 patienter, og heraf skyldtes 5 indlæggelser graviditetsrelaterede komplikationer svarende til næsten 25 % af

alle indlæggelserne. Alle de graviditets relaterede indlæggelser var fra gruppen 21-40 år. Det giver god mening, da vi i undersøgelsen kun har vurderet henvendelser fra kvindelige patienter, og denne gruppe inkluderer flest af de fertile kvinder.

For alle aldersgrupper gælder det, at forholdsvis få afsluttes til egen læge, hvilket for os var uventet. Baggrunden kan være, at man i lægevagten opfordrer patienten til at kontakte egen læge, hvis symptomerne fortsætter, men ikke får det journal ført.

5 Diskussion

5.1 Diskussion af metode

Metoden vi har brugt har flere perspektiver, der kan diskuteres. Vi har bl.a. ikke selv haft direkte kontakt med patienten. Vores vurderinger er retrospektive og enkelte gange på meget sparsomme journaloplysninger. Dette er gjort velvidende, at den ofte defensive tendens ved telefonkonsultationen skyldes manglende kendskab til den enkelte patient.

Derudover kan kodningen ud fra oplysningerne lide under manglende personlig kontakt, og muligvis deraf blive mangelfulde eller fejlagtige. Endelig er der efter endt analyse foretaget en gruppering af parametrene, hvilket måske kan skjule nogle oplysninger, der kunne dreje resultaterne i en anden retning. Dette er dog forsøgt undgået ved netop at foretage en nuanceret inddeling primært og ikke rubricere fra starten.

Vores analysemateriale er indsamlet på en fredag. Dette ændrer noget på vores kriterier for relevans og nødvendighed. Selv mindre alvorlige symptomer vil blive vurderet som relevant, idet der er lang tid til egen læge åbner efter weekenden.

Når vi ser på medicinordination, har vores analyse en begrænsning, idet vi blot har kodet for én parameter. Er der f.eks. givet både håndkøbsmedicin og recept på medicin, er det kodet som recept på medicin. Det er ud fra den betragtning, at receptpligtig medicin ordineres til en mere syg person, og derfor har vejret tungere.

5.2 Diskussion af resultater

Vi finder at 55,4 % (tabel 1) af alle kontakterne finder sted inden kl. 20. Samme resultat som et andet nyt studie (5). Vi fandt som beskrevet, at lige over halvdelen (54,5 %, tabel 2) af alle henvendelserne i vagt tiden er relevante og nødvendige. Tilbage er dog de 38,3 % (tabel 2), som muligvis ikke burde have kontaktet lægevagten. Vi har registreret hele 4,3 %, der slet ikke er syge. Vi må konkludere, at trods den relative store relevante kontaktandel, er der mange, der ikke burde bruge lægevagten ud fra et lægefagligt synspunkt. Dette specielt sammenholdt med at 58,9 % (Tabel 14) af de patienter, der burde have kontaktet egen læge, kontakter lægevagten i tidsrummet 16-18. Derudover har vi vist, at hele 46,8 % (tabel 12) af kontakterne burde være gået til egen læge med deres symptomer. Selv blandt de patienter, som vi initialt vurderede til havende alvorlige symptomer, fandt vi, at 26,3 % ligeledes skulle have kontaktet egen læge.

Kigger man på kontaktmåde, er vores tal sammenlignelige med et andet studie (5) på området, idet vi fandt at 52,3 % var telefoner, 42,4 % konsultationer og 5,3 % besøg (tabel 3). Vi ligger måske en smule over gennemsnittet fra nævnte studie på (50,1 %) mht. telefonkontakter. Dette kan skyldes vores kodning. Vi har som beskrevet kodet de, der var visiteret til konsultation eller besøg, men hvor disse ikke er udført pga. tidsafgrænsningen i studiet (26 patienter), som telefonkontakt. Dette kan tilskrives almindelig dag til dag variation, idet det antages at telefoner visiteret til konsultation eller besøg fra dagen inden, stort set er sammenlignelig med det antal der ikke nås, trods visitation i aktuelle døgn.

Samtidigt finder vi, at 56,9 % (tabel 15) af telefonkontakterne skulle være foretaget til egen læge.

Af patientgrupperingen fandt vi ikke overraskende, at en stor del af kontakterne til lægevagten kommer fra børn. Den yngste aldersgruppe synes måske at bruge lægevagten "for" meget eller

forkert. 68,9 % (tabel 18) af børnene 0-5 år har potentielt alvorlige henvendelser. Dette skyldes i sagens natur, at de har en hyppigere infektionstendens, og alt andet lige, er det sværere at tolke deres symptomer. Derfor synes det acceptabelt, at forældre ofte, ved symptomforværring, kontakter lægevagten. Dog ses det at 41,1 % burde have kontaktet egen læge (tabel 13).

Meget overraskende var den høje andel af kontakter fra gruppen 21-40 år, på 30,9 %. Det kan muligvis forklares ved, at der kun er data fra kvindelige patienter. I denne aldersgruppe af fertile kvinder er flere kontakter og indlæggelser relateret til bl.a. graviditetskomplikationer.

