

Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende skadeklinikker/ skadestuevisitation

Marts 2007

Resumé og anbefalinger	3
1. Indledning	7
1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse	7
1.2. Arbejdsgruppens medlemmer	8
1.3. Arbejdsgruppens kommissorium	8
2. Kortlægning af den nuværende skadestuevisitation samt aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland.....	9
2.1. Nuværende skadestuevisitation i Region Midtjylland.....	9
2.2. Beskrivelse af skadeklinikker og nuværende aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland.....	9
2.2.1. Skadeklinikken i Skive	11
2.2.2. Skadeklinikken i Grenaa	12
2.2.3. Skadeklinikken på Samsø	14
2.2.4. Skadeklinikken i Odder	15
2.2.5. Skadestuefunktionen i Ringkøbing	16
3. Mulige modeller for behandling af lettere skader i tilfælde af reduktion i antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland	17
3.1. Hvad er en skadeklinik?	17
3.1.1. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding uden lægefaglig back-up	18
3.1.2. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger	20
3.1.3. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back up fra lægevagten	22
3.1.4. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger i dagtid og med samarbejde med lægevagten i aften/nat	23
3.2. Hvad er behovet for skadeklinikker?	24
4. Mulige modeller vedrørende skadestuevisitation.....	28
4.1. Visiterede eller åbne skadestuer/skadeklinikker.....	28
4.2. Modeller over visitationsmulighed til behandling på skadestuer/skadeklinikker ved skader.....	29
4.2.1. Telefonisk lægelig visitation.....	30
4.2.2. Telefonisk lægelig visitation og telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation.....	33
4.2.3. Fælles visitationstelefon for lægevagt og sygeplejerskebetjent skadestuevisitation.....	36
4.2.4. Alternativ skadestuevisitationsmodel	39
4.3. Overvejelser vedrørende valg af skadestuevisitationsmodel	39

Resumé og anbefalinger

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige modeller for både skadeklinikker og skadestuevisitation. Modellerne er beskrevet i nærværende rapport.

Arbejdsgruppen har i sit arbejde lagt vægt på, at en omstrukturering af akutområdet først og fremmest skal ske med henblik på at højne kvaliteten i modtagelsen og behandlingen af den akutte patient. Arbejdsgruppen tilslutter sig Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at samle de eksisterende akutmodtagelser på færre hospitaler og anerkender samtidig, at der kan være behov for at etablere et skadetilbud på de større hospitaler, der ikke fremadrettet vil være akutmodtagende og som dermed ikke fremadrettet vil have en traditionel skadestue.

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet. Det betyder bl.a., arbejdsgruppen ikke har beskæftiget sig med skadestuer, da disse forudsætningsvist indgår som en del af akutmodtagelserne.

Det er vigtigt for arbejdsgruppen at påpege, at der fortsat udestår en række felter, som kræver nærmere udredning og konkretisering. Det har ikke været muligt indenfor tidsrammen at nå dette, men arbejdsgruppen bidrager gerne til den videre proces.

Anbefalinger om skadeklinikker

Skadeklinikker er i arbejdsgruppens arbejde overordnet defineret som en skadefunktion i hospitalsregi, der kan varetage behandling af lettere skader.

Med udgangspunkt i de skitserede modeller i nærværende rapport og med udgangspunkt i erfaringer med de eksisterende skadeklinikker i Region Midtjylland har arbejdsgruppen følgende anbefalinger for skadeklinikker:

Skadeklinikker skal have lægefaglig back-up

En skadeklinik er i udgangspunktet bemandet med specialuddannede behandlersygeplejersker. Arbejdsgruppen anbefaler, at skadeklinikker skal have lægefaglig back-up. Den lægefaglige back-up skal være tilgængelig, og der skal være tale om en læge med autorisation til selvstændigt virke.

Skadeklinikker skal være visiterede

Skadeklinikker skal være visiterede. Med henblik på at sikre at patienten får den rette behandling på rette niveau er det afgørende, at der sker en præcis og pålidelig visitation af patienten. En præcis og pålidelig visitation skal dels sikre, at småskader m.v. kan behandles på skadeklinikken og således aflaster i forhold til skadestue/akutmodtagelse – dels skal visitationen sikre at større skader kommer direkte til akutmodtagelsen. Det vil være nødvendigt at iværksætte oplysningskampagner til borgerne med henblik på at sikre, at der sker telefonisk henvendelse og visitation forud for besøg på skadestuer og skadeklinikker.

Diagnostiske faciliteter

Der skal være adgang til røntgen på matrikel. Vurdering af billeder kan enten ske på den pågældende hospitalsmatrikel eller på et andet hospital via elektronisk opkobling.

Åbningstider for skadeklinikker

Skadeklinikkernes åbningstider skal nøje afstemmes volumen og behov. Der kan ikke opstilles faste rammer for åbningstider, men i stedet må det bero på et konkret vurdering af dels aktiviteten på det givne hospital, dels bemanningen. Det er nødvendigt med en vis volumen for at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer samt et vedligehold af kompetencerne hos behandlersygeplejerskerne.

Skadeklinik i dagtid og samarbejde med lægevagten i aften / nat

Arbejdsgruppen vurderer, at der med fordel kan arbejdes med en model, hvorefter den lægefaglige back-up på skadeklinikken i dagtid sker fra læger ansat på det pågældende hospital. I aften/nat samarbejder skadeklinikken med lægevagten, der yder den nødvendige back-up. Småskader m.v. visiteres til lægevagten, der har fysisk lokalefællesskab med skadeklinikken. Behandler-sygeplejerskerne bistår lægevagten i behandlingen af småskader m.v.

Arbejdsgruppen peger på, at en samling af de akutte modtagelsesfunktioner på færre hospitaler vil øge antallet af henvendelser vedr. småskader til almen praksis i dagtid og til lægevagten i aften/nat. Det konkrete omfang afhænger af, hvor stort omfanget af henvendelser er i dag til skadestuen på de konkrete hospitaler, der ikke fremadrettet vil have akutmodtagelse og dermed traditionel skadestue.

Kvaliteten i tilbuddet på skadeklinikken

Der skal udarbejdes et program for kvalitetssikring i skadeklinikken. Der skal foretages daglig kvalitetssikring – f.eks. i form af gennemgang af røntgebilleder med tilhørende notater fra foregående døgn. Arbejdsgruppen forudsætter i den forbindelse, at skadeklinikker placeres på de større hospitaler, der ikke fremadrettet skal have akutmodtagelse. Forankringen af skadeklinikken på et hospital med en vis volumen og aktivitet er medvirkende til at sikre faglig udvikling og kvalitet i indsatsen. Skadeklinikken skal rent organisatorisk være tæt sammenknyttet med akutmodtagelsen (og skadestuen) på nærmeste hospital, således der sikres sammenhæng mellem indsatsen i skadeklinikken og indsatsen i akutmodtagelsen (herunder skadestuen).

En skadeklinik skal levere sundhedsydelser på et højt fagligt niveau. Det forudsætter først og fremmest:

- Klare visitationsretningslinier
- Veldefinerede kompetencer hos behandlersygeplejerskerne
- Et patientflow, der kan vedligeholde kompetencerne
- Tilgængelighed af kvalificeret lægelig back-up

Arbejdsgruppen understreger, at mindre skadeklinikker bemandede med behandlersygeplejersker uden lægelig back-up ikke kan anbefales. Dels viser erfaringen fra de eksisterende skadeklinikker uden lægelig back-up at der kun visiteres der-

til i begrænset omfang – dels kan den manglende volumen afføde, at kompetencerne ikke vedligeholdes i tilstrækkelig grad. I de tilfælde, hvor der ikke kan etableres lægefaglig back-up anbefaler arbejdsgruppen, at der ikke etableres en skadeklinik, men at visitationen sikrer, at patienterne enten visiteres til almen praksis/lægevagten (for de mindre skader, der kan håndteres dér) eller nærmeste akutmodtagelse (for større skader).

Arbejdsgruppen peger på, at den konkrete planlægning af de enkelte skadeklinikker (ressourcer, diagnostiske faciliteter, lægefaglig back-up m.v.) skal ske med udgangspunkt i hvilken aktivitet og bemanning, der vil være på de hospitaler, hvor der fremadrettet ikke længere skal være akutmodtagelser og dermed ikke være en traditionel skadestue. Det har været en afgørende forudsætning i arbejdsgruppens arbejde, at en skadeklinik skal være et reelt tilbud, og at dette bl.a. forudsætter volumen og sammenhæng til det øvrige hospitals- og sundhedsvæsen.

