

Eskild Klausen Fredslund

Enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden

Teknisk og økonomisk analyse

*Enstrengt og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden –
Teknisk og økonomisk analyse* kan hentes fra hjemmesiden
www.kora.dk

© KORA og forfatteren

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-773-9
Projekt: 10779
Januar 2015

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Som led i etableringen af et enstrengt og visiteret akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1.1.2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og akutklinikker via Akuttelefonen 1813.

På opdrag fra Region Hovedstaden belyser denne rapport de tekniske og økonomiske aspekter af ændringen. Rapporten udgør tredje delrapport i en samlet evaluering af EVA, som forestås af KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, i samarbejde med Region Hovedstaden.

Evalueringen af EVA følger et MTV-design (Medicinsk Teknologi Vurdering) med separate analyser af brugertilfredshed, organisation, teknologi og økonomi efterfulgt af en samlet konklusion (syntese):

- *Patientanalysen* undersøger borgeres og patienters tilfredshed med det enstrengede og visiterede akutsystem.
- *Organisationsanalysen* beskriver, hvordan det enstrengede og visiterede akutsystem fungerer i praksis og udreder behovet for driftsoptimering.
- *Teknologianalysen* belyser effekten af det enstrengede og visiterede akutsystem på henvisningsmønstre samt forbrug af sundhedsydelser.
- *Økonomianalysen* opgør udgifterne til drift af det enstrengede og visiterede akutsystem og vurderer sundhedsøkonomiske konsekvenser af ordningen.

KORA er ansvarlig for teknologi-, økonomi- og organisationsanalysen samt syntesen. Region Hovedstaden er ansvarlig for patienttilfredshedsanalysen og gennemgang af utilsigtede hændelser og journalgennemgang i forbindelse med teknologianalysen.

I denne rapport præsenteres resultater fra den tekniske og økonomiske analyse.

Før publicering er rapporten blevet kvalitetssikret af to eksterne reviewere. KORA ønsker at takke reviewerne for deres tid og værdifulde kommentarer til rapporten.

Eskild Klausen Fredslund

Januar 2015

Indhold

Resumé	5
1 Indledning	7
2.1 Data	8
2.2 Metode	9
2.3 Databehandling.....	10
3 Resultater og analyse	11
3.1 Henvisningsmønstre i Akuttelefonen 1813 og den afledte aktivitet fra lægevagten og Akuttelefonen	11
3.1.1 Opkaldshåndtering ved Akuttelefonen 1813.....	11
3.1.2 Henvisningsmønstre fra Akuttelefonen 1813.....	12
3.1.3 Afledt aktivitet efter samtale med Akuttelefonen 1813.....	13
3.1.4 Afledt aktivitet efter samtale med lægevagten	21
3.2 Ventetider ved opkald til Akuttelefonen 1813, akutmodtagelser og -klinikker i 2014 og ventetid ved opkald til lægevagten i 2013.....	22
3.2.2 Ventetid til undersøgelse i akutmodtagelser og -klinikker i 2014	27
3.2.3 Ventetid i lægevagten i 2013	29
3.3 Økonomi	30
3.3.1 Driften af Akuttelefonen 1813.....	30
3.3.2 Driften af lægevagten	31
3.3.3 Afledt produktionsværdi af behandling efter kontakt ved Akuttelefonen 1813 og ved lægevagten.....	32
4 Diskussion	33
5 Konklusion	36
Litteratur	37
Bilag 1 Bilagstabeller	38

Resumé

Indledning

Som led i etableringen af EVA den 1. januar 2014 i Region Hovedstaden blev lægevagtsfunktionen, som indtil da var drevet af PLO-Hovedstaden, hjemtaget, og en visiteret adgang til akutmodtagelser og akutklinikker blev indført via Akuttelefonen 1813. Denne analyse ser på de tekniske og økonomiske konsekvenser af indførslen af EVA.

Metode

Data til analyserne i denne rapport er leveret af Region Hovedstaden og bygger på opkaldsdata og hændelsesdata fra Akuttelefonen 1813, praksisdata og hospitalsdata i perioden 1. april til 30. september 2014 og på data til sammenligning for lægevagten, praksisdata og hospitalsdata i perioden 1. april til 30. september 2013.

Alle samtaler og opkald til Akuttelefonen er blevet analyseret; afslutningsmåden opgjort og det videre forløb i sygehusvæsenet identificeret. Den mediane ventetid til henholdsvis Akuttelefonen og akutmodtagelser og -klinikker er opgjort.

Hvor det er meningsfuldt, sammenlignes med lægevagten i 2013.

Resultater

Analyserne viser, at ca. 80 % af alle opkald til Akuttelefonen 1813 afsluttes af en sundhedsfaglig visitator, og at ca. 20 % af opkaldene viderestilles til en læge.

Cirka en tredjedel af borgere med kontakt til Akuttelefonen bliver henvist til behandlersporet på akutmodtagelser eller -klinikker (32,9 %); ca. en femtedel bliver afsluttet til egenomsorg (23,1 %), mens knap hver tiende afsluttes til vurderingssporet (9,3 %). De resterende opkald afsluttes til egen læge (15,3 %) med en recept (5,4 %) eller andet.

Når borgere med kontakt til Akuttelefonen 1813 følges videre i sundhedsvæsenet, ses generelt, at forløbene er i overensstemmelse med henvisningen.

Borgere, der har haft kontakt til Akuttelefonen, følges i det øvrige sundhedsvæsen for at identificere efterfølgende behandling inden for det følgende døgn. Her ses det, at størstedelen af de borgere, der har haft kontakt til Akuttelefonen 1813, er endt, som de er blevet afsluttet af 1813. Af de borgere, der er afsluttet til behandlersporet på en akutmodtagelse eller -klinik, har ca. 84 % af de voksne og ca. 72 % af børnene deres første kontakt her. Dette gælder for ca. 69 % af voksne og 63 % af børn henvist til vurderingssporet. Børn afsluttet til vurderingssporet kan ved ca. 30 % af afslutningerne efterfølgende identificeres med en førstekontakt ved anden ambulante behandling. Her dækker anden ambulante behandling alle ambulante behandlinger og kan også dække over elektiv behandling, der ikke er relateret til opkaldet i Akuttelefonen.

Når vi ser på, hvor borgerne har haft deres sidste kontakt, så har 71 % af voksne og ca. 63 % af børn henvist til behandlersporet haft deres sidste kontakt i akutmodtagelse eller -klinik. For henviste til vurderingssporet har ca. 38 % af voksne og ca. 46 % af børn haft deres sidste kontakt i akutmodtagelsen, mens ca. 32 % af voksne og ca. 22 % af børn har deres sidste kontakt i form af en indlæggelse.

Af borgere, der er henvist til egenomsorg, ses under 25 % af voksne og 20 % af børn i sundhedsvæsenet. Hvis der er registreret et forbrug af sundhedsydelser, findes disse hovedsageligt i almen praksis.

Borgere, der er afsluttet til egen læge, kan genfindes med en førstekontakt hos praktiserende læge i ca. 24 % af tilfældene for voksne og ca. 24 % af tilfældene for børn.

I perioden fra 1. april til 1. august 2014 er der set et betydeligt fald i andelen af specielt børn, som indlægges efter kontakt til Akuttefonen 1813. Det har været et mål ikke at indlægge børn, som ikke har et sundhedsfagligt behov.

Når vi ser på ventetider til at komme igennem til Akuttefonen 1813, er 90 % af opkaldene til en sundhedsfaglig visitator besvaret inden for ca. 15,7 minutter (90 % percentilen), og 90 % af opkaldene er besvaret af en læge inden for 18,5 minutter (90 % percentilen). Vi har i perioden fra 1. april til 30. september 2014 ikke kunnet observere et fald i ventetiden, når vi ser på opkald besvaret af sundhedsfaglig visitator. Vi har derimod kunnet se et fald i ventetiden for opkald besvaret af en læge.

Alle besøg på akutmodtagelser og -klinikker bør efter indførelsen af det nye akutsystem gå igennem Akuttefonen 1813. Når vi ser på ventetider i akutmodtagelser og -klinikker, har borgere, der har været i kontakt med Akuttefonen først, haft betydeligt kortere ventetid end selvhenvendere. Dette gælder for behandlersporet, hvor borgeren er triageret. 75 % af patienterne i behandlersporet er blevet behandlet inden for henholdsvis 58 minutter for borgere visiteret igennem Akuttefonen 1813 og 73 minutter for selvhenvendere.

På baggrund af de korrigerede budgettal ser udgifterne til driften af EVA i Region Hovedstaden ud til at ligge på et sammenligneligt niveau med driften af lægevagten i 2013. Der har været betydelige udfordringer med ventetiden og bemanningen, hvorfor budgettet er blevet udvidet med henholdsvis 5 mio. kr. til styrkelse af Akuttefonen og 6 mio. kr. til højere personaleudgifter grundet rekrutteringsudfordringer. Samlet set er EVA budgetteret til at koste 160,2 mio. kr. i 2014, hvilket er på niveau med udgifterne til lægevagten i 2013.

Når den afledte produktionsværdi af behandling efter kontakt til henholdsvis Akuttefonen og vagtlægen sammenlignes, ses det, at produktionsværdien ved behandling i akutmodtagelser og -klinikker efter kontakt ved Akuttefonen er signifikant højere for børn og voksne, men at værdierne ved den videre ambulante behandling er signifikant lavere for voksne. Udgifter til behandling i lægevagten er bortfaldet i 2014. Produktionsværdien ved stationær behandling og udgiften til almen praksis er ikke signifikant forskellige.

Konklusion

Analysen viser, at patienterne betjenes og henvises i overensstemmelse med intentionerne, og at størstedelen af patienterne følger den henvisning, de har fået fra Akuttefonen 1813. Der er dog en relativt stor andel af både børn og voksne, der efter kontakt med Akuttefonen bliver indlagt, selv om de ikke er visiteret med henblik på indlæggelse. Denne andel er faldende i perioden fra april til august 2014.

Ventetiden til Akuttefonen 1813 ligger langt over det udmeldte servicemål, hvor 90 % af opkald skal besvares inden tre minutter. Der er ikke set en forbedring af målopfyldelsen for dette mål i analyseperioden.

1 Indledning

Som led i etableringen af et Enstrengt og Visiteret Akutsystem (EVA) overtog Region Hovedstaden pr. 1. januar 2014 lægevagtsfunktionen fra PLO-Hovedstaden. Samtidig blev der indført visiteret adgang til regionens akutmodtagelser og akutklinikker via Akuttelefonen 1813 (Region Hovedstaden, 2013).

Siden opstarten har EVA været genstand for en kritisk offentlig debat. Debatten har bl.a. fokuseret på ventetid (se eksempelvis Holst 2014), arbejdspress på akutte modtagesteder (se eksempelvis Zhan 2014), forudsætninger for at opnå høj klinisk kvalitet (se eksempelvis Pedersen 2013) og kommunikation mellem forskellige dele af det akutte sundhedsvæsen i Region Hovedstaden (se eksempelvis Dilling 2014).

Den kritiske presseomtale af Akuttelefonen 1813 er blevet fulgt af indskærpelser fra Sundhedsstyrelsen. Den 12. marts 2014 foretog Sundhedsstyrelsen et tilsynsbesøg ved Akuttelefonen 1813. Sundhedsstyrelsen konstaterede efterfølgende i sin tilsynsrapport, at de sundhedsfaglige visitatorers ansvar ved Akuttelefonen 1813 ikke var tilstrækkeligt præciseret; at der blandt personalet var uklarhed om, hvorvidt og hvornår brug af Akuttelefonen 1813s visitationsguide var obligatorisk, samt at der var problemer med journalen, og at journalføringen var mangelfuld (Sundhedsstyrelsen 2014). Region Hovedstaden har siden fulgt op på disse problemer.

Regionsrådet godkendte den 4. februar 2014 kommissorium for evaluering af Enstrengt og Visiteret Akutsystem vedrørende perioden 1. april-1. oktober 2014. Evalueringen skal:

”Belyse, hvor der fremadrettet vil være behov for justeringer og optimeringer og tilpasninger i organiseringen af EVA, herunder de konsekvenser indførelse af EVA har haft for samarbejdet omkring de akutte patienter – både mellem Akuttelefonen 1813 og hospitalerne samt med de øvrige dele af sundhedsvæsenet og kommunerne”. (Region Hovedstaden 2014)

Denne rapport udgør en del af en samlet evaluering af EVA. Rapporten kortlægger først aktiviteten i Akuttelefonen 1813, målt på hvem der svarer borgeren, og hvordan borgeren afsluttes. Herefter analyseres, hvilket forbrug borgerne efter kontakt med Akuttelefonen 1813 har haft i det øvrige sundhedsvæsen, og om dette modsvarer afslutningen i Akuttelefonen. Endelig analyseres ventetiden på at komme igennem til Akuttelefonen. Endelig analyseres de økonomiske aspekter af EVA.

Hvor data tillader det, sammenholdes resultaterne med data fra vagtlægeordningen i 2013.

2 Data og metode

2.1 Data

Analyserne i denne rapport er baseret på data leveret af Region Hovedstaden. Udgangspunktet er en analyse af data fra perioden 1. april til 30. september 2014, som – hvor det er muligt – sammenholdes med data for lægevagten i perioden 1. april til 30. september 2013. Hvis andet ikke nævnes, refereres til disse tidsrum i henholdsvis 2013 og 2014.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet.

Analyserne bygger på data fra Akuttefonen 1813, praksisdata og sygehusdata. Der er endvidere blevet leveret regnskabstal for lægevagten i 2013 og budgettal for driften af Det Enstrengede og Visiterede Akutsystem (EVA) i 2014.

Data fra Akuttefonen 1813

Data fra Akuttefonen er struktureret i to datasæt med informationer om henholdsvis opkaldsdata og hændelsesdata. Data er leveret for analyseperioden 1. april til 30. september 2014.

Fra opkaldsdata er leveret følgende variable:

- a. CPR (CPR-nummer)
- b. CallType (Førstekontakt eller viderestillet opkald)
- c. Applicationname (Information om hvor opkaldet kommer fra)
- d. Resourcefirstname (Om det er læge eller sundhedsfaglig visitator, der besvarer opkaldet)
- e. Queuetime (Tid i kø)
- f. Talktime (Samtaletid)
- g. CallDttm (Opkaldets start dato og tidspunkt)
- h. CallEnd (Opkaldets afslutning dato og tidspunkt)
- i. OriginatorId (Indringers telefonnummer)

For hændelsesdata er leveret følgende variable:

- a. CPR (CPR-nummer)
- b. IncidentDttm (Hændelsens dato og tidspunkt)
- c. GroupStatusName (Hændelse – Afsluttet til)
- d. ApplicantCallerId (Indringers telefonnummer)

Datasættene er administrative registre, der ikke er blevet valideret af Region Hovedstaden. KORA har udført en række logiske tests for at sikre datakvaliteten. Der er ikke fundet systematiske fejl i data.

