

Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten



Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten

Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten

Fonden for Almen Praksis er opdragsgiver.

Kontakt: dsam@dsam.dk

Copyright© Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2022, 1. udgave, 1. oplag.

Faglig visitationsstandard for lægevagten er udgivet elektronisk på DSAM's hjemmeside: <https://vejledninger.dsam.dk/>

ISBN (elektronisk/html-version): 978-87-91244-30-8

Arbejdsgruppens medlemmer

Carsten Kvist, kontorchef i Region Nordjylland
Charlotte Voglhofer, praktiserende læge (formand for arbejdsgruppen)
Daniel Derman Rotenberg, praktiserende læge
Gitte Søndergård, overlæge i 1813, Region Hovedstaden
Lise Høyer, praktiserende læge
Rasmus Køster-Rasmussen, speciallæge i almen medicin

Sekretariatsbistand

Annette Gehrs, webmedarbejder, DSAM
Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent, DSAM

Forlagsredaktion

Lone Niedziella, LingoLab Translation

Illustrationer

Colorbox og Jannerup Grafisk a/s

Indhold

1	Forord	6
2	Indledning	7
3	Formål med en faglig visitationsstandard	8
4	Generelle krav til lægevagten	9
4.1	Hvad er lægevagtens opgaver?	9
4.2	Hvilke problemstillinger hører under lægevagten?	9
4.3	Hvem visiterer i lægevagten?	9
4.4	Hvad skal lægen vide om de generelle regler?	10
4.4.1	Vagtinstrukser – lokale aftaler	10
4.4.2	Journalføring	10
4.4.3	Lydoptagelser	10
4.4.4	Receptudskrivning	10
4.4.5	Afhængighedsskabende lægemidler	11
4.4.6	Terminale patienter	11
4.4.7	Afrusning	11
4.4.8	Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD	12
4.4.9	Antibiotika	12
5	Patientgrupper og visitation i lægevagten	13
5.1	Patientgrupper i lægevagten	13
5.1.1	Sygesikringsgruppe 1	13
5.1.2	Sygesikringsgruppe 2	13
5.1.3	Turister	13
5.1.4	Asylansøgere	13
5.1.5	Personer i politiets varetægt	14
5.1.6	Fængselsindsatte	14
5.1.7	Soldater/værnepligtige	14
5.1.8	Brug for tolk	14
5.2	Telefonvisitation i lægevagten: Hvortil kan der visiteres?	15
5.2.1	Henvisning til egen læge	15
5.2.2	Henvisning til konsultation	15
5.2.3	Henvisning til sygebesøg	15
5.2.4	Henvisning til 112	15
5.2.5	Henvisning til sygehus	16
5.2.6	Henvisning til skadeklinik/skadestue/psykiatrisk skadestue	16

6	Samarbejdsrelationer – lægevagten og andre aktører i vagttiden	17
6.1	Den præhospitale organisation/AMK	17
6.2	Sygehuse	17
6.3	Den kommunale hjemmepleje	18
6.4	Akutteams	18
6.5	Akutpladser	18
6.6	Plejehjem	18
6.7	Bosteder	18
6.8	Apoteker/behandlerfarmaceuter	19
6.9	Tandlægevagten	19
6.10	Giftlinjen	19
6.11	Fængsler og arrester	19
6.12	Asylcentre	19
6.13	Dødsattester	19
6.14	Politiet	20
6.14.1	Detentionsanbringelse	20
6.14.2	Tvangsindlæggelse	21
6.15	Akut-psykiatriske enheder	21
7	Kursus for vagtlæger	22
7.1	Eksempler på svære diagnoser	22
7.2	Gode råd til telefonvisitation	23

1. Forord

Fonden for Almen Praksis nedsatte en arbejdsgruppe i foråret 2020 til at udforme en faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten. På grund af situationen med corona og udskiftning af medlemmer i gruppen kom den endelige arbejdsgruppe i gang i maj 2021. Arbejdsgruppen består af udpegede speciallæger i almen medicin fra de forskellige regioner, yngre læger og administrative medarbejdere fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), PLO og DSAM.

Den fælles visitationsstandard er et opslagsværk, som har til formål at give et overblik over, hvilke visitationsmuligheder der er i de regionale lægevagter, og hvordan vi arbejder sammen med vores samarbejdspartnere i lægevagten. Samarbejdet mellem sektorerne er en kernekompetence i visitationen af akutpatienter. Derfor har arbejdsgruppen lagt vægt på netop dette samarbejde, da det til tider kan være vanskeligt at have overblikket i den konkrete situation.

Målgruppen er praktiserende læger og vagtlæger.

Hensigten med en faglig visitationsstandard er at sikre et højt fagligt og ensartet niveau i visitationen på tværs af de regionale lægevagtsordninger og at forventningsafstemme de opgaver, som lægevagten bør løse. Visitationsstandarden er en overordnet vejledning til vagtlægerne om, hvordan forskellige patientgrupper håndteres – ikke en detaljeret instruks i behandling af konkrete sygdomme eller symptomer.

Visitationsstandarden er tænkt som en overordnet elektronisk vejledning, som supplerer [Akuthåndbogen](#) og de respektive regionale aftaler samt instrukser, som findes på området. Visitationsstandarden vil løbende blive opdateret, når der kommer nye vejledninger på området. Denne udgave af den fælles visitationsstandard er blevet udarbejdet fra maj 2021 til april 2022.

Med venlig hilsen

Arbejdsgruppen

Carsten Kvist, kontorchef i Region Nordjylland

Charlotte Voglhofer, praktiserende læge (formand for arbejdsgruppen)

Daniel Derman Rotenberg, praktiserende læge

Gitte Søndergård, overlæge i 1813

Lise Høyer, praktiserende læge

Rasmus Køster-Rasmussen, speciallæge i almen medicin

2. Indledning

Rammerne for akut lægebetjening aftales for tre ud af fem regionale lægevagtsordninger via vagtaftaler i de enkelte regioner. "Overenskomst om almen praksis" (OK22, som findes på PLO's hjemmeside) indgås mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Overenskomsten fastlægger, at det er de praktiserende læger, der varetager lægebetjeningen af patienter med akut behov for lægehjælp i vagttid i en vagtordning.

Region Hovedstaden har overtaget vagtlægebetjeningen og tilbyder med "Akuttelefonen 1813" telefonrådgivning og visitation til udkørende lægebesøg samt til sygehusbaserede akutklinikker/lægevagtsklinikker. Region Sjælland overtager lægevagtsbetjeningen pr. 1. oktober 2022, men strukturen er endnu ikke kendt.