Anbefalinger om skadestuevisitation

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige modeller for skadestuevisitation. Som det fremgår ovenfor, så anbefaler arbejdsgruppen, at al henvendelse til skadeklinikker skal være visiteret. Arbejdsgruppen anbefaler i øvrigt også, at al henvendelse til skadestuer skal være visiteret.

Arbejdsgruppen har i drøftelserne lagt vægt på følgende principper for skadestuevisitation/ skadeklinikvisitation:

Service og tilgængelighed døgnet rundt

Der skal sikres en god service fra første henvendelse til sundhedsvæsenet. Der skal være en meget høj grad af tilgængelighed døgnet rundt til skadestuevisitationen og der skal være klare servicemål, der sikrer, at borgere ikke har unødigt ventetid i telefonen. Unødigt ventetid kan betyde, at borgere enten ikke benytter sig af visitationen og dermed møder op på skadeklinikker og skadestuer uden forudgående visitation, eller at de benytter sig af 112 og anmoder om ambulance. Borgere, der har brug for et skadetilbud (også ved småskader) skal nemt og hurtigt kunne komme i kontakt med en visitator. Der skal opstilles mål over maksimal gennemsnitlig ventetid fra opkald til kontakt med visitator, og denne ventetid skal løbende monitoreres.

Et effektivt (og serviceminded) visitationssystem forudsætter, udover dyb faglig indsigt i sundhedsproblemer hos visitator, også et bookingsystem og et elektronisk overblik over ressourcer og behandlingsmuligheder i sundhedssystemet. Visitator skal have overblik over patientflowet på skadestuer og skadeklinikker, og visitator skal i aften/nat også have overblikket over eksempelvis kørende og konsulterende vagtlæger. Patienten skal kunne bookes til en tid i skadestuen eller skadeklinikken, og patienten skal kunne bookes til en vagtlægekonsultation på et af de hospitaler, hvor der er sådanne. Visitator skal således have overblikket over, hvornår en vagtlæge er tilstede på et givent konsultationssted/hospital.

Rette hjælp på rette niveau

Skadestuevisitationen skal først og fremmest sikre, at borgeren henvises til rette hjælp på rette niveau. Der skal udarbejdes såkaldte flow-diagrammer, der sikrer, at småskader bliver behandlet hos egenlæge/vagtlægen eller på skadeklinikker, og at større skader behandles i skadestuer på akutmodtagende hospitaler (efter LEON-princippet).

Skadestuevisitationen skal kunne henvise borgeren til egenomsorg. Der skal være tid og mulighed for, at borgeren kan få et godt råd og henvises til egenomsorg, hvorefter kontaktførelsen kan afsluttes uden yderligere.

Organisering af og model for skadestuevisitationen i Region Midtjylland

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige modeller for organiseringen af skadestuevisitationen. Der er i de tidligere amter, der indgår i Region Midtjylland, forskellig praksis og forskellige erfaringer med skadestuevisitation. Der har i arbejdsgruppen været forskellige vurderinger af, hvorledes skadestuevisitationen sker mest hensigtsmæssigt.

Arbejdsgruppen bemærker, at der er behov for nærmere udredning af modellerne. Der er i forlængelse heraf – og i forlængelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om skadestuevisitation ved almen praksis/lægevagt - behov for en nærmere drøftelse med almen praksis/lægevagten om visitationsmodel.

1. Indledning

I forbindelse med planlægningen af Region Midtjyllands fremtidige akutberedskab er der nedsat 3 arbejdsgrupper. Nærværende rapport er udarbejdet af arbejdsgruppen vedr. skadeklinikker og skadestuevisitation. Rapporten skal ses i tæt sammenhæng med rapporterne fra de 2 andre arbejdsgrupper.

1.1. Baggrund for arbejdsgruppens nedsættelse

Baggrunden for arbejdsgruppens nedsættelse er bl.a. Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet", som opstiller en række anbefalinger til organiseringen af akutberedskabet i Danmark. I rapporten anbefales bl.a. at befolkningsgrundlaget for akutmodtagelser fremover er mellem 200.000 og 400.000. Dette vil medføre en reduktion i antallet af akutmodtagelser i bl.a. Region Midtjylland, hvor man i dag har 10 akutmodtagelser – og et befolkningsgrundlag på 1,23 mio. Konsekvensen af Sundhedsstyrelsens anbefaling vil således være en reduktion af antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland til mellem 3 og 6.

En anden væsentlig anbefaling i Sundhedsstyrelsens rapport om fremtidens akutberedskab er at al henvendelse til den fælles akutmodtagelse (herunder skadestuer) bør være visiteret. Borgere bør iflg. Sundhedsstyrelsen visiteres via praktiserende læge/vagtlægeordningen eller via 112-opkald til alarmcentralen. Dette medfører en ændring, der hvor der har været uvisiterede skadestuer og der hvor der har været skadestuevisitation – f.eks. sygeplejerskebetjent telefonvisitation. Der er dog åbnet for at erfaringer fra forskellige ordninger bør analyseres og indgå i planlægningen.

Sundhedsstyrelsen har desuden anbefalet, at der oprettes et landsdækkende telefonnummer til vagtlægeordningen. En sådan ordning er delvist gennemført i Region Midtjylland pr. 1. januar 2007, hvor der er et fælles telefonnummer til vagtlægen i hele regionen.

Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen vedr. den fremtidige tilrettelæggelse af akutberedskabet nødvendiggør at akutområdet i Region Midtjylland på nogle væsentlige områder omorganiseres.

Arbejdsgruppen vedr. skadestuevisitation og skadeklinikker har bidraget til at udarbejde forslag til den fremtidige model for akutberedskabet i Region Midtjylland.

1.2. Arbejdsgruppens medlemmer

Kontorchef Rikke Skou Jensen (formand for arbejdsgruppen)
Praktiserende læge Bruno Melgaard Jensen, udpeget af praksisudvalget
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed
Overlæge Ole Mølgaard, anæstesiologisk specialeråd
Overlæge Bent Erling Lindblad, ortopædkirurgisk specialeråd
Oversygeplejerske Hanne Mark, sundhedsfaglig repræsentant fra Regionshospitalet Randers og Grenå
Ledende overlæge Magne Juhl, sundhedsfaglig repræsentant fra Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup
Ledende overlæge Per B. Thomsen, sundhedsfaglig repræsentant fra Regionshospitalet Enhed Vest
Chefsygeplejerske Kirsten Bruun, Chefsygeplejerske (Århus Universitetshospital, Århus Sygehus)
Chefsygeplejerske Anna Birthe Sparvath, Chefsygeplejerske (Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder)
Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Cheflæge (Regionshospitalet Silkeborg, Regionshospitalet Hammel Neurocenter og Regionshospitalet Skanderborg Sundhedscenter)
Fuldmægtig Susanne Nyholm Andersen (sekretariat)

1.3. Arbejdsgruppens kommissorium

Arbejdsgruppen skal:

- Kortlægge den *nuværende* skadestuevisitation samt aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland
- Med udgangspunkt i dels erfaringer med de sygeplejerskebetjente skadeklinikker, dels Sundhedsstyrelsens anbefalinger og dels lægevagtsorganiseringen i RM, beskrive mulige modeller for skadestuer/skadeklinikker i tilfælde af en reduktion i antallet af akutmodtagelser i RM, herunder
 - antal, beliggenhed
 - forventninger til fremtidige opgaver, aktivitet, optageområder
 - bemanning
 - visitation
 - konsekvenser for f.eks. praksissektoren

2. Kortlægning af den nuværende skadestuevisitation samt aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland

2.1. Nuværende skadestuevisitation i Region Midtjylland

Der har været forskellige skadestuevisitationsordninger i de tidligere amter, som nu indgår i Region Midtjylland

I det tidligere Ringkøbing Amt er al visitation i sundhedsvæsenet – her i blandt til skadestuerne - sket gennem egen læge eller vagtlæge.

I det tidligere Viborg Amt har der primært været visitation gennem egen læge eller vagtlæge, men der har dog også været mulighed for at selvhenvendere på skadestuen kunne få behandling.

I det tidligere Århus Amt har der været to visitationsmuligheder i forhold til skadestuen. Enten via egen læge/vagtlæge eller via en fælles telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation. Desuden har skadestuen været "delvis åben", således at selvhenvendere på skadestuen også er blevet behandlet.

I forhold til skadestuen på Regionshospitalet Horsens har der både været mulighed for visitation via egen læge/vagtlæge samt "åben skadestue", det vil sige at behandling på skadestuen ikke har krævet forudgående visitation fra læge eller anden sundhedsfaglig instans.