Praksisdata

I analyseperioden i 2013 er praksisdata tilgængelige for perioden 1. april til 22. september 2013. I analyseperioden i 2014 er praksisdata tilgængelige for perioden 1. april til 24. august 2014. I 2013 er der foretaget udtræk af alle kontakter i almen praksis (speciale 80) og vagtlæge (speciale 82). I 2014 er der foretaget udtræk for alle kontakter i almen praksis (speciale 80).

Data til analyserne består af variablene:

- i. Patientens CPR
- ii. Behandlingsdato
- iii. Ydernummer
- iv. Ydelseskode
- v. Bruttohonorar
- vi. Patientens alder
- vii. Patientens bopælskommune
- viii. Specialenummer
- ix. Tidspunktskode (Dagtid, Vagttid A, Vagttid B)

Sygehusdata

Data for aktivitet i akutmodtagelser og akutklinikker samt for afledt ambulante behandling og efterfølgende indlæggelser leveres som et udtræk fra hospitalernes registreringssystemer. Region Hovedstaden har på basis af udtræk af data fra Akuttelefonen 1813 i 2014 og fra praksisdata i 2013 identificeret samtlige CPR-numre med kontakt til disse. Ud fra disse basispopulationer er der lavet udtræk for samtlige ambulante og stationære kontakter i analyseperioderne 1. april til 30. september 2013 og 1. april til 30. september 2014.

Der er leveret separate data for ambulante og stationær behandling i henholdsvis 2013 og 2014. Samtlige variable er blevet leveret fra det DRG- og DAGS-grupperede Landspatientregister¹.

Det leverede sygehusdatasæt indeholdt en række dubletter. Disse er frasorteret.

Ventetid i akutmodtagelser og klinikker

Data for ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker er beregnet og leveret af Region Hovedstaden efter de af KORA specificerede forskrifter.

På grund af den ændrede struktur kan ventetider for akutmodtagelser og klinikker ikke sammenlignes meningsfuldt mellem 2013 og 2014.

Driftsudgifter ved lægevagten i 2013 og Akuttelefonen 1813 i 2014

Et estimat for driftsudgifterne for Akuttelefonen 1813 fremgår af Region Hovedstadens budgetaftale for 2014, i 1. og 3. økonomirapport fra Region Hovedstaden, samt i et separat leveret dokument med de foreløbige disponeringer.

Data om udgifter til driften af lægevagten i perioden 1. april til 1. oktober 2013 er identificeret i "Årsberetning for Lægevagten 2013".

2.2 Metode

Analyserne bygger på en række deskriptive opgørelser over aktiviteten i Akuttelefonen 1813 og den afledte aktivitet i hospitalsregi (akutmodtagelse og -klinik, anden ambulante behandling og stationær behandling). Hvor det er muligt, sammenholdes data fra 2014 med data fra 2013. Analyserne er udført med fokus på at inkludere så store mængder data som muligt. Det vil sige, at afledt aktivitet i hospitalsregi i 2014 dækker hele perioden, hvorimod afledt aktivitet i praksisregi dækker perioden 1. april til 24. august 2014.

Resultaterne vil som oftest afrapporteres som det faktiske antal kontakter mv. og de forholdsmæssige andele opgjort i procent. For at illustrere og analysere udviklingen i analyseperioden vil udvalgte analyser også være lavet for månederne april til september 2014.

¹ Se "Variabelbeskrivelse af DRG-grupperet LPR, somatisk – ambulante data" og "Variabelbeskrivelse af DRG-grupperet LPR, somatisk – stationære data", som kan rekvireres hos Statens Serum Institut.

Hændelser i Akuttelefonen 1813 er grupperet i 10 grupper. Dette er gjort ud fra tilsendt SAS-kode fra Region Hovedstaden. Grupperne er dokumenteret i bilagstabel 1.1.

Afledt aktivitet defineres som behandling/kontakt efter kontakt med lægevagt eller Akuttelefonen 1813 inden for indeværende eller det følgende døgn. Ved opgørelse af afledt aktivitet tages der ikke højde for diagnose eller andre medicinske forhold. Analyserne af den afledte aktivitet skal altså ses som en indikator for borgerens vej igennem akutsystemet. Kontakterne kan dog være ikke-relaterede, dvs. at der i den afledte aktivitet kan være planlagte behandlinger på hospital eller i praksis. Der kan også være tale om ikke-akut opståede tilstande uden relation til kontakten med Akuttelefonen 1813.

Borgere kan have haft flere kontakter på én dag til henholdsvis Akuttelefonen 1813 eller i lægevagten. Dette kan være om det samme eller forskellige sundhedsproblemer. For at tage højde for, at der kan være en vis sygdomsprogression, udvælges den seneste kontakt pr. borger pr. dag, når der analyseres på afledt aktivitet.

Afledt aktivitet i hospitalsregi er opgjort som behandling i akutmodtagelser og akutklinikker, anden ambulant behandling og stationær behandling. Stationær behandling identificeres i det separate datasæt med stationær behandling. Ambulant behandling opdeles ud fra en opdeling af den behandelende afdelings SKS-kode. Identifikation af akutmodtagelser og akutklinikker ses i bilagstabel 1.3.

For at vurdere de økonomiske konsekvenser ved indførelsen af EVA er den afledte aktivitet værdisat med DRG- og DAGS-takster. Disse takster er den landsgennemsnitlige produktionsværdi af behandling af en afgrænset sygdomsgruppe.

Et opkald til lægevagten i 2013 er identificeret ved speciale 82 og ydelseskoderne 0501 og 0602.

2.3 Databehandling

Data blev leveret i CSV-, Excel- og SAS-formater.

Import af data og efterfølgende databehandling er udført i SAS 9.3 og Stata 13.1. Resultater er eksporteret til Excel 2010 for opsætning, grafisk præsentation og afrapportering.

3 Resultater og analyse

I dette kapitel analyseres aktiviteten på Akuttelefonen 1813, den efterfølgende aktivitet i EVA og til sidst den efterfølgende aktivitet i det resterende sundhedsvæsen. I det omfang, der foreligger data, er analyserne udført for perioden 1. april til 30. september 2014, og resultaterne er sammenholdt med aktiviteten i vagtlægeordningen i perioden 1. april til 30. september 2014.

3.1 Henvisningsmønstre i Akuttelefonen 1813 og den afledte aktivitet fra lægevagten og Akuttelefonen

3.1.1 Opkaldshåndtering ved Akuttelefonen 1813

Akuttelefonen er bemandet med sundhedsfaglige visitatorer og læger. Systemet fungerer på den måde, at de sundhedsfaglige visitatorer står for størstedelen af førstekontakterne, men har mulighed for at stille videre til en læge, hvis dette vurderes at være nødvendigt. I perioder med ledig kapacitet hos lægerne besvarer disse også førstekontakter.

Tabel 3.1 viser det samlede antal samtaler i Akuttelefonen 1813. Et opkald, der både har ført til en samtale med en sundhedsfaglig visitator og en læge, tæller som to samtaler.

Det ses af tabellen, at der i perioden 1. april til 30. september 2014 var 576.274 samtaler ved Akuttelefonen 1813. Af disse var de 470.883 samtaler førstekontakter besvaret af enten sundhedsfaglig visitator eller læge. Cirka 94 % af førstesamtalerne blev besvaret af en sundhedsfaglig visitator, og de resterende ca. 6 % af førstesamtalerne blev besvaret af læger.

Der var 105.391 samtaler i perioden, hvor borgeren er blevet viderestillet fra førstesamtalen til en læge. Dette svarer til, at ca. 18 % af alle samtalerne er viderestillede samtaler til en læge, eller det svarer til, at ca. 22 % af førstesamtalerne er blevet viderestillet til en læge².

Tabel 3.1 Opgørelse over, hvordan samtalerne i Akuttelefonen 1813 er blevet besvaret og håndteret

	Antal	Andel af samtaler (i procent)	Andel af førstesamtaler (i procent)
Udførte samtaler i Akuttelefonen 1813	576.274		
- Heraf førstekontakt på opkald besvaret af enten læge eller sundhedsfaglig visitator	470.883	81,7 %	
- Heraf samtaler udført af sundhedsfaglige visitator	442.976		94,1 %
- Heraf samtaler udført af læge	27.907		5,9 %
- Heraf samtaler viderestillet fra sundhedsfaglig visitator til læge	105.391	18,3 %	

Kilde: Opkaldsdata for perioden 1. april til 30. september 2014 leveret af Region Hovedstaden.

² 105.391/470.883 = 22,38 %.

3.1.2 Henvisningsmønstre fra Akuttelefonen 1813

Akuttelefonen 1813 er en del af EVA i Region Hovedstaden. Det er visitatorers og lægers opgave at visitere borgere, der ringer til Akuttelefonen med et sundhedsproblem eller et spørgsmål. Sundhedsfaglig visitator og læger har en række handlemuligheder: 1) Patienterne kan overordnet set afsluttes med en henvisning til akutmodtagelse eller -klinik, 2) egenomsorg eller 3) egen læge. Afslutningsmåden er i samarbejde med Region Hovedstaden samlet i 10 forskellige grupper. For en samlet oversigt over måder at afslutte borgerne på i Akuttelefonen se bilagstabel 1.1.

Når patienten henvises til akutmodtagelser og -klinikker, kan dette ske til behandlersporet, hvor patienten er triageret via Akuttelefonen 1813, eller til vurderingssporet, hvor det sundhedsfaglige personale på akutmodtagelser og -klinikker foretager den endelige triagering.

Det ses af tabel 3.2, at størstedelen af opkaldene til Akuttelefonen blev afsluttet med en henvisning til behandlersporet på akutmodtagelser og -klinikker – det drejer sig om 32,9 % af alle opkald. 9,3 % af opkaldene blev afsluttet med en henvisning til vurderingssporet på akutmodtagelser og -klinikker. Dette betyder samlet set, at 42,2 % af opkaldene har resulteret i en henvisning til en akutmodtagelse eller en akutklinik.

Det ses, at 23,1 % af opkaldene endte med, at borgeren blev henvist til egenomsorg.

15,3 % af opkaldene blev afsluttet med henvisning til at opsøge egen læge.

En mindre andel af patienterne (5,4 %) fik efter telefonisk konsultation med en læge fra Akuttelefonen en recept. Relativt små andele af opkaldene endte med en direkte indlæggelse fra Akuttelefonen (3,1 %) eller et hjemmebesøg visiteret af Akuttelefonen (2,3 %).

Tabel 3.2 Opgørelse af hvordan opkald til Akuttelefonen 1813 er afsluttet

Afsluttet til/Hændelse	Antal	Andel (i procent)
Henvist til behandlerspor	150.176	32,9 %
Henvist til vurderingssporet	42.656	9,3 %
Henvist til egen læge næste dag	69.745	15,3 %
Henvist til egenomsorg	105.581	23,1 %
Henvist til indlæggelse	14.234	3,1 %
Henvist til hjemmebesøg	10.636	2,3 %
Læge telefonkonsultation-med recept	24.777	5,4 %
Henvist til psykiatri	1.411	0,3 %
Henvist til speciallæge	4.857	1,1 %
Andet ³	32.642	7,1 %
Total	456.715	

Note: Der er 19.988 observationer uden oplysninger om hændelse. Se bilagstabel 1.1 for en forklaring på kategorierne.

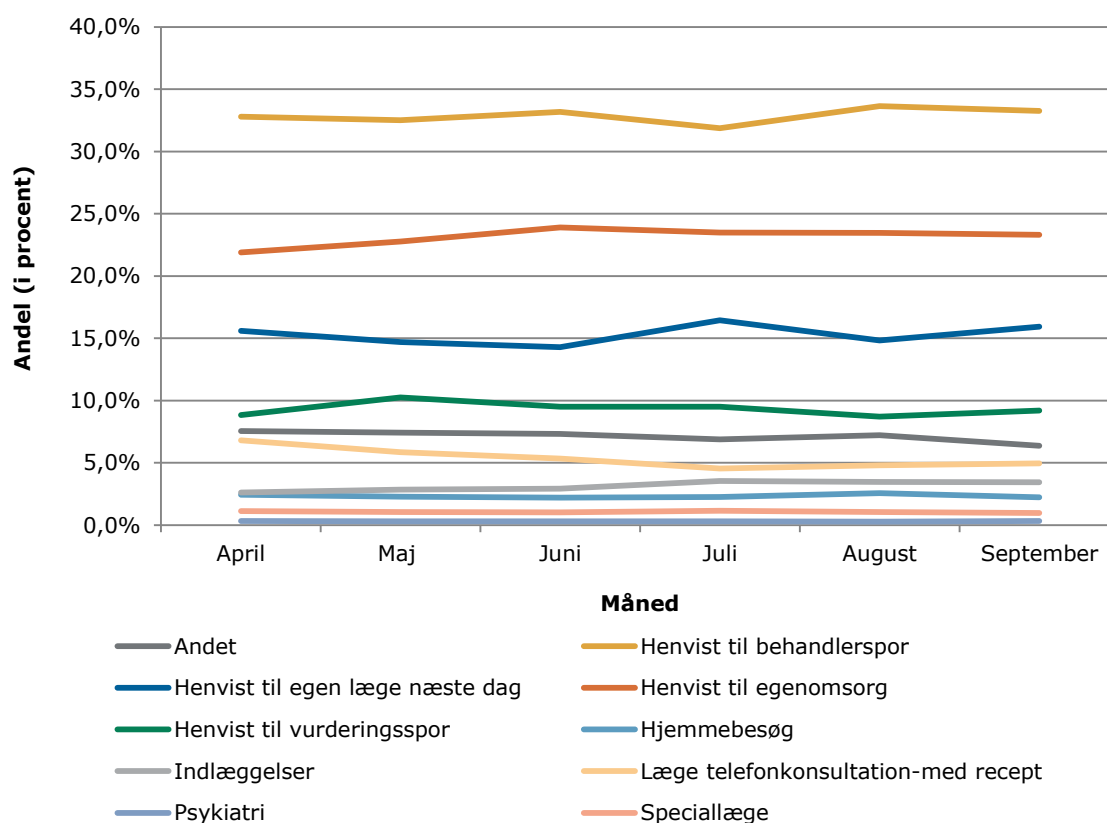
Kilde: Hændelsesdata for perioden 1. april til 30. september 2014 leveret af Region Hovedstaden.

Udviklingen i april-september 2014 med hensyn til afslutning af opkald ved Akuttelefonen 1813 fremgår af figur 3.1.

³ Dækker bl.a. over afslutninger til "kommunal opgave".