Lægevagtsens og de regionale akutlægeordningers opgave er at yde akut almen lægehjælp til patienter, der har behov for det, men som ikke kan vente til egen læges næstkommende åbningstid. Vagttiden er tidsrummet kl. 16-08 på hverdage samt hele døgnet i weekender og på helligdage, jf. OK22 § 38.

Overenskomstens parter er enige om at anbefale en fælles standard for den faglige visitation i lægevagten.

Teksten er så vidt muligt kortfattet, og under nogle afsnit er der nyttige links, hvis man vil vide mere. Det er primært henvisninger til bekendtgørelser og vejledninger på Retsinformation.

3. Formål med en faglig visitationsstandard

Formålet med en faglig visitationsstandard er at sikre et højt fagligt og ensartet niveau i visitationen på tværs af de fem regioner og at forventningsafstemme opgaverne i lægevagten. Målgruppen er de vagtbærende læger.

Målsætningerne med en fælles visitationsstandard er:

- At alle patienter får ensartet visitation for samme problemstillinger på tværs af regionsgrænser.
- At alle vagtlæger har de samme rammer at visitere efter.
- At patienter, der kontakter lægevagten, oplever et sammenhængende sundhedsvæsen.

Visitationsstandarden er en overordnet vejledning til vagtlægerne: Hvordan håndteres forskellige patientgrupper? Hvilke visitationsmuligheder findes i lægevagten? Hvilke generelle regler gælder for lægerne, der arbejder i lægevagten? Det er ikke en detaljeret instruks i behandling af konkrete sygdomme eller symptomer, men en generel vejledning i lægevagtsarbejdet. Akutte symptomer og vejledning i akut visitation kan findes i [DSAM's akuthåndbog](#).

Visitationsstandarden kan med fordel indgå i introduktionen af nye vagtlæger til arbejdet i lægevagten og i efteruddannelse af læger i lægevagten.

4. Generelle krav til lægevagten

4.1 Hvad er lægevagten opgaver?

Lægevagten yder lægehjælp ved pludseligt opstået fysisk eller psykisk sygdom, forværing af eksisterende sygdom, ulykkestilfælde eller andet, der nødvendiggør behandling i vagttiden. Lægevagten har ikke til opgave at håndtere forudsigelige helbredsproblemer, der kan søges løst hos patientens egen læge.

Lægevagten i Danmark har en telefonvisiteret indgang til lægehjælp i vagttiden. Telefon-visitationen skal sikre, at patienten hurtigst muligt modtager det rette tilbud.

Det kan være:

- At give lægelige råd og vejledning
- At udskrive recept på akut og livsvigtig medicin
- At anbefale kontakt til almen praksis næste dag
- At anvisе ambulant fremmøde i lægevagt eller akutklinik
- At anvisе sygebesøg i hjemmet
- At henvise til kommunal sygepleje
- At anvisе indlæggelse eller vurdering på sygehus.

Det er muligt at benytte for-visiteret videokonsultation i lægevagten som ved en fysisk konsultation. Vagtlægen kan også under en telefonkonsultation foreslå en videoløsning, hvis vagtlægen vurderer, at der er faglig indikation herfor.

4.2 Hvilke problemstillinger hører under lægevagten?

Lægevagten primære opgave er at håndtere henvendelser fra borgere med et akut behov for almenmedicinsk bistand uden for dagtiden. Lægevagten bør ikke håndtere andre henvendelser, end hvor indikationen er akut. Lægevagten er stedfortræder for egen læge. Opgaven er at håndtere akutte sundhedsfaglige problemstillinger, der ikke kan vente til patientens egen læge åbner sin praksis i dagtiden.

Henvendelser som hører under politiets beredskab eller den sociale døgnvagt henvises til den rette instans af visitator. Vagtlægen skal dog sikre sig, at indringer kan varetage dette – ellers må vagtlægen sørge for, at den relevante instans bliver inddraget.

4.3 Hvem visiterer i lægevagten?

I Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Sjælland (indtil 1. oktober 2022) er det speciallæger i almen medicin, der visiterer. Læger i fase III kan også visitere, hvis det er besluttet i samarbejdsudvalget, jf. OK22, § 40, stk. 7. Region Hovedstaden anvender både sygeplejersker og læger i visitationen ved Akuttelefonen 1813.

Det stigende antal ældre borgere og patienter med multisygdom og polyfarmaci giver en mere kompleks patientpopulation. Det er en særlig udfordring i lægevagten, fordi vagtlægerne har kontakt med patienter, som de ikke kender i forvejen. Det kan også være en særlig udfordring, hvis visitator ikke har en dagligdag med almenmedicinske akutte fremmødekonsultationer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at visitationen af patienter med somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende eller tidskritisk, foregår i et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter læger med almenmedicinske eller tilsvarende kompetencer og sygeplejersker med relevant erfaring og relevante kompetencer. Ligeledes anbefales det, at visitations- og konsultationslæger arbejder tæt sammen med akutafdelingerne for at sikre en fornuftig kapacitetsudnyttelse og en høj patientsikkerhed.

Læs evt. de anbefalinger for kvalitet i sundhedsydelser, som er udarbejdet af [WHO](#).

4.4 Hvad skal lægen vide om de generelle regler?

4.4.1 Vagtinstrukser – lokale aftaler

De tre lægevagtsorganisationer i Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland har regionale vagtaftaler og lokale vagtinstrukser (find evt. vagtaftaler og -vagtinstrukser på PLO's hjemmeside), der beskriver, hvordan lægevagten drives. Vagtinstruksen fastlægger rammerne for den praktiske drift og beskriver bl.a. lægernes forpligtelser, når de deltager i vagtordningen. Vagtinstruksen indeholder retningslinjer for tildeling af vagter og regler for antal, hyppighed og kombination af vagter, og hvordan den er organiseret lokalt.

4.4.2 Journalføring

Læger og andre sundhedspersoner skal føre patientjournaler over deres virksomhed, jf. [Bekendtgørelse nr. 731 af 08/07/2019 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, kapitel 6, § 21-25](#).

En patientjournal skal indeholde de oplysninger, der er nødvendige for en god og sikker patientbehandling, herunder anamnese, vurdering og plan, jf. [Vejledning nr. 9523 af 01/07/2021 om journalføring for almen praksis og speciallægepraksis](#). Den skal give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behandling, så det er let for de behandlende sundhedspersoner at sætte sig ind i patientens forhold med henblik på at fortsætte behandlingen.