2.2. Beskrivelse af skadeklinikker og nuværende aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland

Tabellen nedenfor viser, de nuværende skadestuer og skadeklinikker i Region Midtjylland. Skadestuer defineres som skadestuefunktioner, der er bemandede med læger (hospitalslæger) samt sygeplejersker og skadeklinikker er skadestuefunktioner med sygeplejerskebemanning. Der er dog forskellige konstruktioner af skadeklinikker – heraf har nogle lægelig backup hele eller dele af døgnet.

Med dannelsen af Region Midtjylland er der følgende skadefunktioner¹.

Tabel 1 – Oversigt over eksisterende skadefunktioner²

	Omfang	Visitation	Åbningstid	Antal besøg i i 2005 ³	Antal besøg i 2006 ⁴
Århus Universitetshospital Århus Sygehus (Nørrebrogade)	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	54.888	52.471
Regionshospitalet Randers	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	24.540	25.298
Regionshospitalet Horsens	Skadestue	Uvisiteret	Døgnåben	19.152	22.187
Regionshospitalet Silkeborg	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	17.386	17.787
Regionshospitalet Viborg	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	16.934	16.334
Regionshospitalet Herning	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	10.942	12.757
Regionshospitalet Holstebro	Skadestue	Visiteret	Døgnåben	6.967	7.589
Regionshospitalet Skive	Skadeklinik	Visiteret	08-23	1.177	6.278 ⁵
Regionshospitalet Grenaa	Skadestue/ skadeklinik ⁶	Visiteret	Døgnåben	6.461	6.070
Regionshospitalet Ringkøbing	Skadestue	Visiteret	08-18	1.540	1.550
Regionshospitalet Samsø	Skadeklinik	Visiteret	Døgnåben	809	1.269
Regionshospitalet Odder	Skadeklinik	Visiteret	8-15 (mandag- fredag)	225	157

Arbejdsgruppen vedr. skadeklinikker og skadestuevisitation har til kommissorium at kortlægge den nuværende aktivitet på skadeklinikkerne i Region Midtjylland.

De 5 eksisterende skadeklinikker/skadestuefunktioner vil blive gennemgået nedenfor.

¹ Skadestuefunktionen i Grenaa kan både defineres som skadestue og skadeklinik, idet der er lægefaglig backup fra fastansatte afdelingslæger.

² Skadestue er bemandet med læge, skadeklinik er bemandet med sygeplejerske

³ Oplysninger fra bilag 4 til Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet"

⁴ Baseret på tal oplyst fra hospitalerne

⁵ Heraf er 4.843 registreret som hjælp til lægevagten

⁶ Skadeklinikken har en vis lægedækning

2.2.1. Skadeklinikken i Skive

Organisering

Fra 1.1.2004 er sket en gradvis ændring på Regionshospitalet Skive således, at der nu er en skadeklinik, der ledelsesmæssigt hører under medicinsk afdelingsledelse.

Der modtages kun visiterede patienter på hverdage i dagtid.

Resten af tiden varetages funktionen i lægevagtsregi med assistance fra sygeplejersker.

Siden 1.1.2004 har Falck haft besked om, at tilskadekomne skal køres direkte til Viborg og ikke til Skive.

Åbningstid

Skadeklinikken er åben kl. 08 – 23, men klinikkenes funktion er forskellig på hverdage i dagtid og resten af tiden. På hverdage i dagtid er der sygeplejemandet skadeklinik, hvor personalet behandler småskader og tilretter gipse og skifter forbindinger. Resten af tiden dækkes af lægevagten, der har lokaler i samme område på hospitalet.

Bemanning

Skadeklinikken er bemannet med skadestueuddannede sygeplejersker, der samtidig varetager funktioner i hospitalets medicinske modtageafsnit. Der er kun uden for dagtid på hverdage og i weekenden læger tilknyttet i form af lægevagtenes læger. Der er desuden sekretærer.

Diagnostiske faciliteter

Røntgenafdelingen i Skive kan benyttes døgnet rundt og der er elektronisk adgang til billederne i Viborg, hvor vurdering kan ske ved behov. Der er adgang til laboratorieundersøgelser døgnet rundt.

Booking

Patienterne registreres i sygehusets journalsystem i dagtid på hverdage og registreres af lægevagten resten af tiden. Sygeplejeassistance registreres også uden for dagtid.

Lægeligt samarbejde

Sygeplejerskerne har på hverdage i dagtid adgang til telefonisk kontakt til lægerne på skadestuen i Viborg, samt undtagelsesvis til at konferere med de medicinske læger på selve hospitalet om relevante emner. Resten af tiden kan lægevagten konferere med skadestuen i Viborg, hvor der også er elektronisk adgang til røntgenbilleder taget i Skive.

Antal besøg og assistancer

For 2005 haves ikke antallet af assistancer til lægevagten, men der blev registreret 1.177 **besøg**, hvoraf 1.102 i dagtid på hverdage.

I 2006 er sket ændring i registreringen, idet assistance til lægevagten fra sygeplejersker er anført.

Det totale antal registreringer er i 2006: 6.278, hvoraf 1.435 er registreret som besøg i dagtid på hverdage (helligdage på mandage til fredage indgår også der, da tallene er opgjort på ugens dage, så tallene er lidt mindre og lægevagtens tal lidt større). Det vil sige at der i 2006 er registreret hjælp til lægevagten i 4.843 tilfælde.

Det giver i gennemsnit mellem 4 og 5 besøg pr dag i skadeklinikken på hverdage i dagtid.

De 4.863 med assistance til lægevagten kan deles op i

1.580 mellem kl. 08 og 16 i weekender	(15-16 pr. dag)
3.263 mellem 16 og 24 alle ugens dage	(12-13 pr. aften)
39 mellem 24 og 08 alle ugens dage	(0-1 pr. nat)

Variation over året er ikke opgjort, men der er ikke tale om turistområde.

Med hensyn til brug af røntgenundersøgelser haves umiddelbart kun tal for oktober 2006, hvor der var følgende registreringer:

Skadeklinik 08-16: i alt 77

Vagtlæge 16-24: i alt 25

Weekender: i alt 32

Andet

Der er i samarbejde med skadestuen i Viborg udarbejdet retningslinier for, hvad sygeplejerskerne kan behandle, og de har haft mulighed for studiebesøg på skadestuen.

Den daglige skaderøntgen på hospitalet i Viborg med deltagelse af læger fra billedidiagnostisk afdeling og ortopædkirurgisk afdeling gennemgår også billeder med tilhørende notater for patienter fotograferet i Skive via skadeklinik og lægevagt.

2.2.2. Skadeklinikken i Grenaa

Organisering

Skadestuen er en del af ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers. Skadestuen modtager primært visiterede patienter fra skadestuevisitationen med mindre skader.

Åbningstid

Skadestuen er døgnåben alle årets dage med både læge- og sygeplejerskebehandling.

Bemanding

Til dækning af skadefunktionen er der *normeret* 6 afdelingslæger, der udover at dække skadestuen også har funktion på sengeafsnittet (stuegang og akutte situationer). Lægestillinger har aldrig kunnet besættes – p.t. er der besat 1,8 stilling.

De dagtjenester og vagter de fastansatte læger ikke kan dække, dækkes af læger fra ortopædkirurgisk afdeling i Randers og enkelte dækkes af eksterne vagter.

Udover lægerne er der ansat sygeplejersker- alle har Århus Amts uddannelse som behandlersygeplejersker og alle har røntgenuddannelsen.
Der er sekretær i tidsrummet 07 – 23 (efter ca. 01.04.07 kun i dagtid).

Diagnostiske faciliteter

På hverdage i dagtid er røntgenafdeling og klinisk biokemisk afdeling åbne og skadestuen har mulighed for akutte ydelser.

I vagttiden udfører behandlersygeplejerskerne visse røntgenundersøgelser: fod/ankel, hænder, underarme og thorax på personer over 15 år.

Akutte indlæggelser og operativ behandling efter skadestuebesøg foregår i Randers.

Booking system

Ja – Patienterne bookes fra sygeplejevisitationen og selvhenvendende bookes ved ankomst.

Lægeligt samarbejde

Der er ikke samarbejde med lægevagten. Der er læge tilstede 24 timer i døgnet. I dagtid er der mulighed for at trække på anæstesilæge eller lægeambulancen ved behov, ligesom lægerne i relevant speciale på Regionshospitalet Randers kan kontaktes.

Antal skadestuebesøg

I 2006 var der 6.070 besøg.

Gennemsnit pr. døgn: 17 patienter pr. døgn

Gennemsnit pr. dag: 10

Gennemsnit aften: 6

Gennemsnit nat: mindre end 1

Gennemsnitlig ventetid på undersøgelse/behandling: 9 minutter.