Det fremgår af figuren, at der generelt i perioden kun er sket mindre ændringer i, hvordan borgere er blevet afsluttet i telefonen. Det ses fx, at andelen, der blev afsluttet til behandlerspor, er steget fra 32,5 % i april til 33,3 % i september 2014, og at andelen, der blev afsluttet til egenomsorg, var 21,9 % i april og 23,3 % i september. Dette må anses for at være ubetydelige ændringer, og henvisningsmønstrene forekommer stabile over perioden. For de faktiske tal og procenter, se bilagstabel 1.2.

Figur 3.1 Borgere med kontakt til Akuttelefonen 1813 fordelt på afslutningsmåde



3.1.3 Afledt aktivitet efter samtale med Akuttelefonen 1813

I dette afsnit analyseres, hvad der sker med borgerne, efter de er blevet afsluttet ved Akuttelefonen 1813. Analyserne bygger på kontakter inden for det følgende døgn efter kontakt til Akuttelefonen. Først undersøges, *hvor den første efterfølgende kontakt i sundhedsvæsenet finder sted*. Analyserne opdeles i henholdsvis voksne (borgere over 12 år) og børn (borgere op til og med 12 år). I forbindelse med etableringen af EVA blev der indført et specielt børnespor vedrørende medicinsk sygdom for børn op til 12 år. Der findes ikke specifikke data for dette spor, men analyserne indikerer, hvilket forbrug af sundhedsydelser unge og voksne over 12 år og den specifikke børnegruppe under 12 år efterfølgende har haft.

Analysen fokuserer på den aktivitet på hospital og i almen praksis, som fandt sted inden for et døgn efter opkaldet – dette for at identificere så mange af de til opkaldet relaterede kontakter som muligt, samtidig med at reducere risikoen for, at andre urelaterede kontakter bliver inkluderet.

Der findes ikke oplysninger på CPR-nummer for 16.011 afsluttede opkald. Disse observationer ekskluderes i de følgende analyser, da det ikke er muligt at identificere disse borgeres videre forbrug af sundhedsydelser. Nogle borgere har ringet flere gange på den samme dag. Når vi

analyserer den afledte aktivitet i hospitalsregi, tager vi udgangspunkt i den seneste samtale, som borgeren har haft med Akuttelefonen 1813 i løbet af den pågældende dag. Det vil sige, at hvis en borger har ringet ind om formiddagen om en hudafskrabning og er blevet afsluttet til egenomsorg og senere ringer og klager over smerter og derefter bliver henvist til en akutmodtagelse, vil analysen tage udgangspunkt i henvisningen til akutmodtagelse. Dette sker for at tage højde for, at der kan være en vis sygdomsprogression. Begrænsninger i dataleverancen bevirker, at analysen dækker perioden fra og med 1. april til og med 24. august 2014. Efter eksklusion af observationer uden CPR-nummer, og når det er det sidste opkald på en dag, der medtages, opnås et samlet antal afsluttede opkald på 334.426 i analyseperioden.

I nedenstående tabel 3.3 og 3.4 ses aktiviteten på hospitalet og i almen praksis efter det seneste opkald på en dag. Tabel 3.3. viser, hvor borgere, der har haft kontakt til Akuttelefonen 1813, havde den *første* kontakt efter opkaldet, mens tabel 3.4 viser, hvor de borgere, der har haft kontakt til Akuttelefonen, havde deres *sidste* kontakt i løbet af det følgende døgn.

Førstekontakt efter Akuttelefonen 1813

Det ses af tabel 3.3, at borgere henvist til behandlersporet i 84 % af tilfældene for voksne og 72 % af tilfældene for børn havde deres første kontakt i akutmodtagelse eller -klinik. Borgere, der som førstekontakt har anden ambulans behandling, udgør for voksne ca. 11 % og for børn ca. 23 % efter henvisning til behandlersporet. Cirka 4 % af borgere, der har haft kontakt med Akuttelefonen 1813 og er blevet afsluttet med en henvisning til behandlersporet på en akutmodtagelse eller -klinik, er ikke blevet identificeret i det resterende sundhedsvæsen. Det vil sige, at de havde ikke nogen registreret kontakt med det øvrige sundhedsvæsen inden for tidsgrænsen i studiet.

For borgere henvist til vurderingssporet gælder, at voksne i ca 69 % af tilfældene havde første kontakt i akutmodtagelse eller -klinik; ca. 22 % havde første kontakt på en anden ambulans afdeling; knapt 5 % blev direkte indlagt, og knapt 4 % ikke blev identificeret i sundhedsvæsenet. 0,6 % har haft den første kontakt i almen praksis. Et lignende mønster ses for børn, hvor 63 % havde første kontakt i en akutmodtagelse eller -klinik, og 23 % havde første kontakt i en anden ambulans afdeling – dette kan bl.a. være på børneafdelingerne. 0,5 % af børn henvist til vurderingssporet havde førstekontakt som en indlæggelse; 3,5 % er ikke identificeret i sundhedsvæsenet, og 0,5 % havde første kontakt i almen praksis.

Borgere, der er blevet henvist til egen læge, havde i ca. 24 % af tilfældene førstekontakt hos almen praksis. Dette gælder både voksne og børn. Cirka 10 % af de voksne og ca. 7 % børn har haft en hospitalskontakt som første kontakt efter at være blevet afsluttet til egen læge.

Borgere henvist til egenomsorg er i de fleste tilfælde ikke identificeret i det øvrige sundhedsvæsen, jf. de opstillede kriterier i analysen. Cirka 77 % af voksne og ca. 81 % af børn er ikke identificeret i sundhedsvæsenet. Henholdsvis ca. 12 % og 12 % af voksne og børn havde en førstekontakt til almen praksis efter henvisning til egenomsorg. Det skal her understreges, at det ikke er muligt at identificere, om kontakten i almen praksis er relateret til opkaldet til Akuttelefonen 1813. Cirka 5 % af voksne og ca. 4 % af børn, der er blevet afsluttet til egenomsorg, har haft en førstekontakt i akutmodtagelse eller -klinik.

Henholdsvis ca. 68 % af voksne og ca. 66 % børn bliver som førstekontakt indlagt efter at være henvist til dette. Cirka 11 % af voksne og 16 % af børn havde en førstekontakt på en ambulans afdeling.

Det må generelt konkluderes, at borgeres førstekontakt efter opkald til Akuttelefonen 1813 afspejler den måde, de er blevet afsluttet på i telefonen. Dette er dog ikke tilfældet for almen praksis, hvor der er en betragtelig andel, der ikke identificeres i det øvrige sundhedsvæsen.

Det er her vigtigt at gentage, at denne analyse medtager al sygehusaktivitet og aktivitet i almen praksis og således også inkluderer eventuel behandling, der ikke var knyttet til kontakten i Akuttelefonen. Omvendt omfatter analysen kun forbrug inden for en snæver tidshorisont fra den første kontakt.

Tablet 3.3 Opgørelse af den første kontakt i hospitalsregi eller almen praksis efter kontakt med Akuttelefonen 1813

Afsluttet til/hændelse	Antal	AMK	Anden ambulant	Indlagt	Almen praksis	Ikke i sundhedsvæsenet
<i>Voksne (over 12 år)</i>						
Henvist til behandler-sporet	78.712	84,1 %	11,2 %	0,5 %	0,4 %	3,8 %
Henvist til vurderings-sporet	28.234	68,9 %	21,5 %	5,3 %	0,6 %	3,7 %
Henvist til egen læge	38.397	4,1 %	4,7 %	2,9 %	23,9 %	64,4 %
Henvist til egenomsorg	50.364	5,4 %	3,8 %	1,8 %	12,4 %	76,5 %
Henvist til indlæggelse	7.725	17,6 %	11,0 %	67,7 %	0,3 %	3,3 %
Henvist til hjemmebesøg	6.727	5,6 %	5,3 %	16,8 %	13,0 %	59,3 %
Læge telefonkonsultation-med recept	14.868	1,5 %	2,1 %	0,6 %	6,8 %	89,1 %
Henvist til psykiatri	942	4,0 %	2,2 %	3,1 %	10,2 %	80,5 %
Henvist til speciallæge	2.553	2,6 %	4,9 %	0,9 %	4,4 %	87,3 %
Andet	18.654	10,9 %	6,6 %	6,6 %	9,6 %	66,3 %
Total	247.176	38,1 %	8,7 %	4,7 %	8,0 %	40,5 %
<i>Børn (under 12 år)</i>						
Henvist til behandler-sporet	34.680	71,9 %	23,2 %	0,5 %	0,6 %	3,8 %
Henvist til vurderings-sporet	4.028	63,0 %	30,0 %	3,0 %	0,5 %	3,5 %
Henvist til egen læge	12.195	2,7 %	2,3 %	2,0 %	24,4 %	68,6 %
Henvist til egenomsorg	24.383	3,9 %	2,1 %	1,0 %	11,8 %	81,1 %
Henvist til indlæggelse	1.993	10,8 %	16,3 %	66,1 %	1,5 %	5,3 %
Henvist til hjemmebesøg	286	3,8 %	3,8 %	9,1 %	13,3 %	69,9 %
Læge telefonkonsultation-med recept	4.133	1,9 %	1,2 %	0,2 %	6,3 %	90,4 %
Henvist til psykiatri	7	0,0 %	0,0 %	0,0 %	28,6 %	71,4 %
Henvist til speciallæge	1.015	1,4 %	1,5 %	0,2 %	2,8 %	94,2 %
Andet	4.530	9,1 %	5,1 %	3,3 %	9,4 %	73,2 %
Total	87.250	33,8 %	12,3 %	2,6 %	7,8 %	43,5 %

Note: Da en borger kan optræde både i en akutklinik, en anden ambulant klinik og blive indlagt, vil der forekomme overlap imellem de forskellige grupper.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af hændelsesdata fra Akuttelefonen 1813 og det DRG-/DAGS-grupperede Landpatientregister. Perioden dækker 1. april til 25. august 2014.

Sidstekontakt

I tabel 3.4 er opgjort, hvor patienten har haft sidstekontakt i det følgende døgn.

Det ses, at ca. 71 % af voksne afsluttet til behandler-sporet i akutmodtagelse og -klinik også havde sidste kontakt her. Dette gjaldt for ca. 63 % af børn. Henholdsvis ca. 10 %, 7 % og 8 % af voksne henvist til behandler-sporet havde sidstekontakt på en ambulant afdeling, var indlagt eller i almen praksis. Dette gjaldt for henholdsvis ca. 20 %, 8 % og 6 % af børnene.

Ser vi på borgere med kontakt til Akuttelefonen, der er blevet afsluttet til vurderings-sporet, er det størstedelen af voksne, der havde sidstekontakt i akutmodtagelse eller -klinik (37,6 %), men en næsten lige så stor del havde sidstekontakt som en indlæggelse (31,9 %). Cirka 15 % havde sidstekontakt på en ambulant afdeling og ca. 11 % i almen praksis. For børn havde ca. 46 %, der blev henvist til vurderings-sporet, sidstekontakt i akutmodtagelse eller -klinik. Cirka

hver femte havde sidstekontakt på en ambulant afdeling (19,7 %), og godt hver femte havde sidstekontakt som en indlæggelse (22,4 %).

Tabel 3.4 Opgørelse af sidste kontakt i hospitalsregi og almen praksis efter kontakt med Akuttelefonen 1813

Afsluttet til/hændelse	Antal	AMK	Anden ambulant	Indlagt	Almen praksis	Ikke i sundhedsvæsenet
<i>Voksne (over 12 år)</i>						
Henvist til behandler-sporet	78.712	71,0 %	10,1 %	7,4 %	7,8 %	3,8 %
Henvist til vurderings-sporet	28.234	37,6 %	15,4 %	31,9 %	11,4 %	3,7 %
Henvist til egen læge	38.397	2,4 %	2,7 %	2,2 %	28,3 %	64,4 %
Henvist til egenomsorg	50.364	4,0 %	2,8 %	2,1 %	14,6 %	76,5 %
Henvist til indlæggelse	7.725	7,1 %	8,6 %	70,7 %	10,3 %	3,3 %
Henvist til hjemmebesøg	6.727	1,6 %	3,6 %	17,6 %	17,9 %	59,3 %
Læge telefonkonsultation-med recept	14.868	1,2 %	1,6 %	0,7 %	7,4 %	89,1 %
Henvist til psykiatri	942	2,1 %	1,3 %	4,9 %	11,3 %	80,5 %
Henvist til speciallæge	2.553	2,5 %	4,1 %	1,4 %	4,8 %	87,3 %
Andet	18.654	6,9 %	5,1 %	8,4 %	13,3 %	66,3 %
Total	247.176	29,0 %	6,8 %	10,2 %	13,5 %	40,5 %
<i>Børn (under 12 år)</i>						
Henvist til behandler-sporet	34.680	62,9 %	19,6 %	7,5 %	6,2 %	3,8 %
Henvist til vurderings-sporet	4.028	45,6 %	19,7 %	22,4 %	8,8 %	3,5 %
Henvist til egen læge	12.195	2,0 %	1,2 %	1,4 %	26,7 %	68,6 %
Henvist til egenomsorg	24.383	3,4 %	1,6 %	1,1 %	12,8 %	81,1 %
Henvist til indlæggelse	1.993	7,0 %	12,2 %	64,8 %	10,6 %	5,3 %
Henvist til hjemmebesøg	286	1,4 %	2,1 %	10,8 %	15,7 %	69,9 %
Læge telefonkonsultation-med recept	4.133	1,7 %	0,9 %	0,4 %	6,6 %	90,4 %
Henvist til psykiatri	7	0,0 %	0,0 %	0,0 %	28,6 %	71,4 %
Henvist til speciallæge	1.015	1,1 %	1,1 %	0,9 %	2,8 %	94,2 %
Andet	4.530	7,5 %	4,1 %	4,2 %	11,0 %	73,2 %
Total	87.250	29,0 %	9,9 %	6,3 %	11,4 %	43,5 %

Note: Da en borger kan optræde både i en akutklinik, en anden ambulant klinik og blive indlagt, vil der forekomme overlap imellem de forskellige grupper.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af hændelsesdata fra Akuttelefonen 1813 og det DRG-/DAGS-grupperede Landpatientregister. Perioden dækker 1. april til 25. august 2014.

For voksne henvist til egen læge ses, at ca. 28 % havde sidste kontakt hos egen læge, mens ca. 7 % havde sidste kontakt i hospitalsregi. For børn gælder det, at ca. 27 % havde sidstekontakt til egen læge, imens ca. 5 % havde sidstekontakt i hospitalsregi.