Patientjournalen skal skrives på dansk, men lægefaglige termer må gerne bruges. Notatet skrives med det samme, og der sendes en kopi til patientens praktiserende læge. Vagtlægen skal markere, om det anbefales, at praktiserende læge følger op på patienten eller ej, jf. [Vejledning nr. 10036 af 30/11/2018 om epikriser](#). Hvis anbefaling om opfølgning markeres, skal feltet til beskrivelsen af opfølgningen være udfyldt, før epikrisen kan sendes.

4.4.3 Lydoptagelser

Alle telefonsamtaler bliver lydoptaget. Lydfilerne bliver gemt i fem år til brug for kvalitetskontrol og klagesager, hvor evt. slørede lydoptagelser kan anvendes. Lydoptagelser er ikke en del af journalen og fritager derfor ikke for almindelig journalføringspligt.

4.4.4 Receptudskrivning

Almindelig receptfornyelse foregår hos egen læge i dagtiden. Vagtlægen udsteder kun recepter til behandling af akut opstået sygdom eller ved uopsætteligt behov. Hvis der ved uopsætteligt behov udskrives recepter på vanlig medicin, udskrives den mindst mulige mængde, som kan række, indtil patienten igen kan kontakte egen læge.

4.4.5 Afhængighedsskabende lægemidler

Afhængighedsskabende lægemidler må ikke ordineres over telefonen i lægevagten. Se dog afsnit 4.4.6 om terminale patienter. Afhængighedsskabende lægemidler omfatter:

- Opioider
- Benzodiazepiner
- CNS-stimulerende midler
- Visse andre midler med afhængigheds- eller misbrugspotentiale, som obstiperende midler, antiparkinson-midler, antihistaminer, præparater med virkning på centralnervesystemet og opioidholdige hostemidler.

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler i lægevagten må kun finde sted ved nyopstået akut sygdom eller tilskadekomst og kun efter fremmødekonsultation eller hjemmebesøg.

Lægen skal sikre sig patientens identitet ved forevisning af sygesikringskort eller anden legitimation med navn, CPR-nummer og adresse. Lægen skal også søge oplysninger om patientens øvrige ordinationer i det fælles medicinkort (FMK) og underrette patientens praktiserende læge om den givne behandling/ordination.

Læs [Vejledning nr. 9523 af 19/06/2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler på Retsinformation](#).

4.4.6 Terminale patienter

Hos terminale patienter er målet at lindre patientens symptomer med bl.a. opioider, anxiolytika og antipsykotika. Overvejelser om afhængighedsudvikling er mindre relevante i terminale palliative forløb. Ved opringning fra sygeplejerske sikres patientens identifikation. Sygdomsforløb og ordinationerne skal fremgå af FMK, og begrundelsen for ordinationen skal journalføres.

Det anbefales, at ny ordination af afhængighedsskabende lægemidler sker ved fremmøde eller efter hjemmebesøg, når det ikke af FMK fremgår, at patienten tidligere har fået sådanne lægemidler.

Læs [Vejledning nr. 9523 af 19/06/2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#) på Retsinformation.

4.4.7 Afrusning

Ved abstinenser skal patienten vurderes klinisk, og der skal lægges en lægefagligt forsvarlig plan. Se [Akuthåndbogen](#) vedrørende abstinenssymptomer.

Læger uden det nødvendige kendskab til patienten og/eller til personalet på en evt. behandlingsinstitution el.lign. samt vagtlæger må ikke iværksætte abstinensbehandling eller afrusning.

Læs [Vejledning nr. 9523 af 19/06/2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#) (afsnit 3.2.7 om Afrusning) på Retsinformation.

Ved svære abstinenser, eller ABCDE ustabile patienter der ikke kan klares forsvarligt hjemme, indlægges patienten.

4.4.8 Hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD

Medicin mod hyperkinetiske forstyrrelser har misbrugspotentiale og må ikke udskrives af lægevagten. Behandling med centralstimulerende midler iværksættes af speciallæger i psykiatri og speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Kun den behandlingsansvarlige læge - enten speciallæge eller egen læge foretager udskrivelsen af ADHD-medicin.

Læs [Vejledning nr. 9523 af 19/06/2019 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#) på Retsinformation.

Ved kontakt til lægevagten angående manglende medicin, der kan være svær at undvære, bør patienten informeres om at kontakte psykiatrisk afdeling, der kan stå for udskrivning af medicin, til behandlende læge er tilbage.

4.4.9 Antibiotika

Telefonrecepter på antibiotika bør kun undtagelsesvis udstedes. Ved ordination over telefonen skal årsag noteres i journalen, så det er tydeligt, hvorfor antibiotika udskrives over telefon og ikke ved personligt fremmøde eller besøg. Anamnese og kliniske observationer skal som minimum sandsynliggøre en bakteriel årsag. Dette kan være med video eller foto, hvis det vurderes tilstrækkeligt. Ved tvivl om diagnosen, eller om hvorvidt antibiotikabehandling er nødvendig eller gavnlig, bør patienten henvises til fysisk konsultation eller til egen læge i dagtiden.

Indikationen for at iværksætte antibiotikabehandling telefonisk er en klinisk velbegrundet mistanke om et alvorligt/livstruende forløb, eller at antibiotikabehandlingen kan afkorte sygdomsforløbet væsentligt. Det valgte antibiotikum skal være så smalspektret som muligt og med mindst mulig påvirkning af normalfloraen, jf. lokale retningslinjer for anvendelse af antibiotika.

Varigheden af behandlingen skal være så kort som mulig og følge den foreliggende evidens på området. Diagnosen, der udløser recepten/ordinationen, skal specifikt angives i ordinations-systemet, herunder på recepten og i journalen.

Hvis der er mistanke om behandlingssvigt af allerede institueret antibiotikabehandling, skal patienten henvises til fysisk konsultation eller til egen læge i dagtiden mhp. mikrobiologisk diagnostik.

Fluorokinoloner og cefalosporiner bør i primærsektoren, herunder lægevagten, kun anvendes i forbindelse med mikrobiologisk diagnostik, der viser, at andre midler ikke kan anvendes. De enkelte undtagelser, hvor behandling med fluorokinoloner og cefalosporiner kan iværksættes, før prøvesvar foreligger, fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af antibiotika.