Yderst interessant er det, at der er få kontakter (10,6 %) fra de ældre patienter (66+). Af disse er 70 % vurderet som alvorlige. Blot 10,3 % (tabel 13) er vurderet til at skulle være set af egen læge. Er det simpel opdragelse som en konsekvens af, at være opvokset i en anden tid, hvor man ikke i så let grad havde adgang til læge uden for almindelig arbejdstid? Dette måske kombineret med, at man i højere grad var opdraget til at tage et ansvar for sig selv og sin familie i den ældre generation. Omvendt kan man fundere over, hvorfor de 21-40 år er hyppigere unødvendige brugere af lægevagtsordningen. 52,6 % (tabel 13) burde have kontaktet egen læge, og kun ca. 50 % (tabel 18) er alvorlige og dermed nødvendige. Er det en tids presset hverdag? Uselvstændighed i højere grad? Komfortabiliteten i lægevagtsordningen?

Hvad angår vores formodning om, at henvendelsernes alvorlighedsgrad ville afspejles ved tidspunktet på døgnet, har vi ikke kunnet eftervise. Især havde vi forventet, at henvendelser om natten var mere alvorlige. Vi fandt ved vores gennemgang, at flere ringede, når de stod op, i stedet for at vente indtil egen læges åbningstid. Dette kan have sænket den procentvise fordeling af alvorlige henvendelser, når disse oftest ikke akutte/alvorlige henvendelser ikke venter til egen læge åbner kort tid efter.

Der er mange henvendelser lige efter egen læge har lukket. Man kan blot gisne om, hvorvidt der er tale om forglemmelser og udskydelser af symptomer indtil vagttid eller, om der er en reel holdning blandt den yngre befolkningsgruppe om at bruge lægevagten til servicering af deres behov, selvom det ikke er et relevant behov ud fra en medicinsk vurdering.

Afslutningsmåden for de ældre patienter skiller sig ud. Her bliver 12,5 % indlagt, og dette er den højeste procentandel af alle grupperne (tabel 19). Resultaterne peger desuden mod, at såfremt, der er visiteret til besøg, er det fordi, der oftere er tale om alvorligt syge (20 % +65 %, tabel 17). 95 % (tabel 15) af besøgene er vurderet som ”skulle ikke have henvendt sig til egen læge”. 50 % af alle besøg udføres til de ældre patienter, selvom der er få henvendelser fra denne aldersgruppe. Det skyldes formentlig en kombination af, at de er mere alvorligt syge og mindre mobile samt har ringere køremulighed og derfor vanskeligere ved at komme til konsultation.

Medicinordinationer i vagten var på forhånd noget, vi troede, lægevagten blev brugt til. Naturligvis er det ikke fagligt tilfredsstillende, at 13,9 % får ny receptpligtig medicin i telefonen. Så mange diagnoser kan vel næppe stilles på anamnesen alene. Det er overraskende og glædeligt, at kun 1,1 % (tabel 7) af ordinationerne er fornyelse af vanlig medicin.

Desværre burde 48,1 % af ny medicin på recept have været udskrevet af egen læge (tabel 9). Specielt den voksne gruppe står for en meget høj andel (26,2 % og 20 %, tabel 10).

6 Konklusion

Lægevagten spiller en vigtig rolle for at imødekomme patienternes ønske og behov for kontakt til sundhedsvæsnet udenfor normal arbejdstid.

Vi finder at antallet af relevante henvendelser totalt set til lægevagten er 54,5 %. 46 % burde have kontaktet egen læge med deres problemstilling ud fra et medicinsk synspunkt.

Der findes ingen forskel i relevans af kontakten på forskellige tidsperioder i døgnet.

De ældre på 66+ har færrest kontakter til lægevagten (10,6 %). 70 % af dem er vurderet som relevante. Samme tendens ses hos de 0-5 år (68,9 %), men her bør en meget større andel (41,1 %) have kontaktet egen læge. Dette er i stor kontrast til de øvrige aldersgrupper, hvor der er flere henvendelser med mindre relevans.

Ny receptpligtig medicin udskrives i 13,9 % tilfælde over telefonen. 31,4 % ved konsultation og 15 % udskrives ved besøg. Overraskende flot var der kun 1,1 % der fik fornyet recept via vagtlægen. Besøgskonsultationer er oftere til ældre og mere alvorligt syge patienter.

7 Referenceliste

1

Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined, *BMJ* 1994; 309: 1624-6

2

Luhr B, Munck A. Out of hours service in Denmark, *British Journal of General Practice*, 1998, 48, 1497-1499.

3

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

4

Kardel T, Lægevagten som gratis reservekapacitet for folks glemsomhed, lægers utilgængelighed og ved fejl i elektronisk sending af recepter. *Ugeskr. Læger* 2007;169(18):1702

5

Moth G, Flarup L, Christensen MB, Olesen F, Vedsted P. Kontakt- og sygdomsmønsteret i lægevagten, LV-KOS 2011. *Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis*. 2012

6

Danmarks Statistik genfindes på

<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselec> eller via www.statistikbanken.dk

8 Baggrundlitteratur

Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Andersen DH, Sørensen J. En undersøgelse af karakteren af henvendelserne til lægevagten i Københavns Amt, henvendelsesanalyse II. Københavns Amt, 2001.

Christensen MB, Kristensen KA, Skaft-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B et al. Nødvendigheds undersøgelse 2 i lægevagten i Storstrøms Amt gennemført i perioden 28.10.99 - 30.11.98. Sygesikringen i Storstrøms Amt, 2000.

Christensen MB, Skaft-Holm P, Nielsen EK, Greibe J, Moos A, Andersen DH, Sørensen J. En undersøgelse af karakteren af henvendelserne til lægevagten i Københavns Amt, Henvendelsesanalyse I, i perioden 28.10.99-25.11.99. Københavns Amt, 2000