For borgere, der er henvist til egenomsorg, ses lige som i tabel 3.3, at størstedelen ikke havde kontakt til sundhedsvæsenet i løbet af det følgende døgn. De borgere, der havde en kontakt i sundhedsvæsenet, er for størstedelens vedkommende endt i almen praksis, hvor ca. 15 % af de voksne borgere havde sidstekontakt, og hvor ca. 13 % af børnene endte i almen praksis. Cirka 9 % af voksne endte i enten akutmodtagelse eller -klinik, på en ambulant afdeling eller blev indlagt. Dette gælder for ca. 6 % af børnene.

Cirka 71 % af voksne henvist til en indlæggelse havde sidstekontakt som en indlæggelse, hvor ca. 10 % havde sidstekontakt i almen praksis. Omkring 9 % af voksne henvist til en indlæggelse havde sidstekontakt på en ambulant afdeling. For børn var det ca. 65 %, der havde sidstekontakt som en indlæggelse, mens ca. 12 % kommer på ambulant afdeling. Cirka 11 % af børnene havde sidstekontakt i almen praksis.

Sammenligner man tabel 3.3 og 3.4, ses det, at borgere henvist til behandlersporet i vid udstrækning også havde første og sidste kontakt her. Nogle endte videre i hospitalsvæsenet, og en del havde en sidstekontakt hos egen læge. Voksne henvist til vurderingssporet havde for størstedelens vedkommende førstekontakt her, men en stor del havde sidstekontakt andre steder i sundhedsvæsenet – specielt blev en betragtelig andel indlagt. For børn er der en større andel, der havde førstekontakt på en ambulant afdeling, mens færre blev indlagt.

Borgere henvist til egenomsorg og egen læge kom i vid udstrækning ikke i kontakt med sundhedsvæsenet, og hvis de gjorde, finder størstedelen af både første- og sidstekontakter sted i almen praksis.

Udviklingen i afledt aktivitet i hospitalsregi fra april til september 2014

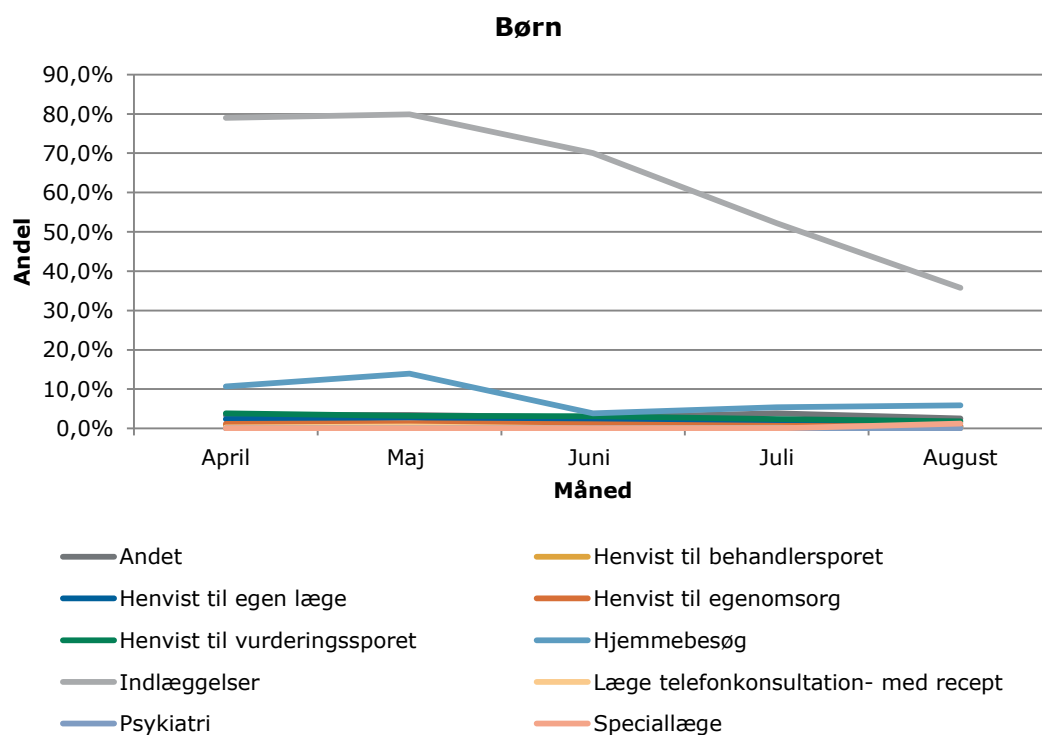
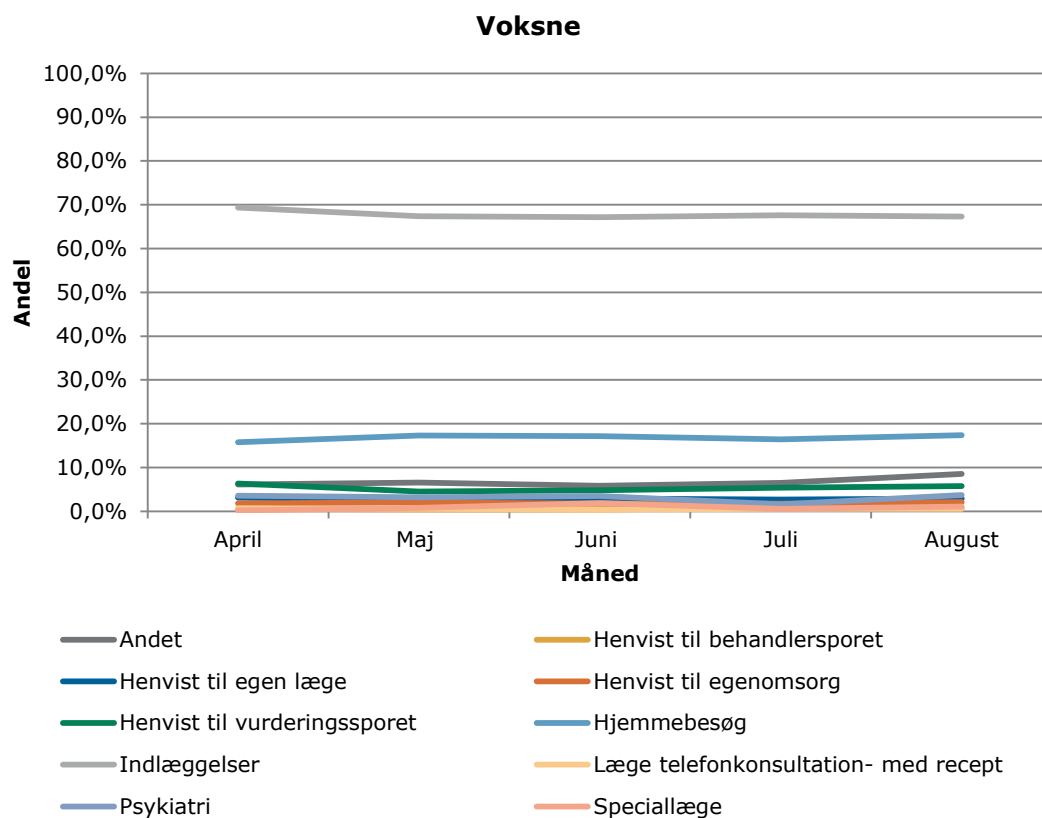
I dette afsnit analyseres udviklingen i den afledte aktivitet i hospitalsregi. Vi fokuserer efterfølgende på indlæggelser, da dette har været et særligt fokuspunkt efter etableringen af EVA, da der har været usikkerhed om registreringspraksis. Af datamæssige årsager er der kun analyseret til og med august.

Figur 3.2 og 3.3 viser udviklingen i andelen, der er registreret med et førstebesøg, som er en indlæggelse inden for et døgn efter samtale med Akuttelefonen. Analysen er udført for henholdsvis voksne over 12 år og børn under 12 år.

For voksne ses, at andelen af henvisninger, der resulterede i en indlæggelse som førstekontakt, er relativt stabile for voksne. Der ses dog et betydeligt fald i antallet af borgere, der er henvist til indlæggelse og som førstekontakt bliver indlagt. Andelen af disse var ca. 69 % i april 2014, mens den i august var ca. 67 %.

Når vi ser på børn, er der sket et betragteligt fald i andelen af børn henvist til indlæggelse, som har en indlæggelse som førstekontakt. Denne andel er faldet fra ca. 79 % i april 2014 til ca. 36 % i august. Der er også et mindre fald i andelen af børn henvist til hjemmebesøg med en indlæggelse som førstekontakt. Denne andel er faldet fra ca. 11 % til ca. 6 %.

Figur 3.2 Andelen af borgere, der blev indlagt efter kontakt til Akuttelefonen 1813



I figur 3.3 ses udviklingen i andelen af opkald, der efterfølgende kan kobles med en indlæggelse som sidstekontakt. Igen er analysen opdelt i voksne og børn.

For voksne ses, at andelen af henvisninger til indlæggelse, som endte med en indlæggelse, er faldet fra ca. 74 % til ca. 69 % i perioden.

For børn er der ligesom for førstekontakter et betydeligt fald i andelen henvist til indlæggelse, der havde en indlæggelse som sidstekontakt.

Der er ligeledes sket et betydeligt fald i andelen af børn, som er blevet henvist til vurderingsporet, der har en indlæggelse som sidstekontakt. I april 2014 var andelen af børn henvist til vurderingsporet, der havde en indlæggelse som sidste kontakt, på ca. 29 %, og denne andel var i august faldet til ca. 16 %.

Også for børn henvist til behandlersporet ses et fald i andelen af henvisninger, der har resulteret i en indlæggelse som sidstekontakt. Andelen var ca. 9 % i april 2014, mens den i august var faldet til ca. 6 %.

Ved etableringen af EVA har der været usikkerhed om arbejdsgangene omkring indlæggelser på akutmodtagelser og akutklinikker⁴. Der har derfor fra regionens side været arbejdet på at nedbringe antallet af unødvendige indlæggelser med særligt fokus på børn. Analysen viser, at andelen af kontakter, som har resulteret i en indlæggelse, er faldet betragteligt.

⁴ Afdækket i KORAs organisatoriske analyse (Wadmann, Kjellberg og Kjellberg 2015).

Figur 3.3 Andelen af borgere, der har haft kontakt til Akuttelefonen 1813 og derefter er blevet indlagt



3.1.4 Afledt aktivitet efter samtale med lægevagten

I dette afsnit undersøges, aktiviteten i lægevagten i perioden 1. april til 1. oktober 2013 for så vidt muligt at kunne sammenligne EVA med det tidligere system. Det har ikke været muligt at få data for hele perioden. Analysen omfatter derfor kun perioden fra 1. april til 22. september 2013. Ved ændringen i akutsystemet i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2014 skete der en lang række justeringer af akutsystemet⁵. Det er derfor ikke muligt at fortage en direkte sammenligning fra 2013 til 2014. Talmaterialet kan dog bidrage til at belyse, om der er sket betydelige ændringer i brugen af akutsystemet.

I perioden 1. april til 22. september 2013 var der i alt 348.139 registrerede opkald i lægevagten⁶. Af disse var 316.620 opkald unikke.

Ligesom for analysen af afledte aktiviteter efter kontakt til Akuttelefonen 1813 ses der på første og sidste kontakt efter opkaldet.

I lægevagten er det ikke muligt at identificere, hvordan opkaldet er blevet afsluttet, og hvordan det videre forløb var tænkt. Vi kan i nærværende analyse derfor kun forholde os til det samlede forbrug, der er registreret i de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Det ses af tabel 3.5, at ca. 42 % af voksne og ca. 46 % af børn efter telefonkontakt med lægevagten også modtog anden behandling. Cirka 3 % af voksne og ca. 2 % af børn havde som førstekontakt efter opkald til lægevagten en kontakt i akutmodtagelse eller -klinik. Børn og voksne kom i henholdsvis 2,1 % og 0,9 % af tilfældene i anden ambulans behandling som førstekontakt, mens indlæggelse som førstekontakt fandt sted for 1,8 % af voksne og 0,8 % af børn. Cirka hver tiende kontakt til lægevagten havde første kontakt i almen praksis (10,2 % for voksne og 9,3 % for børn).

Når vi ser på den sidste kontakt i det følgende døgn, står lægevagten også for den sidste kontakt for ca. 29 % af de voksnes kontakter. For børn gælder dette i ca. 38 % af tilfældene. Når den sidste kontakt ikke fandt sted hos vagtlæge, fandt den sted i almen praksis for ca. 16 % af voksne og ca. 14 % af børn. Det ses endvidere, at voksne og børn i henholdsvis ca. 3 % og ca. 2 % af tilfældene har sidste kontakt i akutmodtagelse og -klinik.

Cirka 7 % af voksne og ca. 4 % af børn har sidste kontakt i form af en indlæggelse, og ca. 3 % af voksne og 2 % af børn har en kontakt til en anden ambulans afdeling som sidste kontakt.

Tabel 3.5 Aktivitet i sundhedsvæsenet efter kontakt med lægevagten i perioden 1. april til 22. september 2013. Første og sidste kontakt

	Antal	Læge- vagten	Akutmod- tagelser og -klinikker	Anden ambulant behandling	Indlagt	Almen praksis	Ikke i sund- hedsvæsenet
<i>Første kontakt</i>							
Voksne (over 12 år)	230.493	41,6 %	3,2 %	2,1 %	1,8 %	10,2 %	41,1 %
Børn (under 12 år)	86.127	45,7 %	2,1 %	0,9 %	0,8 %	9,3 %	41,2 %
<i>Sidste kontakt</i>							
Voksne (over 12 år)	230.493	29,0 %	3,3 %	3,3 %	7,3 %	16,1 %	41,1 %
Børn (under 12 år)	86.127	37,5 %	2,4 %	1,2 %	3,5 %	14,3 %	41,2 %

Kilde: Egne beregninger på baggrund af praksisdata og hospitalsdata leveret af Region Hovedstaden.

⁵ Se Wadmann, Kjellberg og Kjellberg (2015).

⁶ Defineret som ydelser med ydelseskoden 0501 og 0602.

Når man sammenligner den videre aktivitet i sundhedsvæsenet, ses det efter samtale med Akuttefonen 1813, at ca. 38 % af voksne og 34 % af børn har haft deres førstekontakt i akutmodtagelse eller -klinik. For lægevagten gælder, at ca. 45 % af voksne havde deres førstekontakt i vagtlægen eller i akutmodtagelse eller -klinik, hvor det var tilfældet for ca. 46 % af børnene. En noget større andel af borgere, der har haft kontakt til Akuttefonen end borgere med kontakt til vagtlægen, har en førstekontakt i hospitalsregi: henholdsvis ca. 2 % og 1 % af voksne og børn med kontakt i lægevagten havde førstekontakt på en ambulant afdeling, hvor dette gjaldt for henholdsvis ca. 9 % og 12 % for voksne og børn efter kontakt til Akuttefonen. En mindre andel af opkald til Akuttefonen har resulteret i en førstekontakt i almen praksis end opkald til lægevagten.