Carbapenemer må ikke ordineres i primærsektoren.

Læs [Sundhedsstyrelsens Vejledning nr. 10126 af 15/11/2012 om ordination af antibiotika](#).

5. Patientgrupper og visitation i lægevagten

5.1 Patientgrupper i lægevagten

5.1.1 Sygesikringsgruppe 1

Regionerne er forpligtet til at stille en lægevagtsordning til rådighed for patienter i sygesikrings-gruppe 1 ifølge sundhedsloven. Denne ordning skal varetage lægebetjeningen uden for egen læges sædvanlige åbningstid. Det er regionens ansvar, at borgerne kan få hjælp i lægevagten og sygebesøg, når dette er påkrævet.

5.1.2 Sygesikringsgruppe 2

Patienter i sygesikringsgruppe 2 kan frit henvende sig til lægevagten for at få akut lægehjælp. Patienten skal gøres opmærksom på, at der kan være egenbetaling på alle ydelser i lægevagten. Patienten skal have en kvittering/faktura for det betalte beløb.

Læs mere om [sundhedskort og sikringsgrupper](#) på sundhed.dk.

Læs mere om honorarer og ydelser (herunder takster for de to grupper) på PLO's hjemmeside.

5.1.3 Turister

Turister, der kontakter lægevagten, oprettes via telefonen med fødselsdag (dato, måned) og årstal. Hvis den pågældende person er fra et EU-land, angives det, hvilket land personen kommer fra. Hvis den pågældende person ikke er fra et EU-land, oprettes personen under "andet land". Herefter oprettes denne person med fire bogstaver, og der kan skrives notat på patienten i journalen. Hvis der skal oprettes en recept på vanlig medicin, som er nødvendig, skal personen oprettes med opholdsadresse, og recepten skal sendes til et navngivent apotek.

Læs mere om [sygesikring for udlændinge](#) på Sundhed.dk.

I øjeblikket gælder særregler for flygtninge fra Ukraine, hvor adgangen til sundhedsydelser afhænger af opholdsgrundlaget, men alle har adgang til akut hjælp ved sygdom. Der er tale om midlertidig lovgivning.

Læs mere i [Sundhedsstyrelsens Sundhedsfaglige anbefalinger til personer fordrevet fra Ukraine \(PDF\)](#).

5.1.4 Asylansøgere

Når en beboer på et døgnbemandet asylcenter har behov for akut lægehjælp, ringer personalet til lægevagten i den pågældende region og aftaler konsultation i lægevagten eller hjemmebesøg.

Asylansøgere oprettes af visitator som "turist" i lægevagtsystemet. Asylansøgere har et person-ID, som skal noteres. Ved evt. indlæggelse oplyses dette person-ID (for at sikre automatisk ansøgning om kaution hos Udlændingestyrelsen til behandling), og en elektronisk henvisning sendes til den afdeling, hvor patienten indlægges. Når et eCPR-num-

mer bliver tilgængeligt, sendes kopi af visitation til centerklinikken (i regi af Røde Kors), hvor asylansøgeren er tilknyttet.

EAN-nummer oplyses til vagtlægen ved kontakt med asylcenteret, eller beboeren får en seddel med til lægevagten, hvorpå EAN-nummeret er anført. Konsultationen honoreres herefter som privathonorar. Røde Kors betaler det opkrævede honorar til den enkelte vagtlæge.

5.1.5 Personer i politiets varetægt

For personer i politiets varetægt har politiet ansvaret for at sikre den nødvendige lægelige bistand, herunder ved akut opstået behov. Herudover har politikredsene vagtordninger til blodprøvetagning for alkohol og diverse kliniske undersøgelser.

5.1.6 Fængselsindsatte

Personer, som afsønes 3 mdr. og derunder i kriminalforsorgens institutioner, har ret til alle sundhedsydelser, herunder lægevagt, hvis de er i sygesikringsgruppe 1 eller 2.

Personer, som afsønes domme på over 3 mdr. i kriminalforsorgens institutioner, tilhører sikringsgruppe 4 (hvilende sikret) og er ikke omfattet af lægevagtordningen (jf. [Bekendtgørelse nr. 23 af 9. januar 2007 om begrænsning i adgang til ydelser for visse persongrupper](#)). Under afsøning af mere end 3 mdr. er der en hvilende ret til ydelser efter [Sundhedslovens](#) afsnit V (Praksissektorens ydelser) og X (Tilskud til lægemidler). For varetægtsfængslede regnes 3-måneders fristen fra det tidspunkt, hvor der er afsagt endelig dom.

Besøg aflægges efter sundhedsfaglig vurdering, hvis fængslet ikke selv kan skaffe relevant lægebistand. Honorering er til privattakst. Regningen sendes til institutionen.

Når indsatte er i slutningen af afsøningen, ændres deres status til sygesikringsgruppe 1 eller 2. Kriminalforsorgen sender besked til indsattes kommune om sygesikringsstatus.

Personalet i arresthuse har sjældent en sundhedsfaglig uddannelse. Derfor er det væsentligt at have fokus på at sikre sig, at den givne information eller de givne instruktioner er forstået korrekt, herunder information om symptomer på forgiftning eller abstinenser.

Læs [Bekendtgørelse nr. 965 af 22/06/2022 om sundhedsmæssig bistand til indsatte i kriminalforsorgens institutioner](#) på Retsinformation.

5.1.7 Soldater/værnepligtige

Værnepligtige udgår af sygesikringsgruppe 1 eller 2, og sundhedskortet destrueres. Forsvaret kontakter kommunen, når værnepligten er afsluttet, så et nyt sundhedskort kan udstedes (med tilmelding til en praktiserende læge). Regning for behandling sendes til forsvaret.

Læs forsvarets [sundhedsfaglige information til værnepligtige](#).

5.1.8 Brug for tolk

Alle med ret til behandling har også ret til fremmedsprogstolk ved behov ifølge sundhedsloven. Vagtlægen vurderer, hvornår der er brug for en tolk. Regionale aftaler er indgået for

video- og telefontolkning. Hørehæmmede og stumme kan kontakte lægevagten via en chatfunktion, som er koblet sammen med telefonsystemet.

Læs [Bekendtgørelse nr. 855 af 23/06/2018 om tolkebistand efter sundhedsloven](#) på Retsinformation og [Patienthåndbogen](#) på sundhed.dk.

5.2 Telefonvisitation i lægevagten: Hvortil kan der visiteres?

Mange henvendelser kan afsluttes via telefonvisitation med råd, vejledning og beroligelse uden patientens fremmøde.