Fordeling specialer

Næsten udelukkende ortopædkirurgiske skader.

Traumekald

Traumer modtages ikke.

Andet

Skadesambulatorium 3 dage om ugen.

Der er ugentlig studiebesøg/funktion i røntgenafdeling, således at sygeplejersken kan vedligeholde sine kompetencer.

Antallet af skader er større i sommermånederne (turister).

2.2.3. Skadeklinikken på Samsø

Skadestuen er sammen med det øvrige Regionshospital Samsø en afdeling af Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Skadestuepersonalet kan trække på konsulentbistand fra ortopædkirurgisk afdeling E, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Skadestuen modtager alle typer akutte patienter. Alvorligt tilskadekomne viderevisiteres til Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, men modtages og forberedes til transport på Regionshospitalet Samsø.

Åbningstid

Skadestuen er døgnåben alle årets dage med både læge- og sygeplejerskebemanding. Læge, behandlingssygeplejerske, anæstesisygeplejerske og jordemoder er til stede i dagtid, og i tilkaldevagt udenfor normal dagtid.

Bemanding

Skadefunktionen er bemandet med læge og sygeplejersker. Der er i alt 4 sygeplejersker tilknyttet ordningen. De er alle uddannet som både behandlersygeplejersker, røntgensygeplejersker og operationssygeplejersker. Der er sectioberedskab. Der sker formaliseret vedligeholdelse af kompetencer som sjældent anvendes, som f.eks. sectio og anæstesi. Der er sekretær i dagtid.

Diagnostiske faciliteter

Der kan tages røntgenbilleder, som akut kan konfereres med Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der er procedurer for second opinion fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der er etableret videosøjle på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der kan foretages akutte laboratorieundersøgelser.

Booking system

Ja – Patienterne bookes fra sygeplejevisitationen og selvhenvendere bookes ved ankomst.

Lægeligt samarbejde

Der er læge i tilkaldevagt udenfor normal arbejdstid. Læger i relevant speciale på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus kan kontaktes.

Antal skadestuebesøg

I 2006 var der 1.269 besøg.

Gennemsnit pr. døgn: 3,5 patienter pr. døgn

Gennemsnit pr. dag (08.00-15.59): 2,1

Gennemsnit aften (16.00 – 23.59): 1,3

Gennemsnit nat (00.00-07.59): 0,2

Gennemsnitlig ventetid på undersøgelse/behandling: Ganske kort tid.

Fordeling specialer

Alle typer akutte patienter

Traumekald

Alvorlige traumer overføres til Århus, men hospitalets personale deltager i modtagelse af patienten, og forbereder patienten til overførsel til fastlandet. Der afholdes årligt Traume Team Træning på hospitalet. Traume Team Træningen omfatter hospitalspersonale, de praktiserende læger og Samsø Redningskorps.

Andet

Skadeambulatorium mandag til fredag i tidsrummet 08.00 -13.30.

Antallet af skader er størst i sommermånederne (turister).

2.2.4. Skadeklinikken i Odder

Skadeklinikken i Odder er en del af ortopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Horsens – Brædstrup – Odder, og hører sammen med den dagkirurgiske funktion.

Skadeklinikken patienter er dels selvhenvender dels visiterede patienter fra skadestuen Århus Sygehus.

Åbningstid

Skadeklinikken er åbnet fra mandag til fredag i tidsrummet 8.00 – 15.00. Der er lukket i helligdage og weekender.

Bemanding

Skadeklinikken er bemandet af sygeplejersker der er uddannet som behandlersygeplejerske (Århus Amts behandler uddannelse). Der er 4 sygeplejersker i afdelingen der har uddannelsen.

Der er ikke mulighed for lægefaglig assistance i forhold til at behandle klinikken patienter.

Da antallet af patienter, der behandles i skadeklinikken, er minimalt har behandlersygeplejerskerne primære arbejdsopgaver i andre funktioner i kirurgisk dagafsnit. Normering der er knyttet til skadeklinikken, er maksimalt udnyttet.

Behandlingsmuligheder

De skader der afsluttes i skadeklinikken er behandling af:

- Fjernelse af synlige fremmedlegemer – hvor der ikke er infektionstegn.
- Fjernelse af skovflåt – hvor der ikke er tegn på borreliose.
- Fjernelse af fremmedlegeme fra øje
- Svejserøjne.
- Bid fra dyr / menneske.
- Skader på håndled – behandlersygeplejerske har IKKE kompetence til at henvise til røntgen.
- Brandskader under 2 % - 1 grads og overfladiske 2 grads forbrændinger.
- Insektbid hvor der ikke er tegn på allergisk reaktion
- Skader på finger/tæer – hvor der ikke er indikation for røntgen. Hvor der ikke er tegn på senelæsion.
- Sårbehandling - efter detaljeret forskrift – behandler har ikke kompetence til at give lokalbedøvelse

- Bandage problemer – ikke ved cirkulære bandager.
- Skader på fod – hvor der ikke er mistanke om brud eller ledbåndsskader.

De skader der behandles i skadeklinikken er begrænset af:

- at der ikke er mulighed for at henvise til røntgen og at der ikke er mulighed for at give lokalbedøvelse.
- At der ikke er mulighed for lægefaglig assistance.

2.2.5. Skadestuefunktionen i Ringkøbing

På Regionshospitalet i Ringkøbing findes ligeledes akut modtagelse med integreret skadestue dog kun åbent alle hverdage fra kl. 08.00 til kl. 18.00 og lægevisiteret som i Herning og Holstebro. Skadestuen i Regionshospital Ringkøbing modtager ikke patienter med større traumer eller multitraumatiserede idet sådanne patienter køres direkte til enten Herning eller Holstebro. Skadestuen er ad-hoc bemandet med sygeplejepersonale fra operationsgangen og lægebetjenes af turnuskandidat samt back-up af ortopædkirurgisk speciallæge på stedet. Der er diagnostiske faciliteter fra røntgenafdelingen og laboratoriet (ingen af delene lægebemandet og der er mulighed for tilkald af anæstesipersonale inkl. speciallæge og medicinsk speciallæge). I dagtiden på hverdagen blev der både i 2005 og 2006 modtaget imellem 1.500 og 1.600 skadepatienter.

3. Mulige modeller for behandling af lettere skader i tilfælde af reduktion i antallet af akutmodtagelser i Region Midtjylland

En samling af akutmodtagelserne i Region Midtjylland betyder, at en række patienter vil få længere til et hospital med traditionel skadestue og akutmodtagelse. For disse patienter kan det evt. være en mulighed at oprette tilbud om skadesbehandling af mindre skader på sygeplejerskebetjente skadepoliklinikker.

3.1. Hvad er en skadepoliklinik?

Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" indeholder ikke meget om skadepoliklinikker. Der er dog et afsnit, der kort opsummerer følgende:

"På grund af færre akutmodtagelser og forskellig afstand til de akutte modtagelser kan det overvejes, om der enkelte steder som et element i tilknytning til vagtlægeordningen eller sygehusvæsenet er behov for skadepoliklinikker betjent af fx sygeplejersker, hvor patienter med mindre skader efter (telefonisk) visitation i regi af lægevagten kan behandles. Det er afgørende, at regionerne i givet fald etablerer et konkret samarbejde mellem akutmodtagelser, praktiserende læger/vagtlæger og skadepoliklinikkerne om fordeling og samarbejde om specifikt beskrevne patientkategorier. Det skal sikres, at personalet ansat i disse skadepoliklinikker har kompetencer og erfaring i visitation og behandling af mindre skader, konkret gennem samarbejde mellem skadepoliklinikkerne, praktiserende læger/vagtlægeordninger og sygehusvæsenet. Det skal sikres uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer og viden. Det er desuden vigtigt, at der sikres et tilstrækkeligt patientunderlag til opretholdelse af kvalitet. Det vil således dreje sig om et tilbud for patienter med mindre skader, hvor der skal sikres samme krav til kvalitet som ved behandling hos praktiserende læge/vagtlæge. Der findes forskellige ordninger, og erfaringer, hensigtsmæssigheden og de ressourcemæssige konsekvenser af sådanne klinikker bør vurderes bredt" (s.23).