Når vi ser på, hvor borgere har haft deres sidste kontakt, havde ca. 32 % af voksne og ca. 40 % af børn en telefonisk kontakt til lægevagten og sidste kontakt til sundhedsvæsenet i enten lægevagten eller en akutmodtagelse eller -klinik. Hvis vi ser på opkald til Akuttefonen, havde ca. 29 % af voksne og 29 % af børn deres sidste kontakt i akutmodtagelse eller -klinik. Ser vi på sidstekontakter på ambulant afdeling, er det for voksne henholdsvis ca. 3 %, der har sidste kontakt ambulant efter lægevagt, mens det er tilfældet for ca. 7 % efter kontakt i Akuttefonen. For børn er det tilfældet for ca. 1 % efter vagtlægen, mens det gælder for ca. 10 % efter kontakt til Akuttefonen.

Det ses også, at en større andel har sidstekontakt som indlagt efter kontakt til Akuttefonen 1813 end efter kontakt til lægevagten. Cirka 7 % af voksne har sidstekontakt som indlagt efter kontakt til lægevagten, mens det gælder for ca. 10 % efter kontakt til Akuttefonen. For børn er det ca. 4 %, der har sidste kontakt efter opkald i lægevagten, mens dette gælder for ca. 6 % efter kontakt til Akuttefonen.

Flere med kontakt i lægevagten har sidste kontakt i almen praksis, end det er tilfældet for borgere med kontakt til Akuttefonen. Cirka 16 % af voksne havde sidstekontakt i almen praksis efter kontakt til lægevagten, hvor det gælder for ca. 14 % efter kontakt til Akuttefonen. For børn har ca. 14 % sidste kontakt i almen praksis efter kontakt til lægevagten, mens det samme er tilfældet for ca. 11 % af børn med kontakt ved Akuttefonen.

Når vi ser på ambulante kontakter og indlæggelser, kan en markant større andel identificeres i sygehusvæsenet efter en kontakt til Akuttefonen 1813 end efter kontakt med lægevagten. Akuttefonen har en visiterende funktion, og det er derfor forventeligt, at en større andel ses på ambulante afdelinger, da en del af disse i 2013 vil være kommet via akutmodtagelser og akutklinikker uden forudgående kontakt til lægevagten.

Data er ikke kontrolleret for de personer, der var selvhenvendende i akutmodtagelser og -klinikker i analyseperioden i henholdsvis 2013 og 2014. Det er altså ikke meningsfuldt at se på det totale antal, men kun på de andele, der bliver viderehenvist.

3.2 Ventetider ved opkald til Akuttefonen 1813, akutmodtagelser og -klinikker i 2014 og ventetid ved opkald til lægevagten i 2013

3.2.1 Ventetid i Akuttefonen 1813

I nedenstående tabel 3.6 ses den mediane ventetid, ventetiden inden for hvilken 90 % af opkaldene besvares (90 % percentilen) og den gennemsnitlige ventetid.

Tabellen viser, at den mediane ventetid for at komme til at tale med en sundhedsfaglig visitator i perioden fra 1. april til 30. september 2014 var på 4,3 minutter. 90 % af opkaldene til sygeplejerskerne blev besvaret inden for 15,7 minutter.

Tabellen viser endvidere, at den typiske ventetid for at komme til at tale med en læge er 5,6 minutter. 90 % af opkaldene til læge er blevet besvaret inden for 18,5 minutter.

Tabel 3.6 Ventetider for samtale med henholdsvis sundhedsfaglig visitator og læge i Akuttelefonen 1813

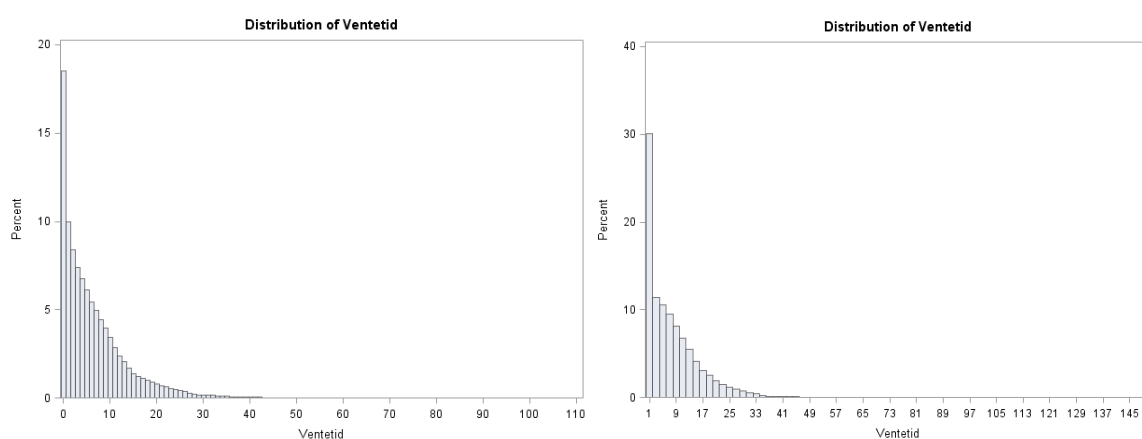
Ventetid til hhv. sundhedsfaglig visitator og læge	Median ventetid (i minutter)	90 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal opkald
Sundhedsfaglig visitator	4,3	15,7	6,4	462.239
Læge	5,6	18,5	7,7	107.390

Af ovenstående tabel ses, at den gennemsnitlige ventetid til at komme til at tale med sundhedsfaglig visitator eller læge er længere end den mediane ventetid. Dette betyder, at nogle borgere venter meget længe på at komme igennem til Akuttelefonen.

I nedenstående figur 3.4 ses fordelingen af ventetiden for henholdsvis samtale med sundhedsfaglig visitator og læge. For opkald besvaret af sundhedsfaglig visitator ses, at en relativt stor procentdel besvares inden for få minutter, at størstedelen af opkaldene er besvaret inden for 10 minutter, men at der også er enkelte opkald med op til 110 minutters ventetid.

Ligesom for fordelingen af ventetider til sundhedsfaglig visitator ses der en stor variation i fordelingen af ventetider, når det drejer sig om opkald besvaret af læge. Her ses, at en stor del af opkaldene besvares inden for få minutter, at størstedelen af opkaldene er besvaret inden for 17 minutter, men at der er enkelte opkald, hvor ventetiden er op til 145 minutter. De allerlængste ventetider har været forårsaget af tekniske problemer, således at den længste ventetid grundet travlhed var på 59 minutter⁷.

Figur 3.4 Fordelingen af ventetid til samtale med henholdsvis en sundhedsfaglig visitator (venstre) eller en læge (til højre) i Akuttelefonen 1813



⁷ <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5B125248-66C6-4604-A965-52B06D102F64/0/Svarpaaspml15614vedrventetidpaa1813ijulistilletafKennethKristensenBerth.pdf>

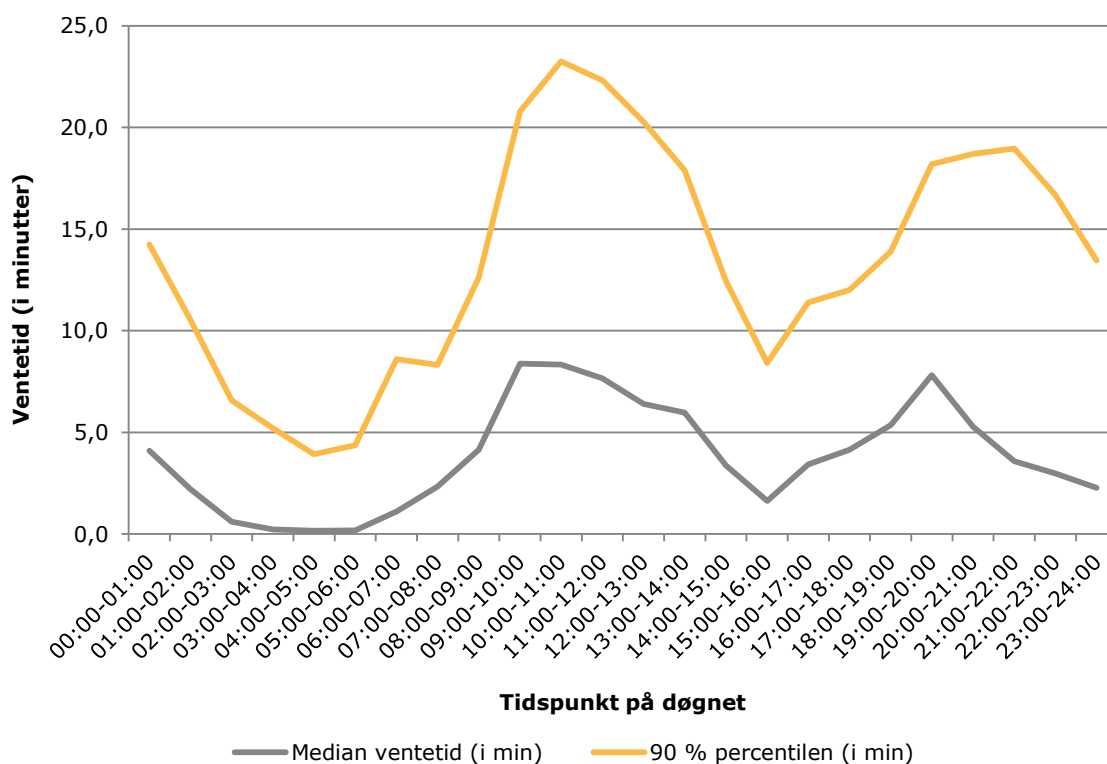
Der kan være betydelig variation i ventetiden i løbet af dagen på at komme igennem til henholdsvis sundhedsfaglig visitator og læge. Dette er blevet indikeret af personalet i Akuttelefonen 1813 i evalueringen af den organisatoriske analyse⁸.

I nedenstående figur 3.5 ses den typiske ventetid til samtale med sundhedsfaglig visitator og 90 % percentilen for ventetid til samtale med sundhedsfaglig visitator fordelt på døgnets 24 timer.

Figuren viser, at der er betydelige forskelle på ventetid til samtale med sundhedsfaglig visitator, alt efter hvornår på døgnet man har ringet til Akuttelefonen 1813. Fra midnat og frem mod de tidlige morgentimer ligger den mediane ventetid tæt på 0 minutter, mens 90 % percentilen ligger på omkring 5 minutter. Fra kl. ca. 6 til sidst på formiddagen kl. 11 stiger både den mediane ventetid og 90 % percentilen op til henholdsvis 8 minutter og 23 minutter. I løbet af eftermiddagen falder ventetiden igen frem til kl. ca. 16, hvor den mediane ventetid er på 1,6 minutter og 90 % percentilen på 8,4 minutter.

Fra kl. ca. 16 og frem til kl. 21 stiger ventetiden igen til en median ventetid på ca. 8 minutter, og 90 % af opkaldene besvares inden for godt 18 minutter. Herefter falder ventetiden igen hen mod midnat.

Figur 3.5 Ventetider for samtale med sundhedsfaglig visitator fordelt på døgnets 24 timer

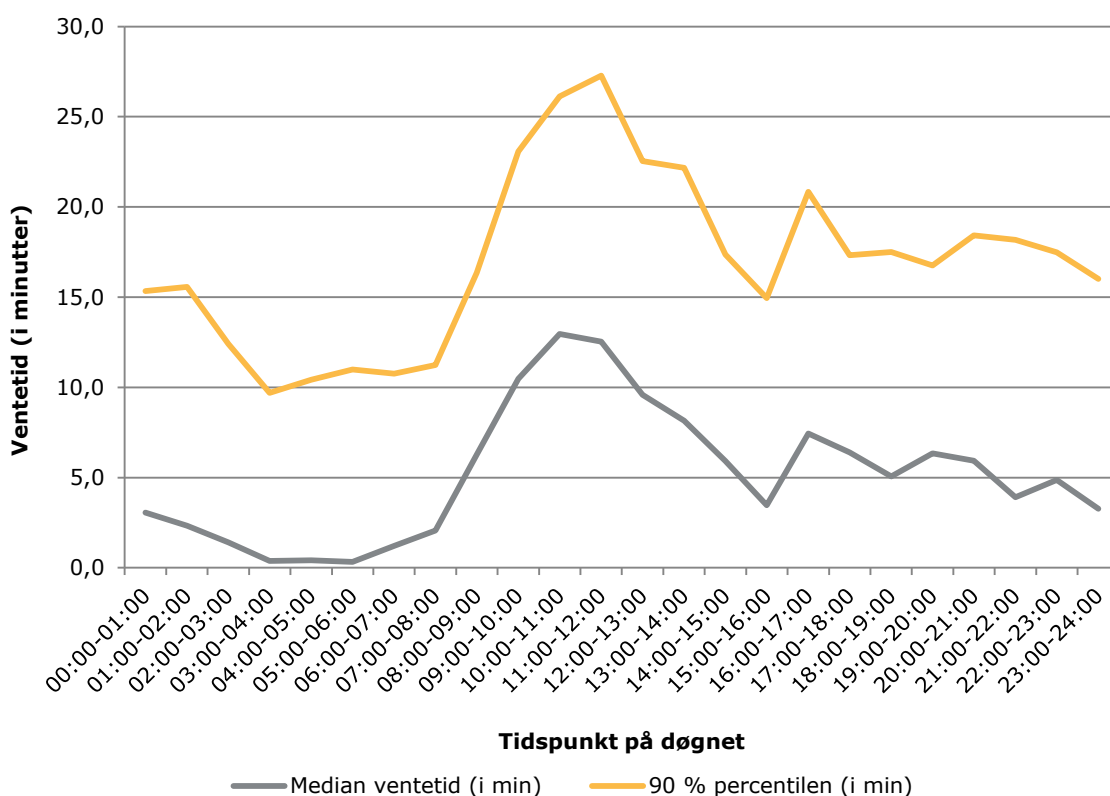


I nedenstående figur 3.6 ses den mediane ventetid til samtale med læge og 90 % percentilen, inden for hvilken 90 % af opkaldene besvares.

⁸ Wadmam, Kjellberg og Kjellberg (2015).

Mønsteret for ventetid til samtale med læge følger mønsteret for opkald besvaret af sundhedsfaglig visitator. Der ses en klar top sidst på formiddagen – voksende fra ca. kl. 07. I tidsrummet fra kl. 10 til 11 er den mediane ventetid på at tale med en læge 13 minutter, og 90 % af opkaldene besvares inden for 26,1 minutter. Det ses dog i mindre grad, at ventetiden på at tale med en læge stiger i løbet af aften timerne. Hvor ventetiden til samtale med en sundhedsfaglig visitator topper imellem kl. 19 og 20, topper aftenaktiviteten for lægerne mellem kl. 16 og 17 med ventetider på henholdsvis 7,4 minutter (median) og 20,8 minutter (90 % percentil). Det skal bemærkes, at det lægelige personale først møder i Akuttelefonen kl. 16-08, hvorfor de læger, der svarer telefonen fra kl. 08-16, er lægelige ledere af Akuttelefonen.