5.2.1 Henvisning til egen læge

Mange henvendelser i lægevagten er ikke akutte og kan visiteres til egen læge den først-kommende hverdag. Dette fremgår af visitationskategorierne i [DSAM's akuthåndbog](#).

5.2.2 Henvisning til konsultation

Vagtlægen henviser til fremmødekonsultation, hvis tilstanden ikke kan vurderes tilstrækkeligt per telefon eller video. Nogle problemstillinger vil være egnede til video- eller foto-konsultation. Vagtlægen skal bruge de løsninger, som regionen stiller til rådighed. Helt undtagelsesvist kan lægen anvende andre tilgængelige løsninger efter patientens samtykke.

Hvis patienten ikke møder op til aftalt konsultation, afsluttes sagen. Hvis lægen har mistanke om, at patienten ikke møder op på grund af en alvorlig sundhedstilstand, skal årsagen til patientens udeblivelse søges afklaret telefonisk, inden sagen afsluttes. Ved mistanke om at patienten er dårlig, udsendes besøgslæge eller ambulance – evt. med politi, idet kun politiet må tiltvinge sig adgang til en bolig.

Læs [Gode råd om videokonsultation](#) fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

5.2.3 Henvisning til sygebesøg

Sygebesøg visiteres til patienter som – grundet fysiske eller mentale begrænsninger – ikke kan møde op i lægevagten. Angiver patienten sig ude af stand til at komme til lægevagten af sociale/økonomiske årsager, må visitator gennemgå mulighederne med patienten og nøje afveje det øgede ressourceforbrug ved sygebesøg mod tilstandens alvorlighed, og hvor troværdigt de førnævnte begrænsninger angives.

Sygebesøg vil typisk kun være til sengeliggende patienter eller demente, som ikke kan samarbejde ved transport. Det er altid den visiterende læges ansvar, at der handles lægefagligt forsvarligt.

Hvis patienten ikke åbner døren, kan låsesmed og politiet kontaktes.

Hvis patienten/den indsatte er vurderet som stærk undvigelsestruet, eller andre forhold, hvor transport med patienten udgør en sikkerhedsrisiko, tilbydes der sygebesøg.

5.2.4 Henvisning til 112

[DSAM's akuthåndbog](#) specificerer, hvordan patienter telefonvisiteres på basis af symptomer.

Hvis vagtlægen vurderer, at der er behov for ambulance, skal vagtlægen ringe til Akut Medicinsk Koordinering (AMK) eller selv bestille ambulancen (afhængig af det regionale system). Lægevagten bør ikke afslutte telefonvisitationen og bede patienten eller en pårørende om selv at ringe til 112.

Der er dog nogle få undtagelser, hvor 112 teknisk kan have behov for selv at være i telefonisk kontakt med patient/pårørende, hvis den tilskadekomne befinder sig på en ukendt adresse eller f.eks. i en skov, hvor ambulance kan have behov for GPS-koordination. Dette bør afklares med AMK.

Vagtlægen vurderer i henhold til regional vagtinstruks, om der skal sendes:

- Ambulance med udrykning (evt. suppleret med akutlægebil med udrykning eller akutlægehelikopter)
- Første ledige ambulance uden udrykning
- Ambulance/sygetransport med specifik tidsfaktor eller
- Ambulance/sygetransport uden tidsfaktor.

Læs [Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for organiseringen af den akutte sundhedsindsats](#).

I særlige tilfælde kan det være nødvendigt at sende en ambulance (med eller uden udrykning), hvis besøgslæge, politi eller hjemmepleje ikke kan forlade en patient, eller hvis der er risiko for, at en alvorligt syg patient forlader stedet eller ombestemmer sig med hensyn til at samarbejde om indlæggelse (primært geriatriske og psykiatriske patienter).

5.2.5 Henvisning til sygehus

Visse tilstande skal henvises direkte til sygehus i henhold til DSAM's vejledning i [Akuthåndbogen](#). Direkte visitation til sygehus kan ske, selvom der ikke er indikation for at sende en ambulance. Vagtlægen skal så viderehenvise telefonisk og sende elektronisk henvisning. Det kan dreje sig om recidiv af tilstande, som kun kan behandles i sygehusregi, eller tilstande, som kræver undersøgelser, der ikke kan foretages i lægevagten. Alle patienter til hospitalet skal meldes telefonisk via hospitalsvisitationen.

5.2.6 Henvisning til skadeklinik/skadestue/psykiatrisk skadestue

Dette punkt dækker sygdomme og skadetyper, hvor der foreligger en klar arbejdsdeling, men der kan her være regionale forskelle. Mistanke om brud eller behandlingskrævende sår vil typisk høre under skadestuen. Mindre traumer og mindre sår, som kræver mindre behandling eller få suturer, kan oftest rummes i lægevagten, alt efter lokale vejledninger.

Patienter med ikke-behandlingskrævende sår, som henvender sig med henblik på Di-Te-booster, kan ses i lægevagten (evt. af ansat hjælpepersonale).

Tetanusvaccine skal som hovedregel gives uden unødigt forsinkelse. Ved revaccination kan den ansvarlige læge i enkelte tilfælde vurdere om enkle ikke-inficerede eller -forurenede sår kan afvente til et mere praktisk tidspunkt. Se [DSAM's akuthåndbog](#).

Hvis der er tale om en psykiatrisk problemstilling, og patienten har mulighed for at komme til en psykiatrisk skadestue, sendes patienten direkte derhen (i nogle regioner skal en vagtlæge først have tilset patienten ved en fysisk konsultation).

6. Samarbejdsrelationer – lægevagten og andre aktører i vagttiden

Lægevagten er den primære indgang til sundhedsvæsenet i vagttiden (kl. 16-08 på hverdage og hele døgnet i weekender og på helligdage), når almen praksis har lukket. Lægevagten udgør en del af det samlede sundhedsvæsen og har samarbejdspartnere i både det primære sundhedsvæsen og på sygehusene. De samarbejdspartnere, der bruges i dagtiden i almen praksis, bruges også i vagttiden. Mulighederne for samarbejde varierer dog fra kommune til kommune, og der kan være begrænset tilgængelighed til visse samarbejdspartnere i vagttiden (specielt nattevagten).