DSI har i rapport fra september 2006, udarbejdet for Fyns Amt, redegjort for en medicinsk teknologivurdering om etablering af skadepoliklinikker uden lægebemanding⁷. DSI – institut for sundhedsvæsen – definerer en sygeplejerskebetjent skadepoliklinik som:

"En sygeplejerskebemandet skadepoliklinik udgør en del af sygehusvæsenets akut- og skadestuefunktion. Den bemandses af behandlersygeplejersker, som er erfarne skadestuesygeplejersker, der har gennemgået undervisning i selvstændig varetagelse af behandlingsopgaver inden for en afgrænset gruppe af skader. Skadepoliklinikkerne varetager mindre alvorlige akut opståede skader, for eksempler mindre og overfladiske sår, ukomplicerede forvridninger, brandsår, insektstik og

⁷ De skadepoliklinikker som indgik i DSI-analysen (Ringsted, Kalundborg, Nykøbing Sjælland samt Grindsted) havde mulighed for lægefaglig back-up fra andre afdelinger på sygehuset samt/eller fra skadestuer på andre matrikler).

fremmedlegemer i hud, øje, øre, hals og hud. Større og mere komplicerede skader skal fortsat behandles af en læge på en skadestue"

Endvidere fremgår det af DSI-rapporten, at på en skadeklinik varetager sygeplejersker lægeligt arbejde uddelegeret af en ansvarshavende læge. Ifølge lægeloven har den pågældende læge ansvar for at sikre, at de opgaver, som sygeplejersken får pålagt, udføres forsvarligt, og skadeklinikkerne skal altså organiseres i tæt sammenhæng med andre afdelinger, hvorfra det behandlingsmæssige ansvar kan varetages (DSI, Etablering af skadeklinikker i Sygehus Fyn, september 2006, s. 35)⁸.

De sygeplejersker som bemande skadestuen har ofte en særlig uddannelse som behandlersygeplejerske. De har f.eks. gennemgået et særligt uddannelsesprogram gennem DSR's rammeprogram eller et lokalt uddannelsesprogram, der er godkendt af sundhedsstyrelsen (jf. Århus-modellen).

Arbejdsgruppen har ud fra ovenstående afgrænsninger drøftet 4 mulige modeller for oprettelse af skadeklinikker.

1. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding uden lægefaglig backup
2. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding med lægefaglig backup fra hospitalsansatte læger
3. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding og lægefaglig backup fra lægevakten
4. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding med lægefaglig backup fra hospitalsansatte læger i dagtid og lægevakten i vagttid

3.1.1. Skadeklinik med sygeplejerskebemanding uden lægefaglig back-up

I model 1 vil skadeklinikken være bemandet med behandlersygeplejersker. Skadeklinikken kan eksempelvis være tilknyttet det nærmeste hospital med skadestue – og sygeplejerskerne arbejder under et uddelegeret ansvar fra afdelingsledelsen for denne skadestue. Behandlersygeplejersken vil ikke have mulighed for at tilkalde en læge, hvis der opstår tvivl om diagnose eller behandling. Der vil i så tilfælde skulle viderevisiteres til behandling på skadestue med lægebemanding. Behandlersygeplejersken vil dog have mulighed for ved hjælp af telemedicinske muligheder at få rådgivning fra læger andre steder fra.

⁸ I Århus Amt, hvor man har haft skadeklinikker i såvel Grenå, Samsø og i Odder har man løst denne problemstilling, ved at udarbejde nogle behandlingsprotokoller med tilhørende flow-diagrammer. Der er i Århus Amt således udarbejdet 12 behandlingsprotokoller for følgende grupper: fjernelse af fremmedlegeme, fjernelse af skovflåt, fremmedlegeme i øje, dyre- eller menneskebid, distal antebrachiumfraktur, brandsår, insektstik, skader af fingre/tæer, overfladiske snitsår, bandageproblemer, skader på fod, svejsesøjne. Indenfor disse områder kan patientens skadesbehandling varetages og afsluttes af behandlersygeplejersker, når det i det konkrete tilfælde – i overensstemmelse med retningslinjerne er fastslået, at behandlingen ikke kræver lægelige bistand (Århus Amt, Rapport vedrørende erfaringen med indførelsen af sygeplejevisitation og behandler sygepleje ved skadestuerne i Århus Amt, marts 2005).

Da det lægefaglige ansvar for behandlingen på en sygeplejerskebetjent skadeklinik uden lægefaglig back-up nødvendigvis må ligge uden for skadeklinikken, vil det være nødvendigt at opstille nogle klare retningslinier for, hvilke skader behandlersygeplejersken må varetage og hvilke skader der skal viderevisiteres til egentlig skadestuebehandling. Behandlersygeplejerskens reference og ansvarsområde skal beskrives nøje. Herunder er der behov for en afklaring af, hvordan behandlingskvaliteten sikres, eksempelvis bl.a. ved at en ansvarshavende speciallæge dagen efter gennemgår patientens journal.

Diagnostiske faciliteter

Behandlersygeplejersken skal have adgang til at ordinere og få foretaget røntgenoptagelse af patienten.

Det vurderes ikke at være nødvendigt med laboratoriefaciliteter til denne model for skadeklinik, idet skader, der kræver laboratorieanalyser skal visiteres til en skadestue med lægebemanding.

Behandlersygeplejerskens kompetenceområder

For en sygeplejerskebetjent skadeklinik uden læge backup vurderes behandlersygeplejerskernes kompetenceområder at kunne afgrænses som fremgår af nedenstående boks. Det bemærkes, at kompetencen til at ordinere røntgenbilleder kan uddelegeres til sygeplejersker og vurderingen heraf kan foretages via telemedicinske løsninger.

Arbejdsgruppen har drøftet, hvorvidt opgaveporteføljen for behandlersygeplejersker kan udvides i forhold til denne model, dvs. når der ikke er lægefaglig back-up. Det vurderes ikke at være tilfældet. Det skyldes bl.a. at i tilfælde, hvor patienter henvender sig til en sygeplejerskebemandet skadeklinik med skader, som kræver lægefaglig behandling, eller hvor behandlersygeplejersken blot er i tvivl om den rette fremgangsmåde, er lægefaglig backup afgørende. Med muligheden for at dele f.eks. røntgenbilleder og journaler elektronisk er behovet for at kunne hente lægefaglig back-up på samme matrikel, som skadeklinikken ligger på, ikke nødvendig.

Behandlersygeplejerskerne ved skadeklinikkerne uden lægefaglig backup skal kunne viderevisitere til behandling af læge på en skadestue.

Kompetenceområder for behandlersygeplejersker ved skadeklinikker uden lægefaglig backup

Sår

Overfladiske sår opstået efter fald eller slag, og hvor der ikke er tegn på dybereliggende læsion af nerve, sene eller knogle
Mindre snitsår, hvor der ikke er tegn på sene eller nervelæsion
Friske overfladiske bidsår
Forbrændinger: 1. og 2. grads forbrændinger under 5 % af legemets overflade, patientens håndfalde svarende til 1% af legemets overflade
Fremmedlegemer i hud
Skift af sårforbindinger
Anlæggelse af lokal anæstesi og syning af simple sår
Stivkrampevaccination

Insekt- og dyrekontakt

Bistik og andre insektstik
Brandmænd
Fjæsing
Tæger

Brud og forvridninger

Gipsgener/knækket gips ved arm og benskiner
Lettere trykgener
Vurdering af slag og forvridninger
Ordination af visse røntgenoptagelser

Øre-næse-hals

Behandling af simpel næseblødning
Simpel fjernelse af fremmedlegemer

Overvejelser omkring skadeklinikmodellen

Erfaringer fra skadeklinikken i Odder og delvist skadeklinikken i Skive peger i retning af, at besøgstallet på sygeplejerskeskadeklinikker uden lægefaglig backup er lavt (Århus Amt, Rapport vedrørende erfaringer med indførelsen af sygeplejevisitation og behandlersygepleje ved skadestuerne i Århus Amt, marts 2005). Arbejdsgruppen vurderer, at skadeklinikker uden lægefaglig backup ikke kan opnå en tilstrækkelig volumen.

3.1.2. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger

I en model med sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger, kan behandlersygeplejerskerne i skadeklinikken tilkalde en speciallæge enten fra en afdeling på matriklen eller fra skadestue fra et andet hospital. Der kan f.eks. være behov for tilkald af læge, hvis behandlersygeplejer-

sken er i tvivl om diagnose, røntgenbehov eller har brug for (lokal)bedøvelse af patienten.

Såfremt der ikke er speciallæge i tilstedeværelsesvagt på hospitalet, vil der være en speciallæge, der kan tilkaldes fra rådighedsvagt.

Diagnostiske faciliteter

Der vurderes heller ikke ved denne model behov for døgndækkende laboratoriefaciliteter i umiddelbar tilknytning til skadeklinikken.