Figur 3.6 Ventetider for samtale med læge fordelt på døgnet 24 timer



Siden etableringen af EVA og Akuttelefonen 1813 har der været fokus på at nedbringe ventetiden i Region Hovedstaden⁹.

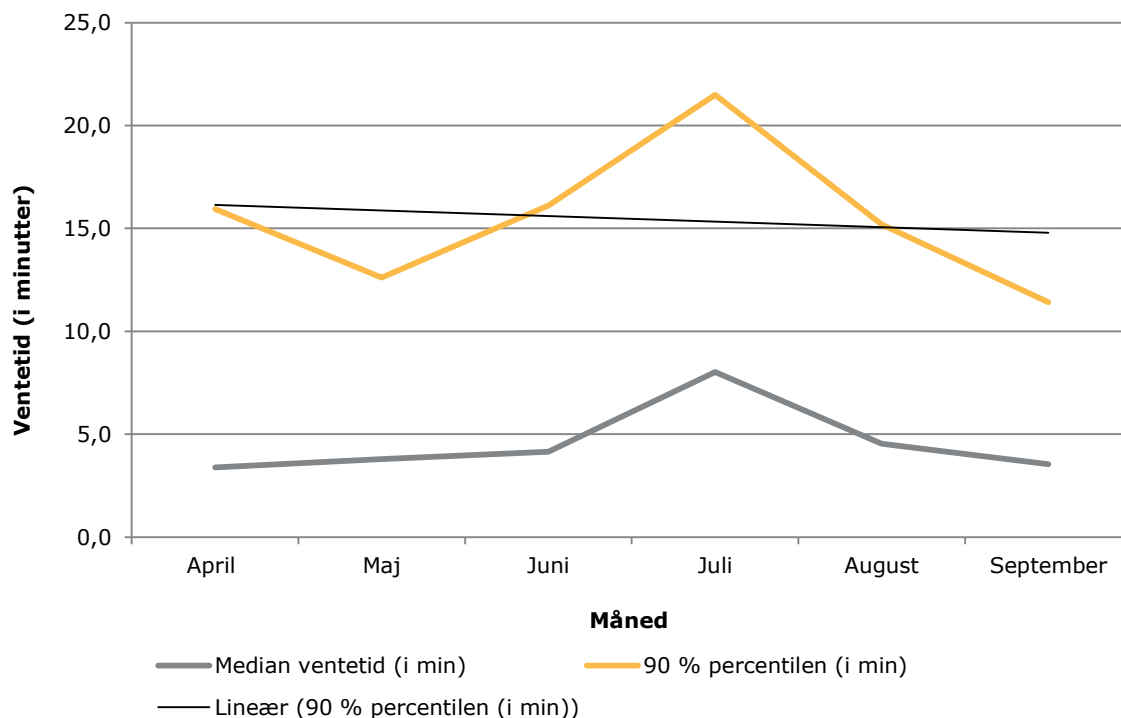
I nedenstående figur 3.7 ses den mediane ventetid og 90 % percentilen for ventetid til samtale med en sundhedsfaglig visitator for månederne april til september.

Det ses, at der har været en vis variation i ventetiden over de seks måneder. Både den mediane ventetid og ventetiden, inden for hvilken 90 % af opkaldene besvares, topper i juli måned, hvor den mediane ventetid var 8 minutter og 90 % kvartilen 21,5 minutter.

Der ses en svag tendens til, at der er sket et fald i 90 % percentilen i løbet af de seks måneder fra april til september.

⁹ http://www.regionh.dk/topmenu/Nyt_Presse/Nyheder/Arkiv/Saadan+skal+ventetiden+til+1813+bringes+ned.htm?printpage=false

Figur 3.7 Udviklingen i ventetid til samtale med sundhedsfaglig visitator fra april til september 2014



I nedenstående tabel 3.7 ses den mediane ventetid, 90 % percentilen og den gennemsnitlige ventetid for samtale med sundhedsfaglig visitator fordelt på månederne april til september.

Tabel 3.7 Ventetider til samtale med sundhedsfaglig visitator i Akuttelefonen 1813 fordelt på månederne april til september 2014

	Median ventetid (i minutter)	90 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal
April	3,4	15,9	6,1	83.425
Maj	3,8	12,6	5,3	81.754
Juni	4,2	16,1	6,3	80.550
Juli	8,0	21,5	10,0	71.350
August	4,5	15,2	6,4	73.867
September	3,5	11,4	4,8	71.293

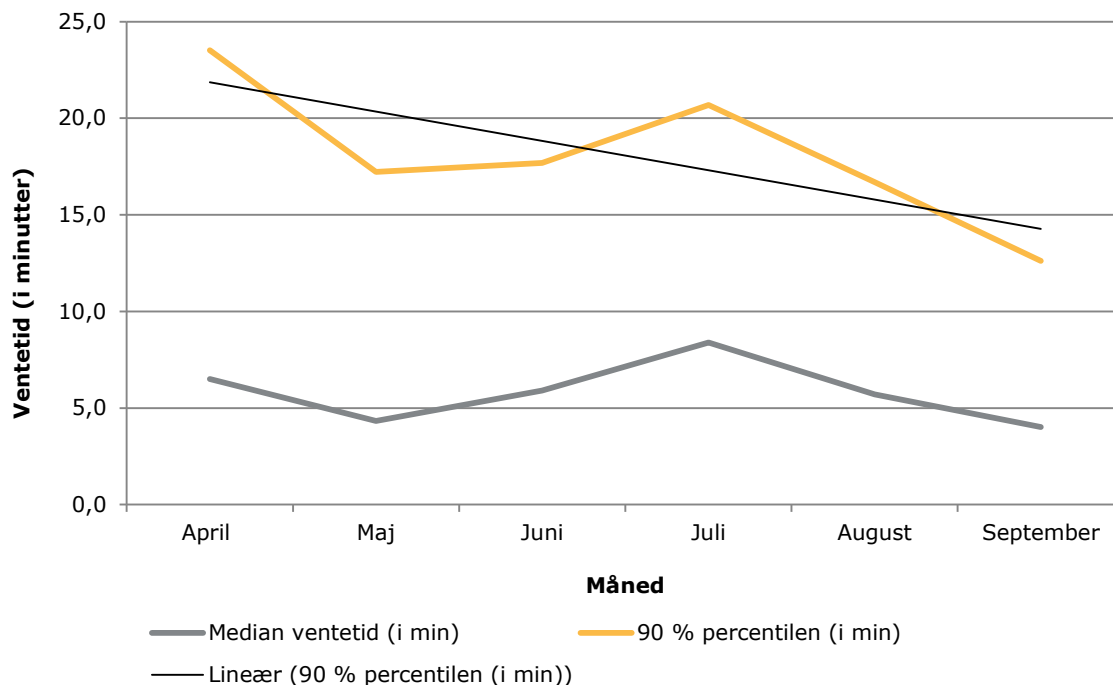
I nedenstående figur 3.8 ses udviklingen i den mediane ventetid og 90 % percentilen for ventetid til samtale med læge.

Det ses ligesom hos de sundhedsfaglige visitatorer, at der har været en top i ventetiderne i juli måned 2014, hvor den mediane ventetid på at komme igennem til en læge var 8,4 minutter, og 90 % percentilen var på 20,7 minutter.

Der er over perioden en klar tendens til, at ventetiden til at komme igennem til en læge er faldet målt ved 90 % percentilen. Den længste 90 % percentil for ventetider er observeret i april

måned 2014 med en ventetid på 23,5 minutter, hvorimod den laveste ventetid målt ved 90 % percentilen også er målt i april måned med en ventetid på 12,6 minutter.

Figur 3.8 Ventetider til samtale med læge i Akuttefonen 1813 fordelt på månederne april til september



I tabel 3.8 ses den mediane ventetid, 90 % percentilen og gennemsnitsventetiden for samtale med læge fordelt på månederne april til september.

Tabel 3.8 Ventetider til samtale med læge i Akuttefonen 1813 fordelt på månederne april til september 2014

	Median ventetid (i minutter)	90 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal
April	6,5	23,5	9,5	22.233
Maj	4,3	17,2	6,7	23.510
Juni	5,9	17,7	7,7	19.786
Juli	8,4	20,7	9,9	13.473
August	5,7	16,7	7,2	14.225
September	4,0	12,6	5,3	14.163

3.2.2 Ventetid til undersøgelse i akutmodtagelser og -klinikker i 2014

I nedenstående tabel 3.9 ses ventetiderne til behandling i akutmodtagelser og akutklinikker i perioden 1. april til 1. september 2014.

Tabellen viser, at den mediane ventetid for alle, der har haft kontakt med akutmodtagelser og akutklinikker, er 24 minutter. 75 % af alle kontakter (75 % percentilen) har haft en ventetid på mindre end 56 minutter. I behandlersporet, hvor patienten ikke er akut, har den mediane ven-

tetid været 29 minutter, mens der i vurderingsspor har været en median ventetid på 11 minutter.

Tabel 3.9 Ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker opdelt i behandlerspor og vurderingsspor

	Median ventetid (i minutter)	75 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal patienter
Behandlerspor	29	60	46	182.007
Vurderingsspor	11	42	38	85.773
Total	24	56	43	267.794

Tabel 3.10 viser ventetiderne opgjort for henholdsvis patienter, der har været i kontakt med Akuttelefonen 1813, før de ankommer til akutmodtagelsen eller -klinikken, og for patienter der ikke forudgående har været i kontakt med Akuttelefonen 1813.

Det ses, at den mediane ventetid for patienter, der har haft kontakt til Akuttelefonen 1813, før de mødte op i akutmodtagelsen eller akutklinikken, er ubetydeligt mindre end for patienter, der er selvhenvendende og dermed ikke har haft kontakt til Akuttelefonen 1813¹⁰.

Når vi ser på 75 % percentilen, ses det, at for patienter fra Akuttelefonen 1813 henvist til behandlerspor, som altså er triageret af 1813, har en betydeligt kortere ventetid målt ved 75 % percentilen end gruppen af selvhenvendende, hvilket er henholdsvis 58 minutter og 73 minutter. Der er ikke forskel på de to grupper, når vi ser på vurderingsspor. Dette er forventeligt, da disse patienter bliver triageret ved ankomst.

Tabel 3.10 Ventetider på akutmodtagelser og akutklinikker opdelt i behandlerspor og vurderingsspor opdelt på, om patienten er selvhenvender eller henvist fra Akuttelefonen 1813

		Median ventetid (i minutter)	75 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal patienter
Besøg, der er kommet via 1813	Behandlerspor	29	58	44	143.049
	Vurderingsspor	16	56	46	31.556
	Total	27	58	44	174.619
Besøg uden forudgående henvendelse til 1813	Behandlerspor	31	73	52	36.401
	Vurderingsspor	17	57	46	27.766
	Total	25	67	49	64.167

I nedenstående tabel 3.11 ses ventetiden totalt, i behandlerspor og vurderingsspor for perioderne fra kl. 08-16, fra kl. 16-22 og fra kl. 22-08.

Af nedenstående kan ses, at der ikke er relevante forskelle i medianventetiden i de tre tidsrum.

¹⁰ At den totale mediane ventetid ligger under den fordelte mediane ventetid skyldes forskelle i fordelingerne af de to komponenter.

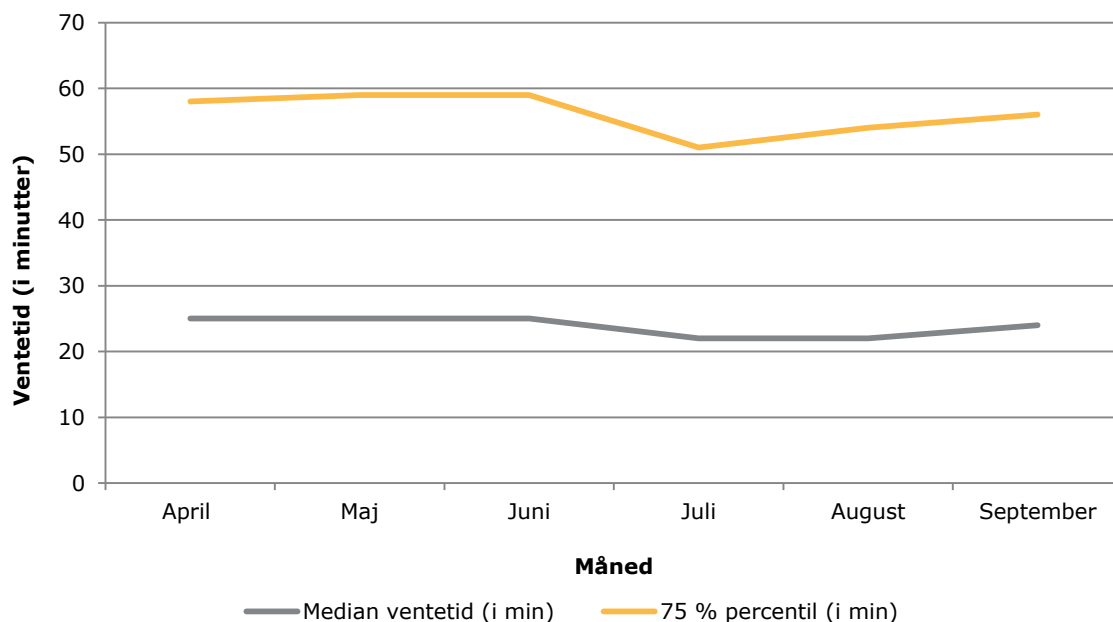
Tabel 3.11 Medianventetiden på akutmodtagelser og akutklinikker opdelt i behandlerspor og vurderingsspor og opdelt på 8-timers intervaller

Median ventetid (i minutter)	Kl. 08-16	Kl. 16-22	Kl. 22-08
Behandlerspor	30	29	29
Vurderingsspor	11	10	12
Total	24	25	19

Det fremgik af analysen af ventetider for Akuttelefonen, at der er betydelig variation i de enkelte måneder i analyseperioden fra april til september 2014.

I nedenstående graf er de mediane ventetider og 75 % percentilen for ventetid til akutmodtagelser og -klinikker opgjort i månederne april til september 2014. Det ses, at ventetiderne er relativt stabile over perioden.