Samarbejdet på tværs intensives fortsat, særligt samarbejdet med kommuner, præhospitalet og sygehusene. Mange kommuner har etableret akutteams, som sammen med lægevagten kan forhindre en indlæggelse ved at vurdere en patient i hjemmet og iværksætte behandling. Nye elektroniske værktøjer og direkte tilgængelighed har smidiggjort samarbejdet. Lægevagten løser derfor mere komplekse opgaver i dag. De væsentligste samarbejdspartnere beskrives herunder.

6.1 Den præhospitale organisation/AMK

Den præhospitale organisation/Akut Medicinsk Koordinering (AMK) modtager 112-opkald fra borgere med alvorlig akut sygdom. Hvis borgeren ikke visiteres til en akut indsats fra AMK, men vurderes at have behov for en lægelig vurdering, visiterer AMK til lægevagten (eller anden regional lægeligt bemandet visitationsenhed). Ved kontakt til lægevagten vurderes herefter, om der er behov for besøg eller konsultation.

AMK varetager transport af borgeren til sygehuset, når en lægevagt vurderer, at denne skal indlægges. Visitationskategori og behov for monitorering og observation afgør, hvilken transporttype der bestilles. Se afsnit 5.2.4.

Nødvendige oplysninger om patientens tilstand og tilgængelighed til afhentningssted videregives.

6.2 Sygehuse

Hvis lægevagten vurderer, at udredning og behandling af en akut syg borger ikke kan varetages inden for lægevagtens rammer og kræver sygehusbehandling, kontaktes den relevante visiterende instans. Dette gælder også større skader.

Hospitalsvisitationen vurderer, hvor patienten skal modtages, eller om der er alternative ambulante muligheder. I nogle tilfælde inddrages sygehuslæger i visitationen ved konferencekald. Lægevagten skal videregive information om symptomer og evt. om tentativ indlæggelsesdiagnose.

Lægevagten har også mulighed for at kontakte en vagthavende læge på en sygehusafdeling for at konferere med denne og understøtte den faglige vurdering af en patient.

6.3 Den kommunale hjemmepleje

Når en borger er tilknyttet hjemmeplejen, kan det ofte være en assistent/hjemmesygeplejerske, der kontakter lægevagten på borgerens vegne. Formidling af information om patientens tilstand og evt. observationer af TOBS-værdier (puls, bevidsthed, TP, RF og BT) vil hjælpe lægevagten til den videre visitation.

Hvis en borger, der er tilknyttet hjemmeplejen, kontakter lægevagten direkte, kan lægevagten tilråde hjemmeplejen at aflægge et ekstra besøg med henblik på observation eller pleje af patienten i hjemmet.

6.4 Akutteams

Ni ud af ti kommuner har etableret akutteams, som er sygeplejersker med en særlig kompetence i at vurdere akut sygdom. Akutteams modtager henvendelser fra hjemmeplejen, praktiserende læger, vagtlæger og sygehuse. Lægevagten kan kontakte akutteamet, hvis der er behov for en hurtig vurdering af en akut syg borger. Ud fra målte TOBS-værdier og ISBAR-principper kan vagtlægen sammen med akutteamet vurdere, om patienten skal indlægges, eller der kan etableres en holdbar plan for patientens fortsatte observation, pleje og behandling i hjemmet.

6.5 Akutpladser

Akutpladser er midlertidige pladser, som giver mulighed for en høj grad af observation og behandling af patienten. Typisk opstår behovet efter en indlæggelse eller som et alternativ til en indlæggelse, hvis patienten ikke kan observeres i eget hjem.

Den praktiserende læge eller lægevagten har det lægefaglige ansvar, hvis det er den praktiserende læge/lægevagten, der har henvist til akutpladsen. Sygehuset har det lægefaglige ansvar, hvis det er sygehuset, som har udlagt patienten til akutpladsen.

Lægevagten kan kontaktes ved sundhedsfaglige problematikker i vagttiden angående de patienter, som almen praksis/lægevagten har behandlingsansvar for på akutpladserne.

Læs Sundhedsstyrelsens [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser](#).

6.6 Plejehjem

Plejehjem er at betragte som eget hjem, dog med øget mulighed for pleje og observation.

6.7 Bosteder

Bosteder er at betragte som eget hjem for beboerne, som er fysisk og psykisk handicappede. På større bosteder kan der være sundhedspersonale, men ofte er det personale med social-pædagogisk baggrund. Personalet formidler som regel kontakt til lægevagten på beboerens vegne. Det betyder også, at man som vagtlæge bør have særligt fokus på at sikre sig, at informationer og instruktioner er forstået korrekt. Se afsnit 6.3 og 6.6.

6.8 Apoteker/behandlerfarmaceuter

Når lægevagten udskriver recept, sendes den sædvanligvis til receptserveren, som er tilgængelig for alle apoteker. I apotekernes sædvanlige åbningstid kan patienten hente medicinen på alle apoteker. Borgerne kan selv søge oplysninger om, hvilke vagtapoteker der har åbent via hjemmesiden [Lægevagten.dk/Apoteker](https://lægevagten.dk/Apoteker).

Om natten er der sparsom tilgængelighed til apoteker. I nogle regioner kan patienten få udleveret livsnødvendig medicin på sygehuset om natten. Vagtlægen kan kontakte apoteket ved systemnedbrud, hvor recepterne ikke kan sendes. Apotekerne ringer til lægevagten via direkte numre, når der er tvivl om receptindhold, eller hvis recepten ikke er nået frem.

6.9 Tandlægevagten

De fem regioner har forskellige retningslinjer for visitation af akutte tandskader og tandpine.

Der henvises til egen tandlæge eller tandlægevagten ved tandrelaterede tilstande, som ikke kan behandles relevant i lægevagten og ikke kan visiteres til skadestuen.

På borger.dk findes en oversigt over [Tandlægevagstens åbningstider](#) i de fem regioner.

6.10 Giftlinjen

Giftlinjen er en landsdækkende telefonrådgivning, som kan kontaktes hele døgnet. Hvis det skønnes lægefagligt forsvarligt, kan borgere og pårørende henvises til selv at kontakte giftlinjen (8212 1212) eller søge viden via [Giftlinjens hjemmeside](#).

Læger og vagtlæger kan få faglige retningslinjer for håndtering af forgiftning på 3863 5555 (døgnåben).

6.11 Fængsler og arrester

Indsatte, der afsoner under 3 måneders fængsel, beholder deres sundhedskort og egen læge, og de håndteres i lægevagten som andre borgere. Se afsnit 5.1.6.