Denne skadeklinikmodel indebærer som den forudgående, at behandlersygeplejerskerne kan rekvirere (evt. selv foretage visse) radiologiske undersøgelser som ved hjælp af telemedicinske løsninger kan fortolkes/vurderes af radiolog på et andet sygehus. Ved fraktur kan behandlersygeplejersken foretage den nødvendige gipsbandagering.

Behandlersygeplejerskens kompetenceområde

Kompetenceområdet for behandlersygeplejersker ved denne model er dermed betydeligt udvidet, idet behandlersygeplejerskerne efter rådgivning fra læger kan assistere og færdiggøre flere patientkategorier, end i den ovenstående model uden lægefaglig backup. Når behandlersygeplejersken har lægefaglig backup, kan hun/han eksempelvis varetage behandling af større sår, der kræver lokalbedøvelse, færdigbehandling af udiscloerede frakturer, samt behandling af lette ankel og knæleds distorsioner. Arbejdsgruppen bemærker, at der skal udarbejdes præcise beskrivelser af de behandlinger, der kan varetages i skadeklinikken. En sådan beskrivelse skal bl.a. ske under hensyntagen til hvilke faciliteter, aktiviteter og bemanning, der i øvrigt er til stede på det hospital, hvor der etableres skadeklinik.

Ligesom i modellen ovenfor skal ansvar og referenceområder imidlertid afklares. Den konkrete afklaring af dette vil først kunne ske, når man ved på hvilke hospitaler skadeklinikken skal placeres.

Overvejelser omkring skadeklinikmodellen.

Som i modellen ovenfor (sygeplejerskebemandede skadeklinikker uden lægefaglig back-up), kan der stilles spørgsmålstejn ved, om besøgstallet i skadeklinikken på trods af den lægefaglige back-up vil være højt nok til at modellen er økonomisk konkurrencedygtig overfor eksempelvis behandling af/hos egen læge/lægevagt eller anden egentlig skadefunktion. Den omtalte rapport fra DSI peger på, at selv på skadeklinikker med lægefaglig backup kan besøgstallet være så lavt, at udgiften pr. behandlet patient ikke kan måle sig med udgiften til f.eks. behandling af skaden i lægevagtsregi.

Arbejdsgruppen har i sine drøftelser lagt vægt på, at en skadeklinik bør have tilgængelig lægefaglig back-up. Erfaringsmæssigt er besøgstallene i aften/nat på skadeklinikker lavt. Det er derfor arbejdsgruppens umiddelbare vurdering, at en skadeklinik med tilstedeværelsesvagt af hospitalsansatte læger i aften/nat næppe er en hensigtsmæssigt udnyttelse af ressourcerne. Mange småskader kan med præcis og pålidelig visitation behandles af lægevagten med assistance fra behandlersygeplejersker.

3.1.3. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra lægevagten

Denne model er kendetegnet ved, at den sygeplejerskebemandede skadeklinik får den lægefaglige back-up fra lægevagten frem for hospitalsansatte læger. Modellen implicerer at skadeklinikken enten har lukket i dagtid eller at skadeklinikken i dagtid har lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger, idet lægevagten kun vil have mulighed for at levere back-up i vagttid. Tilsvarende kan man evt. forestille sig, at behandlersygeplejerskerne i skadeklinikken i dagtid evt. kan varetage opgaver i de hospitalsfunktioner, der i øvrigt er på hospitalet

Behandlersygeplejerskens kompetenceområde

Modellen ligner den ovenfor beskrevne vedr. skadeklinik med lægefaglig back up fra hospitalsansatte læger, idet der her blot er lægevagten der tilkaldes, hvis behandlersygeplejersken har behov for lægeassistance i forbindelse med diagnostisering og behandling. Man kunne i denne model (ligesom i model 2) forestille sig, at sygeplejerskernes kompetenceområde blev udvidet i forhold til skadeklinikken uden læge-back-up, idet sygeplejersken i tvivlstilfælde om diagnose og behandling kan få en lægefaglig vurdering og derefter evt. igangsætte/fortsætte behandlingen.

Diagnostiske faciliteter

Der vil, som i modellen (erne) ovenfor være behov for røntgenfaciliteter og telemedicinsk korrespondance med skadestue vedr. røntgenoptagelser.

Der vurderes ikke at være behov for laboratoriefaciliteter i døgndrift.

Bedømmelse af modellen

Modellen indebærer, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler med lægevagten om bl.a. juridisk ansvar for patientbehandlingen.

I Skive har man siden 1. oktober 2004 haft en skadeklinik, hvor der i vagttid har været lægefaglig back-up fra vagtlægen. Ordningen har fungeret således, at sygeplejerskerne i skadeklinikken flekser mellem opgaver i den akutte medicinske modtagelse og skadeklinikken i dagtid på hverdage. I tidsrummet 16-24 samt om natten assisterer sygeplejerskerne i skadeklinikken lægevagten.

Erfaringerne fra skadeklinikken i Skive er, at udnyttelsen af skadeklinikken i det tidsrum, hvor der kun er sygeplejersker tilstede i skadeklinikken (dagtid) er lav, mens der er væsentlig større aktivitet i det tidsrum, hvor lægevagten er til stede⁹.

Det har været drøftet i arbejdsgruppen, hvorvidt den lægefaglige back-up kan varetages af vagtlægen, hvis denne samtidig har kørevagter – det vil sige at lægevagten ikke sidder fast i lægevagtskonsultationen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at den lægefaglige back-up, der vil kunne ydes af lægevagten, også når denne evt. kører i sygebesøg, er tilstrækkelig i forhold til at varetage den

⁹ I alt har der i skadeklinikken i Skive været 6.278 besøg i 2006, men heraf har de 4.843 været registreret som bistand til lægevagten. Besøgstallet pr. dag, når alle besøg medtages er lidt over 17.

lægefaglige back-up på skadeklinikkerne. De skader, der vil skulle modtages i skadeklinikken vil ikke være så akut behandlingskrævende, at der ikke kan inkorporeres evt. ventetid på at lægevagten kommer tilbage fra sygebesøg.

Arbejdsgruppen anbefaler dog, at skadeklinikker med lægefaglig back-up placeres på enheder, hvor lægevagten har fast konsultation.

Dansk Sygeplejeråd i Hovedstadens Region anbefaler i forbindelse med akutplanen i Region Hovedstaden en model, hvor skadeklinik og lægevagt ligger ved siden af hinanden (DSR, Sygeplejerskebemandede skadeklinikker – et godt supplement til fremtidens akutmodtagelser, januar 2007).

3.1.4. Sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger i dagtid og med samarbejde med lægevagten i aften/nat

I en model med sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger i dagtid, kan behandlersygeplejerskerne i skadeklinikken tilkalde en speciallæge enten fra en afdeling på matriklen eller fra skadestue fra et andet hospital. Der kan f.eks. være behov for tilkald af læge, hvis behandlersygeplejersken er i tvivl om diagnose, røntgenbehov eller har brug for (lokal) bedøvelse af patienten.

I aften/nat vil der være lokalefællesskab og samarbejde med lægevagten, der yder den fornødne lægefaglige backup. Modellen i aften/nat kendes fra bl.a. Skive, hvor der har været gode erfaringer med samarbejde mellem behandlersygeplejersker og lægevagt. Modellen er en kombination af model 3.1.2. og model 3.1.3.

Behandlersygeplejerskens kompetenceområde

Modellen ligner de to ovenfor beskrevne vedr. skadeklinik med lægefaglig back-up fra hospitalsansatte læger og lægevagten. I dagtid ydes lægefaglig back-up fra en hospitalsansat læge, og i aften/nat er det lægevagten der tilkaldes, hvis behandlersygeplejersken har behov for lægeassistance i forbindelse med diagnosticering og behandling. Man kunne i denne model forestille sig, at sygeplejerskernes kompetenceområde blev udvidet ift. skadeklinikken uden læge-back-up, idet sygeplejersken i tvivlstilfælde om diagnose og behandling kan få en lægefaglig vurdering og derefter evt. igangsætte/fortsætte behandlingen.

Diagnostiske faciliteter

Der vil, som i modellen (erne) ovenfor være behov for røntgenfaciliteter og telemedicinsk korrespondance med skadestue vedr. røntgenoptagelser.

Der vurderes ikke at være behov for laboratoriefaciliteter i døgndrift.

Overvejelser omkring modellen

Modellen indebærer – som den foregående model - at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler med lægevagten om bl.a. juridisk ansvar for patientbehandlingen.