Figur 3.9 Udviklingen i medianventetiden til akutmodtagelser og akutklinikker i perioden april til september 2014



3.2.3 Ventetid i lægevagten i 2013

Med indførelsen af det EVA og Akuttelefonen 1813 blev hele det akutte område i Region Hovedstaden omlagt. I dette afsnit fremlægges de foreliggende tal for ventetiden i vagtlægen i 2013, som med visse forbehold kan sammenholdes med ovenstående analyser af ventetiden til Akuttelefonen 1813. Tallene dækker hele 2013 og er derfor ikke korrigeret for sæsonudsving.

I nedenstående tabel 3.12 ses, hvor stor en del af opkaldene til vagtlægen der blev besvaret inden for et, to, tre og fire minutter. Af tabellen fremgår, at 76 % af alle opkald er besvaret inden for et minut, og 92 % af alle opkald er besvaret inden for fire minutter.

Sammenlignet med tallene for ventetid til Akuttelefonen 1813 kan ses, at 90 % percentilen lå imellem tre og fire minutter.

Som det sås i tabel 3.6, var 90 % percentilen for ventetid til at tale med sundhedsfaglig visitator knapt 16 minutter i perioden 1. april til 30. september 2014.

Det kan konkluderes, at Akuttelefonen 1813 i analyseperioden har haft betydeligt længere ventetid end lægevagten i 2013.

Tabel 3.12 Ventetid i forhold til henvendelser på vagtlægeområdet i hele 2013

Antal opkald besvaret/ afbrudt inden for	1 minutter	2 minutter	3 minutter	4 minutter	Antal opkald
Opkald besvaret	76 %	85 %	89 %	92 %	807.405
Opkald afbrudt	77 %	86 %	90 %	93 %	49.499
Samlet	76 %	85 %	89 %	92 %	856.904

Kilde: Årsberetning for Lægevagten 2013 (2014)¹¹.

3.3 Økonomi

I dette afsnit stimeres de økonomiske konsekvenser ved indførslen af EVA og Akuttelefonen 1813.

Først opgøres driftsudgifterne til henholdsvis Akuttelefonen 1813 og vagtlægen. Herefter analyseres, om der er forskelle i de efterfølgende udgifter til behandling i det øvrige sundhedsvæsen.

Ved sammenligning er det vigtigt at understrege, at de to systemer er ret forskellige. Ser vi isoleret på Akuttelefonen 1813, har den ud over de samme opkald som vagtlægen også den visiterende funktion i forhold til akutmodtagelser og -klinikker.

Indførslen af EVA har derudover medført ændringer i hele akutsystemet fra en ændring af den initiale kontakt til Akuttelefonen over akutmodtagelser og -klinikker og videre i behandlingssystemet på de enkelte sygehusafdelinger. I tiden før EVA var der flere indgange til akut behandling i Region Hovedstaden, og disse udgjorde de samlede udgifter. Med indførslen af EVA er systemet blevet enklere, men der er stadig flere indgange til den akutte behandling i regionen. Det har derfor ikke været muligt at lave en samlet vurdering af de samlede udgifter til systemet inden for rammerne af indeværende rapport.

3.3.1 Driften af Akuttelefonen 1813

I budgettet for 2014 afsatte Region Hovedstaden 155,5 mio. kr. til EVA, svarende til de budgetterede udgifter til PLO's drift af lægevagten i 2013. De 155,5 mio. kr. var fordelt på 140,7 mio. kr. til driften af Akuttelefonen 1813 og den øgede aktivitet i akutmodtagelser og akutklinikker samt en reserve på 15 mio. kr., der kunne bruges, hvis ikke servicemålene kunne overholdes¹². I marts 2014 blev der udmøntet en merudgift på 8,5 mio. kr. af reserven til aflønning af ekstra lægebemanding i EVA og en merudgift på 5 mio. kr. til styrkelse af Akuttelefonen¹³.

Det samlede reviderede budget for EVA efter 1. økonomirapport fra marts 2014 fremgår af tabel 3.13.

¹¹ https://www.sundhed.dk/content/cms/25/4825_aarsberetning-laevagten2013-regionh.pdf.

¹² Fremtidens sundhedsvæsen i den grønne og innovative metropol (september 2013).

¹⁰ Notat: Disponering af reserve på 15 mio. kr. afsat i budget 2014 vedrørende enstrenget og visiteret akutsystem (marts 2014).

Tabel 3.13 Budget for EVA efter 3. økonomirapport 2014

Udgiftssted	Udgift i mio. kr.
Akutmodtagelser og akutklinikker	44,7
Den Præhospitale Virksomhed (DPV)	97,4
Styrkelse af akuttelefonen (DPV)	5,0
Merforbrug grundet rekrutteringsudfordringer ^a	6,0
Center for It, Medico og Telefoni	3,7
Tidsforskydning IT-etablering (overførsel fra 2013) ¹⁴	3,4
I alt	160,2

Kilde: 3. økonomirapport 2014, Region Hovedstaden, og fremsendt detaljeret budget fra Region Hovedstaden.

Note: ^a Dette ligger inden for det forventede merforbrug.

3.3.2 Driften af lægevagten

Opgørelsen af driftsudgifterne for lægevagten bygger på oplysninger fra "Årsberetning for Lægevagten 2013" udarbejdet af Region Hovedstaden.

Det ses af tabel 3.14, at de samlede udgifter til driften af lægevagten i hele 2013 var på 163,6 mio. kr. Af disse blev godt 15 mio. kr. brugt til driften, mens de resterende godt 148 mio. kr. blev brugt til ydelseshonorarer. Ydelseshonorarerne vil blive beregnet for analyseperioden i næste afsnit.

Tabel 3.14 Udgifter ved lægevagten i hele 2013 opdelt på ydelseshonorarer og driftsudgifter

Udgiftssted	Udgift i mio. kr.
Ydelseshonorarer	148,4
Driftsudgifter	15,2
I alt	163,6

Kilde: Årsberetning for Lægevagten 2013 (maj 2014).

I nedenstående tabel ses de samlede driftsudgifter ved lægevagten i 2013 fordelt på udgiftskomponenter. Det ses, at den største post var kørsel med over to tredjedele af udgifterne.

Tabel 3.15 Driftsudgifter ved lægevagten i hele 2013 opdelt på forskellige konti

Udgift	Kroner
Kørsel	10.805.519
Forbindsstoffer, hjertestarter, osv.	439.366
It og telefoni	2.629.847
Administration	730.135
Inventar	5.401
Bånding af samtaler	80.237
I alt	15.179.106

Kilde: Årsberetning for lægevagten 2013 (maj 2014).

¹⁴ Dette er ikke en varig udgift, men en etableringsudgift og derfor ikke en driftsudgift.

3.3.3 Afledt produktionsværdi af behandling efter kontakt ved Akuttelefonen 1813 og ved lægevagten

I nedenstående analyse er efterfølgende behandling i sundhedsvæsenet værdisat med DRG- eller DAGS-takster for hospitalsbehandling og sygesikringstakster for behandling i praksissektoren. Beregningerne bygger på årets takster og er beregnet i årets priser. Det vil sige, at der benyttes landsgennemsnitlige omkostninger til at værdisætte de enkelte behandlinger i hospitalsregi udført efter kontakt med Akuttelefonen 1813. Hvis der er systematiske forskelle imellem patienter behandlet efter kontakt med Akuttelefonen i Region Hovedstaden og andre patienter, så vil den afledte produktionsværdi give et over- eller underestimeret billede af omkostningerne ved efterfølgende behandling.

I denne analyse sammenlignes den afledte produktionsværdi af behandling i det øvrige sundhedsvæsen efter kontakt til henholdsvis Akuttelefonen 1813 og lægevagten.

Nedenstående tabel 3.16 viser den gennemsnitlige produktionsværdi ved den eventuelle efterfølgende behandling i sundhedsvæsenet.

Det ses, at borgere, der har modtaget behandling i akutmodtagelse og -klinik, efter kontakt ved Akuttelefonen 1813 gennemsnitligt har modtaget behandling med højere produktionsværdi end borgere, der har haft en kontakt i lægevagten. Dette gælder både børn (269 kr. forskel) og voksne (239 kr. forskel). Når vi ser på afledt produktionsværdi ved anden ambulansbehandling, har voksne lavere værdi efter kontakt med Akuttelefonen end ved kontakt med lægevagten (344 kr. mindre), hvor det modsatte er tilfældet for børn (78 kr. mere) – dette er dog ikke signifikant. Ser vi på stationær behandling, har voksne og børn højere – ikke-signifikante – værdier ved indlæggelse efter kontakt med Akuttelefonen end ved kontakt med lægevagten. Når vi ser på den afledte produktionsværdi ved efterfølgende behandling i almen praksis, er værdierne stort set identiske. Det ses endvidere, at borgere, der har modtaget efterfølgende behandling i lægevagten, efter kontakt til denne har værdier på henholdsvis 261 kr. for voksne og 225 kr. for børn.

Der kan af nedenstående ikke ses systematisk højere produktionsværdi ved efterfølgende behandling ud over behandling i akutmodtagelser og -klinikker efter kontakt ved Akuttelefonen 1813 set i forhold til efterfølgende behandling efter kontakt med lægevagten.

Tabel 3.16 Gennemsnitlige afledt produktionsværdi pr. patient identificeret i det øvrige sundhedsvæsen

		akutmodtagelse og akut-klinik	anden ambulansbehandling	stationær behandling	almen praksis	anden behandling i lægevagten
Voksne	Efter kontakt ved Akuttelefonen 1813	kr. 780	kr. 1.179	kr. 26.345	kr. 134	-
	Efter kontakt ved lægevagten	kr. 540	kr. 1.524	kr. 28.216	kr. 133	kr. 261
	<i>Forskel</i>	kr. 239	-kr. 344	-kr. 1.871	kr. 1	
Børn	Efter kontakt ved Akuttelefonen 1813	kr. 967	kr. 1.073	kr. 13.415	kr. 135	-
	Efter kontakt ved lægevagten	kr. 698	kr. 995	kr. 14.372	kr. 136	kr. 225
	<i>Forskel</i>	kr. 269	kr. 78	-kr. 957	kr. 0	

Note: Signifikante forskelle er markeret med **fed** skrift.

Kilde: Beregninger på baggrund af de af Region Hovedstaden leverede data. Udgifter i praksisregi er værdisat med honorarer, mens produktionsværdi i hospitalsregi er værdisat med DRG- og DAGS-takster.

4 Diskussion

KORA har i denne rapport analyseret en række tekniske og økonomiske aspekter af indførslen af EVA med specielt fokus på Akuttefonen 1813. Det er blevet undersøgt, hvem borgerne kommer i kontakt med ved opkald, hvordan borgerne afsluttes, og hvilket forbrugsmønster borgere med kontakt til Akuttefonen 1813 efterfølgende har haft i det øvrige sundhedsvæsen efter opkaldet.

Data og metode

Data til analyserne består af registerdata leveret af Region Hovedstaden, mens data for opkald til Akuttefonen 1813 og hændelsesdata efter samtale med Akuttefonen 1813 er leveret fra Region Hovedstadens administrative register. Disse data er ikke kvalitetstjekket af regionen. Der er i forbindelse med denne analyse udført en række logiske tests for at sikre, at der ikke er systematiske fejl i data. Det må overordnet antages, at registreringerne i Akuttefonens systemer er valide. Enkelte fejlregistreringer vil ikke påvirke de samlede resultater. For opkaldsdata og hændelsesdata er der en række kontakter med manglende CPR-numre. Dette gør, at det videre forbrug af sundhedsvæsenet ikke kan følges for disse opkald. Hvis de varierer systematisk, kan dette have betydning for analysen af den videre brug af sundhedsydelser.

Praksisdata og hospitalsdata bygger på datakilder, der ofte benyttes til forskningsformål, og som ligger til grund for afregning imellem henholdsvis Region Hovedstaden og praksissektoren og Region Hovedstaden og kommunerne. Der foretages løbende kvalitetstjek af disse data. Disse registre antages at være komplette.

Der er valgt at afrapportere deskriptivt for at gøre beregningerne så gennemsigtige som muligt. Der foreligger data for hele populationen, så der er ikke tale om en stikprøve. Det vil sige, at de angivne tal ikke er estimater, men de faktiske værdier.

Den efterfølgende aktivitet i det øvrige sundhedsvæsen afgrænses til kontakter, der har fundet sted inden for den pågældende dag eller dagen efter. Dette medfører, at fx planlagte ambulante besøg på sygehuset eventuelt kædes sammen med opkald til Akuttefonen, og at kontakt til almen praksis efter kontakt fredag aften eller lørdag ikke medtages. Dette betyder, at de angivne tal skal ses som indikatorer for forløbskæder udsprunget fra Akuttefonen 1813.

Resultater

Resultaterne viser, at størstedelen af samtalerne i Akuttefonen 1813 behandles af en sundhedsfaglig visitator (ca. 82 %), og at ca. 18 % af samtalerne udføres af en læge. Af alle første-responser er ca. 22 % – svarende til lidt flere end hvert femte opkald – blevet viderestillet til en læge. Der har været fokus på samspillet mellem sundhedsfaglige visitatorer og læger i Akuttefonen 1813¹⁵. Det har ikke været muligt at bestemme, hvilke lægelige problemstillinger der har ligget til grund for, at et opkald er blevet viderestillet til en læge.

Af de opkald, der er blevet afsluttet i Akuttefonen 1813, er godt en tredjedel (33 %) blevet henvist til behandlersporet i en akutmodtagelse eller -klinik. Knap hver fjerde afsluttede samtale i Akuttefonen er henvist til egenomsorg (ca. 23 %), og knap hver tiende er afsluttet til vurderingssporet (ca. 9 %).

Når vi ser på den afledte aktivitet, er størstedelen af de borgere, der har haft kontakt til Akuttefonen 1813, set i den del af sundhedsvæsenet, som de er blevet henvist til. Af de borgere, der er afsluttet til akutmodtagelse og -klinik, har ca. 84 % af voksne og ca. 72 % af børn haft deres første kontakt i akutmodtagelse eller -klinik, når de er afsluttet til behandlersporet, og ca. 69 % af voksne og 63 % af børn deres førstekontakt i akutmodtagelse og -klinik, når de er

¹⁵ Se Wadmann, Kjellberg og Kjellberg (2015).

afsluttet til vurderingssporet. For børn henvist til vurderingssporet gælder, at ca. 30 % har deres førstekontakt i en ambulans afdeling.

Størstedelen af borgere henvist til behandlersporet har også deres sidste kontakt her. Dette gælder for ca. 71 % af voksne og ca. 63 % af børn.

Af borgere, der er henvist til egenomsorg, ses under 25 % i sundhedsvæsenet inden for det følgende døgn for voksne og under 20 % for børn. De borgere, der kan identificeres, ses hovedsagelig hos alment praktiserende læge.