6.12 Asylcentre

Når beboere på asylcentre bliver akut syge, kontaktes lægevagten i vagttiden fra et døgn-bemandet asylcenter. Hver beboer har et person-ID, som noteres ved henvendelse. Vagtlægen må sikre sig, at information og instruktioner er forstået korrekt, da personalet sjældent er sundhedsfagligt uddannet og må formidle på beboerens vegne, og der er ofte sproglige udfordringer. Se afsnit 5.1.4 og 5.1.8.

6.13 Dødsattester

Hos patienter, der dør i eget hjem eller på et plejehjem, og som efterfølgende ligger ved almindelig rumtemperatur, vil de sikre sene dødstejn i form af dødsstivhed (rigor mortis) og ligpletter (livores) ofte først indtræde så sent, at vagtlægen vil komme til at køre for-

gæves, hvis ligsynet foretages inden for 6 timer. Dog bør ligsynet være foretaget senest 24 timer efter dødens indtræden. Lokale hensyn og belastningsgraden af vagten kan være afgørende for, om et ligsyn foretages i lægevagten eller af anden læge, så længe 24-timers grænsen overholdes.

Lægen har pligt til ved ligsyn at udvise særlig agtpågivenhed og indberette dødsfaldet til politiet under følgende omstændigheder:

- 1) Når døds måden ikke er naturlig. Det vil sige, at dødsfaldet kan skyldes et strafbart forhold, selvmord eller ulykke.
- 2) Når en person findes død (dødfunden).
- 3) Når døden er indtrådt pludseligt og ikke er forudset af lægelige grunde.
- 4) Ved mistanke om, at dødsfaldet skyldes en erhvervs sygdom.
- 5) Ved mistanke om, at dødsfaldet kan være en følge af fejl, forsømmelse eller en ulykkelig hændelse i forbindelse med forebyggelse eller behandling af sygdom.
- 6) Når dødsfaldet sker i en af kriminalforsorgens institutioner.
- 7) Når lægen er i tvivl om, hvorvidt døds måden er naturlig, ulykke, selvmord eller kan skyldes et strafbart forhold, eller såfremt dødsfaldet af andre grunde skønnes at have politimæssig interesse.

Læs [Vejledning nr. 10101 af 19/12/2006 om ligsyn, indberetning af dødsfald til politiet og dødsattester](#) på Retsinformation.

Læs Sundhedsdatastyrelsens [Retningslinjer for indberetning af dødsattester](#), herunder [Principper og vejledning i registrering af dødsårsager og andre kliniske oplysninger i dødsattesten \(PDF\)](#)

Yderligere information om ligsyn, indberetning af dødsfald til politiet og regler for udstedelse af ligpas kan læses på hjemmesiden for [Styrelsen for Patientsikkerhed](#).

6.14 Politiet

Politiet kan kontakte lægevagten via direkte numre, hvis de er kaldt ud til borgere, som har brug for at blive tilset pga. behandlingskrævende skader. Lægevagten bør opprioritere disse henvendelser, hvis politiet venter. Lægevagten skal dog ikke benyttes til alene at dokumentere f.eks. en skade efter en voldelig hændelse med henblik på en efterfølgende straffesag.

Hvis borgeren selv – efter politiets opfordring – kontakter lægevagten, f.eks. for at dokumentere en skade efter en voldelig hændelse, er det kun en lægevagtsopgave hvis der er et behandlings-behov.

6.14.1 Detentionsanbringelse

Hvis en person skal anbringes i detentionen, skal vedkommende altid undersøges af en læge i forbindelse med anbringelsen. I den forbindelse kan politikredsene have forskellig praksis i forhold til ordninger for tilkald af læger. Lægeundersøgelsen skal belyse, om den frihedsberøvede er i en tilstand, der taler imod anbringelse i detention, herunder om der er tale om en behandlingskrævende tilstand, der forudsætter behandling på sygehus, hos læge eller lignende. Læs evt. [Bekendtgørelse nr. 988 af 06/10/2004 om detentionsanbringelse](#).

6.14.2 Tvangsindlæggelse

Hvis visitator vurderer, at der er indikation for tvangsindlæggelse, skal lægevagten kontakte politiet, så besøglægen ikke kommer derud før politiet. Vagtlægen kan ikke tvangsindlægge uden at have set patienten.

Det er politiet/den vagthavende fuldmægtig som sammen med overlægen på indlæggende afdeling, der godkender de af besøglægevagten udarbejdede ”røde” eller ”gule” papirer, inden patienten kan indlægges.

Læs [Psykiatriloven: Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.](#)

Læs [Bekendtgørelse nr. 731 af 08/07/2019 lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. §7-9.](#)

Læs evt. mere om processen for [tvangsbehandling i psykiatrien i Lægehåndbogen på sundhed.dk](#)

6.15 Akut-psykiatriske enheder

Nogle regioner/sygehusenheder har akut-psykiatriske teams, der kan tilkaldes ved akut psykiatrisk sygdom i vagttiden.

7. Kursus for vagtlæger

Formålet med lægevagtskurset er at oplære nye vagtlæger til vagtarbejdet og at opretholde de basale visitationskompetencer for lægerne, så de hele tiden dygtiggøres, og visitationsmåden ensrettes og foregår efter anerkendte guidelines.

Kurset kan bl.a. indeholde:

- Information om opbygning af lægevagten/1813 og akuttelefonen i de forskellige regioner.
- Gennemgang af det praktiske med IT, adgangskoder, digital signatur, telefonsystem, instrukser, vagtplanlægning og sygemelding.
- Gennemgang af ABCDE-afdækning, herunder introduktion til [Dansk Indeks for Akut Hjælp](#), som er landsdækkende for 112.
- Introduktion til visitationsguiden [Akuthåndbogen](#) (er indbygget i journalsystemet i Region Hovedstaden), hvor borgere symptomafdækkes. Som udgangspunkt stilles diagnoser ikke telefonisk, men visiteres efter symptomafdækning.
- Undervisning i de forskellige hastegrader ABCDEF for kørsel.

Genopfriskningskurser gennemgår de almindelige retningslinjer for afdækning af borgeren. Det sikrer, at lægen forstår retningslinjerne for journalskrivning og ambulancebestilling, og at lægen er opdateret med gængs eller ny viden på området. Audit eller specifik gennemgang af den enkelte læges journaler/lydfiler kan evt. indgå.