Arbejdsgruppen anbefaler, at denne model lægges til grund for en skadeklinik-model i Region Midtjylland. Erfaringer fra andre skadeklinikker viser, at aktiviteten er lav i aften/nat. Da lægevagten i forvejen har (faste) konsultationssteder, vil mindre skader m.v. med fordel kunne håndteres af behandlersygeplejersker og lægevagt i fællesskab. Som ved den foregående model, har arbejdsgruppen drøftet nærmere, om vagtlægen kan varetage den lægefaglig back-up i tilstrækkelig grad, hvis denne samtidig har kørevagte – det vil sige ikke sidder i lægevagtskonsultationen. Det er arbejdsgruppens vurdering, at den lægefaglige back-up vil være tilstrækkelig. Dette skal endvidere ses i sammenhæng med, at visitator (den telefoniske visitation – jf. senere) forudsættes at vide, hvor vagtlægerne rent fysisk befinder sig.

Det skal dog bemærkes, at eftersom der er usikkerhed forbundet med den præcise volumen (afhænger af, hvilke sygehuse, der fremadrettet ikke skal have akutmodtagelse og dermed traditionel skadestue) skal presset på lægevagtskonsultationerne analyseres nærmere.

3.2. Hvad er behovet for skadeklinikker?

Det er arbejdsgruppens vurdering, at behovet for skadeklinikker samlet set skal vurderes ud fra en bedømmelse af følgende forhold:

- Er der behov for skadeklinikken, eller kan/skal de opgaver, der kan varetages på den sygeplejerskebetjente skadeklinik varetages i andet regi? (primær sektor, sub-akut?)¹⁰
- Er der behandlingsmæssige effekter ved kortere afstand og dermed muligheden for hurtigere behandlingsindsats?
- Hvilket antal af patienter er der med behov for behandling på skadeklinik?
- Hvor mange besøg vil der være pr. døgn – og er det kvalitetsmæssigt og driftsøkonomisk en anbefalelsesværdig løsning på skadesbehandling?

Arbejdsgruppen henviser i øvrigt til DSI-rapporten udarbejdet for Fyns Amt vedr. skadeklinikker, hvori der bl.a. er redegjort for fordele og ulemper ved skadeklinikker.

¹⁰ Arbejdsgruppen bemærker, at langt de fleste af de opgaver, som kan varetages af en sygeplejerskebetjent skadeklinik med lægefaglig back-up falder indenfor det, der kan/normalt varetages i lægevagten.

I DSI-rapporten blev der bl.a. peget på, at patientgrundlaget i sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker er lavt. Dette medfører, at skadepolikliniken er en relativt dyr løsning set i forhold til behandling hos egen læge, vagtlæge eller på en skadestue¹¹. Der er dog andre erfaringer – heriblandt erfaringer fra skadepoliklinikker i Region Midtjylland, der viser, at aktiviteten på sygeplejerskebetjente skadepoliklinikker med lægefaglig backup er høj. DSI-rapporten pegede i deres rapport på, at skadepoliklinikker kan give falsk tryghed for borgerne, hvis de ikke kender til skadepoliklinikkens begrænsede arbejdsområder, risiko for forlænget ventetid ved fejlhenvendelser til skadepolikliniken samt risiko for mangel på erfarne sygeplejersker andre steder i organisationen.

DSI-Rapporten beskriver, at der bl.a. er **følgende fordele** ved skadepoliklinikker: borgerne får tryghed ved behandlingstilbud i nærområder, der er sparede transportudgifter for borgere i skadepoliklinikkens nærområde, kvaliteten i behandlingstilbuddene er på højde med behandlingen på skadestuer og hos praktiserende læger/vagtlæger og flere karrieremuligheder for sygeplejersker, hvilket kan være et aktivt i rekrutteringssøjemed.

Arbejdsgruppens generelle overvejelser vedr. skadepoliklinikker

Skadepoliklinikker skal have lægefaglig back-up

En skadepoliklinik er i udgangspunktet bemannet med specialuddannede behandlersygeplejersker. Arbejdsgruppen anbefaler, at skadepoliklinikker skal have lægefaglig back-up. Den lægefaglige back-up skal være tilgængelig, og der skal være tale om en læge med autorisation til selvstændigt virke.

Skadepoliklinikker skal være visiterede

Skadepoliklinikker skal være lukkede. Med henblik på at sikre at patienten får den rette behandling på rette niveau er det afgørende, at der sker en præcis og pålidelig visitation af patienten. En præcis og pålidelig visitation skal dels sikre, at småskader m.v. kan behandles på skadepolikliniken og således tager fra i forhold til akutmodtagelsen – dels skal visitationen sikre at større skader kommer direkte til akutmodtagelsen. Det vil være nødvendigt at iværksætte oplysningskampagner til borgerne med henblik på at sikre, at der sker telefonisk henvendelse og visitation forud for besøg på skadestuer og skadepoliklinikker.

Diagnostiske faciliteter

Der skal være adgang til røntgen på matrikel. Vurdering af billeder kan enten ske på den pågældende hospitalsmatrikel eller på et andet hospital via elektronisk opkobling.

¹¹ Det fremgik af DSI-analysen, at skadepoliklinikker er væsentligt dyrere end behandling hos en praktiserende læge/vagtlæge eller på skadestuen, hvilket begrundes med relativt høje omkostninger pr. behandling, som hænger sammen med relativt få besøg i de skadepoliklinikker, der er indgået i DSI-rapporten. Et niveau med mindst 3.500 årlige besøg i skadepolikliniken vurderes i DSI-rapporten at være minimumsniveauet, før en skadepoliklinik ud fra driftsøkonomiske kriterier bør overvejes som et relevant alternativ til skadestuebesøg eller besøg hos lægevagten. Udgiftsberegningerne er dog behæftet med en vis usikkerhed, og er bl.a. meget følsom for, hvor mange besøg der reelt vil være/afsluttes i skadepolikliniken (ss.45-47 i DSI-rapporten).

Åbningstider for skadeklinikker

Skadeklinikkernes åbningstider skal nøje afstemmes volumen og behov. Der kan ikke opstilles faste rammer for åbningstider, men i stedet må det bero på et konkret vurdering af dels aktiviteten på det givne hospital, dels bemanningen. Det er nødvendigt med en vis volumen for at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcer samt et vedligehold af kompetencerne hos behandlersygeplejerskerne.

Skadeklinik i dagtid og samarbejde med lægevagten i aften / nat

Arbejdsgruppen vurderer, at der med fordel kan arbejdes med en model, hvorefter den lægefaglige back-up på skadeklinikken i dagtid sker fra læger ansat på det pågældende hospital. I aften/nat samarbejder skadeklinikken med lægevagten, der yder den nødvendige back-up. Småskader m.v. visiteres til lægevagten, der har fysisk lokalefællesskab med skadeklinikken. Behandler-sygeplejerskerne bistår lægevagten i behandlingen af småskader m.v.

Arbejdsgruppen peger på, at en samling af de akutte modtagelsesfunktioner på færre hospitaler vil øge antallet af henvendelser vedr. småskader til almen praksis i dagtid og til lægevagten i aften/nat. Det konkrete omfang afhænger af, hvor stort omfanget af henvendelser er i dag til skadestuen på de konkrete hospitaler, der ikke fremadrettet vil have akutmodtagelse og dermed traditionel skadestue.

Kvaliteten i tilbuddet på skadeklinikken

Der skal udarbejdes et program for kvalitetssikring i skadeklinikken. Der skal foretages daglig kvalitetssikring – f.eks. i form af, at gennemgang af røntgenbilleder med tilhørende notater fra foregående døgn. Arbejdsgruppen forudsætter i den forbindelse, at skadeklinikker placeres på de større hospitaler, der ikke fremadrettet skal have akutmodtagelse. Forankringen af skadeklinikken på et hospital med en vis volumen og aktivitet er medvirkende til at sikre faglig udvikling og kvalitet i indsatsen. Skadeklinikken skal rent organisatorisk være tæt sammenknyttet med akutmodtagelsen (og skadestuen) på nærmeste hospital, således der sikres sammenhæng mellem indsatsen i skadeklinikken og indsatsen i akutmodtagelsen (herunder skadestuen).

En skadeklinik skal levere sundhedsydelser på et højt fagligt niveau. Det forudsætter først og fremmest:

- Klare visitationsretningslinier
- Veldefinerede kompetencer hos behandlersygeplejerskerne
- Et patientflow, der kan vedligeholde kompetencerne
- Tilgængelighed af kvalificeret lægelig back-up

Arbejdsgruppen understreger, at mindre skadeklinikker bemandet med behandlersygeplejersker uden lægelig back-up ikke kan anbefales. Dels viser erfaringen fra de eksisterende skadeklinikker uden lægelig back-up at der kun visiteres der-til i begrænset omfang – dels kan den manglende volumen afføde, at kompetencerne ikke vedligeholdes i tilstrækkelig grad. I de tilfælde, hvor der ikke kan etableres lægefaglig back-up anbefaler arbejdsgruppen, at der ikke etableres en skadeklinik, men at visitationen sikrer, at patienterne enten visiteres til almen

praksis/lægevagten (for de mindre skader, der kan håndteres dér) eller nærmeste akutmodtagelse (for større skader).