Borgere, der er afsluttet til egen læge den følgende dag, kan identificeres hos egen læge ved ca. hver fjerde henvisning. Cirka 65 % voksne, der er blevet afsluttet til egen læge, genfindes ikke i sundhedsvæsenet, mens dette gælder for ca. 69 % af børnene.

Overordnet set peger resultaterne i retning af, at patienterne i vid udstrækning følger den rådgivning, som bliver lagt med afslutningen i Akuttefonen 1813. Den kliniske rigtighed af forløbene undersøges i anden sammenhæng af Region Hovedstaden.

Der er i perioden fra 1. april til 1. august 2014 set et betydeligt fald i andelen af specielt børn, der indlægges efter kontakt til Akuttefonen 1813, hvilket skyldes en ændring i registreringspraksis.

Når man ser på ventetider til at komme igennem til Akuttefonen 1813, er 90 % af opkaldene til en visitatorsundhedsfaglig visitator besvaret inden for ca. 15,7 minutter, og 90 % af opkaldene til en læge er besvaret inden for 18,5 minutter. Ventetiden er langt over de af Region Hovedstaden fastsatte mål, som var, at 90 % af opkaldene skulle være besvaret inden for 3 minutter. Dette mål er sat for at modsvare den ventetid, der var i lægevagten i 2013, samt på baggrund af erfaringer fra den oprindelige Akuttefon. Der ses betydelig variation i løbet af dagen, således at 90 % af opkaldene mellem kl. 07 og 08 om morgenen bliver besvaret inden for 8 minutter, mens der går ca. 23 minutter, inden 90 % af opkaldene er besvaret mellem kl. 11 og 12 om formiddagen. Vi har i perioden fra 1. april til 30. september 2014 ikke kunnet se et fald i, hvor lang tid der går, før 90 % af opkaldene er besvaret, når vi ser på opkald besvaret af sundhedsfaglig visitator. Vi har derimod kunnet se et fald i 90 % percentilen for opkald besvaret af læge – fra ca. 24 minutter i april til ca. 13 minutter i september 2014.

Alle besøg i akutmodtagelser og -klinikker bør gå igennem Akuttefonen 1813. Når vi ser på ventetider i akutmodtagelser og klinikker, har borgere, der har været i kontakt, betydeligt kortere ventetid end selvhenvendere. Dette gælder for behandlersporet, hvor borgeren er triageret. 75 % af patienterne i behandlersporet er blevet behandlet inden for henholdsvis 58 minutter for borgere visiteret igennem Akuttefonen 1813 og 73 minutter for selvhenvendere.

Udgifterne til driften af EVA i Region Hovedstaden ser ud fra de korrigerede budgettal ud til at ligge på et sammenligneligt niveau med driften af lægevagten i 2013. Der har været betydelige udfordringer med bemanningen, hvorfor budgettet er blevet udvidet med henholdsvis 5 mio. kr. til styrkelse af Akuttefonen og 6 mio. kr. i højere personaleudgifter grundet rekrutteringsudfordringer. Samlet set ser EVA ud til at koste 160,2 mio. kr. i 2014, hvilket er på niveau med driftsomkostningerne for lægevagten i 2013.

For at undersøge eventuelle forskelle mellem EVA og den tidligere vagtlægeordning i udgifter til afledt behandling er efterfølgende kontakter i hospitalsregi blevet værdisat med DRG- og DAGS-takster, mens kontakter i praksissektoren er værdisat med de gældende praksistakster. Det skal understreges, at DRG- og DAGS-taksterne er udtryk for *produktionsværdien* af handlingerne og ikke den faktiske pris. Sammenligningen viser, at produktionsværdien ved behandling på akutte modtagesteder er signifikant højere for børn og voksne, som har haft kontakt til Akuttefonen 1813. Omvendt ses det, at produktionsværdien af videre ambulans

behandling er signifikant lavere for voksne. Produktionsværdien af stationær behandling og prisen for behandling i almen praksis er ikke signifikant forskellig fra den tidligere vagtlægeordning til EVA. Udgifter til behandling i lægevagten er bortfaldet i 2014. Samlet kan det konkluderes, at der ikke er en systematisk tendens til, at produktionsværdien af afledt behandling i det omkringliggende sundhedsvæsen er højere i EVA end i den tidligere vagtlægeordning.

5 Konklusion

Den tekniske analyse af opkalds- og hændelsesdata fra Akuttelefonen 1813 og borgernes eventuelle videre forløb i sundhedsvæsenet viser, at Akuttelefonen på mange punkter fungerer som forventet. Størstedelen af opkaldene besvares og afsluttes af en sygeplejerske, mens en mindre andel viderestilles til læge. Borgere henvises til behandlerspor eller vurderingsspor på akutmodtagelser og -klinikker, til egenomsorg eller til egen læge den følgende dag. Borgere med kontakt til Akuttelefonen 1813 følger generelt det forløb, der er udstukket, når de afsluttes. Der er dog en relativt stor andel, som indlægges efter kontakt til Akuttelefonen 1813, specielt efter henvisning til vurderingsspor. Der har været en faldende andel indlæggelser efter kontakt med Akuttelefonen 1813, og det bør undersøges nærmere, om niveauet har nået et klinisk meningsfuldt niveau. De efterfølgende kontakter i sundhedsvæsenet ligger, bortset fra indlæggelser, i analyseperioden for Akuttelefonen 1813 i 2014 på niveau med vagtlægen i analyseperioden i 2013.

Ventetiden til samtale med Akuttelefonen 1813 har i analyseperioden ligget langt over det planlagte servicemål, og der har ikke været betydelige ændringer i ventetiden til førstekontakt i perioden. Der har dog været en forbedring i ventetiden til kontakt med læge. Akuttelefon 1813s hovedopgave er at vejlede borgeren ved sygdom og lede borgeren videre i behandlingssystemet. Der bør derfor fokuseres på at afkorte specielt de meget lange ventetider.

Det har ikke været muligt at identificere de totale økonomiske effekter ved indførslen af EVA. Der har været nogle udfordringer i forbindelse med rekruttering, som har medført øgede udgifter til driften af EVA. Disse udgifter har dog indtil videre kunnet afholdes inden for den initialt afsatte ramme, der er sat på baggrund af udgifterne til lægevagten. Afledt aktivitet har højere produktionsværdi i akutmodtagelser og -klinikker, men lavere produktionsværdi for afledt ambulans behandling for voksne.

Litteratur

Dilling, S. (2014). Lægeformand: Vi mangler stadig vigtige oplysninger om vores patienter fra 1813. *Politikens Netavis*, 17.1.2014.

Holst, N. (2014). Stadig lange ventetider på akuttelefonen. *Politikens Netavis*, 15.1.2014.

Pedersen, P. (2013). Debatindlæg: Kære patienter i Region Hovedstaden. *Ugeskrift for Læger*, 75(42), 2509-2510.

Region Hovedstaden. (2013). *Mødesag. Regionsrådsmøde d. 12.3.2013*. Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden. (2014). *Mødesag. Regionsrådsmøde d. 4. februar 2014*. Region Hovedstaden.

Sundhedsstyrelsen. (2014). *Rapport vedr. Sundhedsstyrelsens tilsyn med 1813 og tilsynsbesøg d. 12. marts 2014 på 1813*. København: Sundhedsstyrelsen.

Wadmann, S.; Kjellberg J.; Kjellberg P. (2015) Enstrenget og visiteret akutsystem i Region Hovedstaden - organisationsanalyse. København: KORA.

Zhan, C. (2014). Åbent brev til regionsrådsformand Sofie Hæstrup Andersen: For mange børn kommer på hospitalet. *Berlingske Tidendes Netavis*, 21.1.2014.

Bilag 1 Bilagstabeller

Bilagstabel 1.1 Hændelser i data fra Akuttelefonen 1813 og oversættelse til overordnede kategorier

Samlede kategorier	Hændelser ved afslutning i Akuttelefonen 1813
Henvist til behandlerspor	Behandlerspor almen sygdom Behandlerspor almen sygdom nat Behandlerspor skade Behandlerspor almen sygdom barn Behandlerspor skade barn
Henvist til egenomsorg	Egenomsorg
Henvist til vurderingsspor	Vurdering (kirurgi-skade-medicin) Vurdering (medicin)
Henvist til egen læge næste dag	Egen læge Egen læge opfølgning
Hjemmebesøg	Hjemmebesøg Hjemmebesøg haster Hjemmekonsultation epikrise
Speciallæge	Speciallæge øre-næse-hals/øjnlæge Tandlæge
Indlæggelser	Indlæggelse Indlæggelse barn
Psykiatri	Psykiatrisk akutberedskab Psykiatrisk modtagelse Psykiatrisk telefonkonsultation Børnepsykiatrisk modtagelse
Læge telefonkonsultation-recept	Læge telefonkonsultation med recept
Andet	Andet Kommunal opgave

Note: Opdeling ud fra tilsendt SAS-kode fra Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden.

Bilagstabel 1.2 Udviklingen i hvordan opkald til Akuttelefonen 1813 er blevet afsluttet, opgjort i faktiske tal og andele

	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep
Andet	6.134	5.966	5.793	4.865	5.343	4.541	7,5 %	7,4 %	7,3 %	6,9 %	7,2 %	6,4 %
Henvist til behandlerspor	26.680	26.086	26.302	22.496	24.925	23.687	32,8 %	32,5 %	33,2 %	31,9 %	33,6 %	33,3 %
Henvist til egen læge næste dag	12.689	11.796	11.318	11.604	10.994	11.343	15,6 %	14,7 %	14,3 %	16,4 %	14,8 %	15,9 %
Henvist til egenomsorg	17.805	18.272	18.945	16.574	17.375	16.610	21,9 %	22,8 %	23,9 %	23,5 %	23,4 %	23,3 %
Henvist til vurderingsspor	7.198	8.220	7.525	6.707	6.453	6.553	8,8 %	10,2 %	9,5 %	9,5 %	8,7 %	9,2 %
Henvist til hjemmebesøg	1.976	1.830	1.758	1.589	1.900	1.582	2,4 %	2,3 %	2,2 %	2,3 %	2,6 %	2,2 %
Henvist til indlæggelse	2.129	2.280	2.310	2.497	2.562	2.456	2,6 %	2,8 %	2,9 %	3,5 %	3,5 %	3,4 %
Læge telefon-konsultation med recept	5.542	4.702	4.237	3.201	3.561	3.534	6,8 %	5,9 %	5,3 %	4,5 %	4,8 %	5,0 %
Henvist til psykiatri	272	237	248	223	198	233	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Henvist til speciallæge	914	834	813	815	783	698	1,1 %	1,0 %	1,0 %	1,2 %	1,1 %	1,0 %
Manglende oplysninger	3.854	3.742	3.679	3.625	2.663	2.421						

Bilagstabel 1.3 Identifikation af akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden

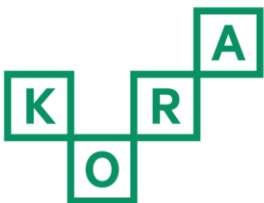
Sygehus	SKS-kode
Bispebjerg Hospital	1309470
	1309478
	1309479
	1309697
	1309698
Rigshospitalet	1301288
Hvidovre Hospital	1330190
	1330199
Amager Hospital	1351400
	1351408
	1351409
Gentofte Hospital	1501098
Glostrup Hospital	150206K
	150206X
Herlev Hospital	1516360
	1516368
	1516369
Nordsjællands Hospital	2000177
	2000178
	2000179
	200017A
	2000171
Bornholms Hospital	4001048

Bilagstabel 1.4 Ventetider for samtale med læger i Akuttelefonen 1813 opdelt for hvert af døgnets 24 timer

Time på døgnnet	Median ventetid (i minutter)	90 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal
00:00-01:00	3,1	15,3	5,9	3.288
01:00-02:00	2,3	15,6	5,4	2.679
02:00-03:00	1,4	12,4	4,3	2.242
03:00-04:00	0,4	9,7	3,1	1.860
04:00-05:00	0,4	10,4	3,3	1.750
05:00-06:00	0,3	11,0	3,3	1.705
06:00-07:00	1,2	10,8	3,8	2.352
07:00-08:00	2,1	11,2	4,2	3.846
08:00-09:00	6,3	16,4	7,6	3.894
09:00-10:00	10,5	23,1	12,1	3.621
10:00-11:00	13,0	26,1	14,4	3.481
11:00-12:00	12,5	27,3	14,4	3.074
12:00-13:00	9,6	22,5	11,7	2.960
13:00-14:00	8,2	22,2	10,3	2.752
14:00-15:00	5,9	17,4	8,0	2.999
15:00-16:00	3,5	15,0	5,8	3.976
16:00-17:00	7,4	20,8	9,5	9.207
17:00-18:00	6,4	17,3	7,8	8.524
18:00-19:00	5,1	17,5	7,2	8.130
19:00-20:00	6,3	16,8	7,9	7.856
20:00-21:00	5,9	18,4	7,9	8.007
21:00-22:00	3,9	18,2	6,9	7.634
22:00-23:00	4,9	17,5	7,2	6.474
23:00-24:00	3,3	16,0	6,1	5.079

Bilagstabel 1.5 Ventetider for samtale med sundhedsfaglig visitator i Akuttelefonen 1813 opdelt for hvert af døgnets 24 timer

Time på døgnet	Median ventetid (i minutter)	90 % percentilen (i minutter)	Gennemsnitlig ventetid (i minutter)	Antal
00:00-01:00	4,1	14,2	6,1	9.236
01:00-02:00	2,2	10,5	4,2	7.197
02:00-03:00	0,6	6,6	2,2	5.958
03:00-04:00	0,2	5,2	1,7	4.969
04:00-05:00	0,2	3,9	1,2	4.676
05:00-06:00	0,2	4,4	1,3	5.350
06:00-07:00	1,1	8,6	2,8	8.907
07:00-08:00	2,3	8,3	3,5	15.369
08:00-09:00	4,2	12,6	5,7	20.293
09:00-10:00	8,4	20,8	9,9	21.610
10:00-11:00	8,3	23,3	10,3	22.013
11:00-12:00	7,7	22,3	9,8	20.515
12:00-13:00	6,4	20,3	8,7	19.674
13:00-14:00	6,0	17,9	7,7	19.606
14:00-15:00	3,4	12,5	5,1	20.892
15:00-16:00	1,6	8,4	3,1	24.897
16:00-17:00	3,4	11,4	4,8	38.497
17:00-18:00	4,2	12,0	5,4	35.798
18:00-19:00	5,4	13,9	6,7	34.936
19:00-20:00	7,8	18,2	9,1	32.944
20:00-21:00	5,3	18,7	7,7	30.259
21:00-22:00	3,6	19,0	6,9	25.351
22:00-23:00	3,0	16,7	6,2	19.533
23:00-24:00	2,3	13,5	4,9	13.759



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00