7.1 Eksempler på svære diagnoser

- **Addison-krise:** Borger med kendt Mb. Addison, som er alment påvirket med feber/ mavesmerter/opkastninger, indlægges direkte over telefonen. Ambulance (evt. med lægefølge) afsendes.
- **Anafylaksi:** Ambulance, evt. med lægefølge, afsendes ved allergisk reaktion med symptomer fra luftvejene.
- **Brystsmerter:** Borgere med brystsmerter med udstråling til hals, kæbe, ryg, skuldre eller begge arme kontakter ofte lægevagten/1813 - Akuttelefonen. Borger har måske ikke selv indtryk af kritisk sygdom. Akut ambulance afsendes, hvis AMI eller anden farlig kardiell tilstand ikke kan udelukkes.
- **Dykkersyge:** Ethvert symptom der opstår de første 24 timer efter dykning bør give mistanke om dykkersyge. Det bør føre til akut indlæggelse uden forudgående konsultation. Mistanken skal overleveres til præhospitalet, så nødvendige foranstaltninger kan iværksættes.
- **Epiglottitis:** Borger har oftest feber, ondt i halsen og evt. synkebesvær eller påvirket respiration. Det er vigtigt at tale med borgeren selv for at vurdere respiration og synkebesvær samt afdække differentialdiagnoser. Akut ambulance, med lægefølge, afsendes.
- **Graviditetskomplikationer:** Manglende liv efter uge 26 skal medføre vurdering på fødegang akut. Det gælder også blødning i graviditet samt mistanke om extrauterin graviditet.
- **Mavesmerter:** Mavesmerter kan spænde vidt og udgå fra mange gebeter: kar, mave-tarm, underliv, bevægeapparat og urinveje.
- **Meningitis:** Det er en buket af symptomer, som kan give mistanke om meningitis. Symptomer kan være: feber, nakke-ryg-stivhed, petekkier, hovedpine, kvalme, opkastninger, sløret sensorium, bensmerter og fokal infektion. Bekymringsgrad skal også ta-

ges alvorligt. Akut ambulance, evt. med lægefølge, afsendes ved mistanke om mulig meningitis.

- **Nekrotiserende bløddelsinfektion:** Borger med voldsomme og ofte dysproportionale smerter i forhold til det kliniske billede med eller uden forudgående traume eller synlig indgangsport. Ofte hurtigt progredierende hudforandringer samt feber, takykardi, hypotension og chok, men kan præsentere sig uden. Ved usikkerhed om diagnoser sendes patienten til sygehus med henblik på akut vurdering. Ved klare tegn på mulig nekrotiserende bløddelsinfektion henvises borgeren akut til sygehus.
- **Reblødning efter tonsillektomi:** Akut ambulance, evt. med lægefølge afsendes ved frisk blødning, uanset mængden af blod. Hyppigst ses reblødning inden for det første døgn, men også på 8.-10. dag, hvor sårkorper løsner sig.
- **Rygsmærter, atypiske:** Borgeren skal afdækkes, da rygsmærter kan stamme fra bevægeapparatet, hjerte/lunger, mave/tarm og kar-gebetet.
- **Subaraknoidalblødning/SAH:** Borger oplever akut opstået hovedpine af hidtil uset styrke, desuden ofte kvalme, opkastninger, svimmelhed og evt. feber. Ikke som den velkendte migræne/hovedpine. Borgeren kan ofte sætte et klokkeslæt på. Hovedpinen kan være svundet, når borgeren kontakter lægevagten. Der afsendes akut ambulance ved mistanke om SAH.
- **Sepsis:** Mortaliteten er høj. Ens afdækning af borgere med almen påvirkning skal tilstræbes. Da tilstanden er livs- eller førlighedstruende, skal der afsendes akut ambulance.
- **Stroke:** Stræk-snak-smil-kampagnen kender mange borgere, men tilstanden kan også have mere vage symptomer som synsforstyrrelser, svimmelhed, balancebesvær og hovedpine. Akut ambulance afsendes ved sikre tegn på mulig apopleksi. Det vil sige nyttilkommet facialispareser, pareser i ekstremiteter, talebesvær/ordmobiliseringsbesvær eller øjen-symptomer (dobbeltsyn, akut nedsat syn unilateralt eller synsfeltudfald bilateralt). Ved de mere usikre tegn er det en individuel vurdering hver gang. Behandlingsvinduet er 24 timer. TCI-symptomer kræver samme respons som symptomer på stroke.
- **Subduralt hæmtom/ICH:** Borger (ofte ældre borger med hovedtraume i anamnesen) med hovedpine, træthed, konfusion og fluktuation i tilstand og neurologiske udfald. Øget risiko ved blodfortyndende behandling.
- **Torsio testis:** Ved ensidige (ofte akut opståede) smerter i testis, hvor torsion ikke kan udelukkes, skal tilstanden vurderes akut på sygehus ved urologisk afdeling. Borger må ikke sendes til vurdering på lokation uden urologiske kompetencer, da det også er en tidskritisk diagnose.
- **Traumer:** Afdækning af traumemekanisme.
- **Øjensymptomer:** Symptomer bør sufficient afdækkes inden kontakt til øjenlæge. Hvis det drejer sig om obs. apopleksi, skal der afsendes akut ambulance.

7.2 Gode råd til telefonvisitation

- Hvis der opstår mistanke om, at patienten skal have sendt en ambulance, foretages adresseverificering tidligt i samtalen. Hvis der træffes beslutning om hjemmebesøg eller fremmøde i lægevagten, bør man også få bekræftet, hvor befinder borgeren sig.
- Søg hurtigt frem til, hvilken handling du kan tilbyde patienten. Hvis det bliver uklart, så forsøg med en mere struktureret tilgang.
- Hvis du bliver i tvivl om, hvorvidt patienten skal indlægges med ambulance, eller hvor akut tilstanden er, så afdæk systematisk med ABCDE.
- Tal med borgeren selv, så vidt det er muligt.
- Uanset om borgeren selv negligerer sine symptomer, skal du selv vurdere dem nøjternt.
- Bekymringsgrad fra borgeren skal tages alvorligt.
- Sproglige vanskeligheder kan betyde op-triagering.
- Gen-indringere op-triageres. Du bør her overveje at afdække forfra.
- Ved videre visitation til hospital/afdeling bør du sikre dig, at modtagende afdeling har de rette tilbud.
- Ved afslutning på opkald opsummeres og sikres, at borgeren er tryk ved planen (f.eks. besked på at ringe igen ved forværring eller ringe 112 ved livstruende symptomer).