Arbejdsgruppen peger på, at den konkrete planlægning af de enkelte skadeklinikker (ressourcer, diagnostiske faciliteter, lægefaglig back-up m.v.) skal ske med udgangspunkt i hvilken aktivitet og bemanning, der vil være på de hospitaler, hvor der fremadrettet ikke længere skal være akutmodtagelser og dermed ikke har en traditionel skadestue. Det har været en afgørende forudsætning i arbejdsgruppens arbejde, at en skadeklinik skal være et reelt tilbud, og at dette bl.a. forudsætter volumen og sammenhæng til det øvrige hospitals- og sundhedsvæsen. Arbejdsgruppen påpeger således, at der i dag er skadeklinikker i regionen som har et patientvolumen, der er så lavt, at det ikke kan anbefales, hverken fagligt eller kvalitetsmæssigt at opretholde dem. Det er en konsekvens af arbejdsgruppens øvrige anbefalinger vedr. indholdet i skadeklinikkerne, at der bør ske en nærmere udredning af den nødvendige og tilstrækkelige volumen på de eksisterende skadeklinikker i Region Midtjylland.

4. Mulige modeller vedrørende skadestuevisitation

4.1. Visiterede eller åbne skadestuer / skadeklinikker

Arbejdsgruppen har indledende haft drøftelser om, hvorvidt skadestuerne/skadeklinikkerne i Region Midtjylland skulle være såkaldte "visiterede skadestuer" eller "åbne skadestuer".

Visiterede / "lukkede" skadestuer

Ved visiterede skadestuer (også kaldet "lukkede" skadestuer) forstås, at al behandling på skadestuen forudsætter forudgående kontakt og henvisning – i mange tilfælde telefonisk - til skadestue/skadeklinikbehandling med sundhedsfagligt personale.

Modellen har i praksis modifikationer, idet der er bred enighed om, at patienter, der møder op på skadestuen (selvhenvendende) med alvorlige og åbenbare skader/sygdomstilfælde behandles på trods af, at der ikke har været forudgående kontakt til sundhedsvæsenet.

Uvisiterede / "åbne" skadestuer

Ved uvisiterede skadestuer (åbne skadestuer) forstås, at behandling på skadestuerne og skadeklinikkerne kan foregå uden forudgående henvendelse til sundhedsfagligt personale. Der vil dog også kunne ske visitation til skadestuerne enten fra egen læge, lægevagt eller evt. fra andet sundhedsfagligt personale.

Erfaringer og undersøgelser har vist, at en ikke ubetydelig del af henvendelserne på landets (uvisiterede) skadestuer omhandler helbredsproblemer, som ikke er omfattet af skadestuernes oprindelige målgruppe og burde visiteres til primærsektoren¹². Et tal på op mod 60 % af henvendelserne til skadestuer hævdes at være almenmedicinske og burde dermed have været varetaget af primærsektoren (Praktiserende Lægers Organisation, november 2006, Dansk Sygeplejeråd, Fremtidens akutberedskab – hurtig og bedre hjælp, januar 2006).

Sundhedsstyrelsen har i rapporten "Gennemgang af akutberedskabet", 2006, anbefalet, at al henvendelse til den fælles akutmodtagelse bør være visiteret. Skadestuerne vil være en del af de fælles akutmodtagelser, hvilket implicerer, at behandling på skadestuer ifølge Sundhedsstyrelsen bør være visiteret. Det fremgår endvidere af rapporten, at *"der kan være behov for skadeklinikker betjent af fx sygeplejersker, hvor patienter med mindre skader efter (telefonisk) visitation i regi af lægevagten kan behandles"* (s. 23). Heri ligger, at også behandling på skadeklinikker ifølge Sundhedsstyrelsen forudsætter forudgående visitation.

¹² Målgruppen for skadestuen er ifølge Praktiserende Lægers Organisation egentlige skader eller mere alvorlige sygdomstilfælde, mens lægevagten tager sig af akutte almen medicinske problemer (Rapport om akutbetjeningen i almen praksis, november 2004).

Anbefaling fra arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen anbefaler at skadestuerne/skadeklinikkerne i Region Midtjylland er visiterede. Dvs. at behandling på skadestue/skadeklinik bør ske efter forudgående henvendelse til og visitation fra sundhedsfagligt personale (lægevagt og evt. anden visitation). Kun i særlige situationer behandles borgere/patienter, der henvender sig personligt i skadestuen. Baggrunden for denne anbefaling er bl.a. at sikre, at kun den skadesbehandling, som er relevante at varetage i skadestue-regi, behandles i skadestue-regi.

4.2. Modeller over visitationsmulighed til behandling på skadestuer / skadeklinikker ved skader

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige former for visitation til behandling på skadestuer og skadeklinikker i Region Midtjylland. Som beskrevet ovenfor findes der i dag forskellige modeller for skadestue/skadeklinikvisitation i regionen, hvortil der knytter sig forskellige erfaringer.

Alle de nuværende ordninger inkluderer visitation til skadestue/skadeklinikbehandling via 112, der hvor denne behandling vurderes af 112 at være den rette. Denne visitation vil ikke blive belyst nærmere her.

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i at beskrive, **hvortil borgere, der er kommet til skade og som har behov for akut vurdering og behandling (på skadestue eller skadeklinik) skal ringe.**

Nedenfor er skitseret fire modeller, der beskriver, hvorledes den fremtidige visitation til skadestuer/skadeklinikker kan se ud. Det spørgsmål, der ønskes belyst under hver model, er **hvordan man bliver visiteret til behandling på skadestue / skadeklinik i Region Midtjylland.**

Nedenstående visitationsmodeller skal selvfølgelig alle ses i et parallelt forløb med visitation fra 112 – dvs. at alle modeller kan suppleres med en visitation til behandling på skadestue/skadeklinik, der, hvor dette vurderes fra 112 at være den rette behandling.

Følgende **visitationsmodeller** i forhold til skadesbehandling vil blive gennemgået:

1. Telefonisk lægelig visitation
2. Telefonisk lægelig visitation og telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation
3. Fælles visitationstelefon for lægevagt og sygeplejerskebetjent skadestuevisitation.
4. Alternativ skadestuevisitationsmodel

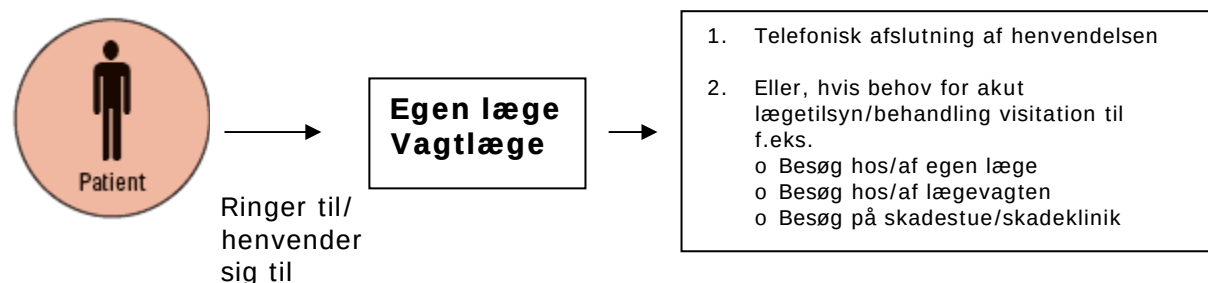
4.2.1. Telefonisk lægelig visitation

Denne model kendetegnes ved, at der kun er en måde at blive visiteret til skadestue/skadeklinikbehandling (udover 112), nemlig gennem egen læge/praktiserende læge på hverdage i dagtid og gennem lægevagten i vagttid.

Ved skader af større eller mindre omfang skal patienter i **dagtid** ringe til egen læge. Når egen læge har lukket (ferie, sygdom mv.) henvises til anden praktiserende læge i området, man skal ringe til.

Ved skader om **aftenen/natten** vil borgere/patienter skulle ringe til vagtlægen.

Model over telefonisk lægelig visitation



Region Midtjylland har fra 1. januar indført et fælles telefonnummer til lægevagten – og det vil være via henvendelse på dette nummer den videre visitation i vagttiden vil ske¹³.

Denne model fremmer indførelsen af et 1-strengt system, hvor alle henvendelse til akutbetjeningen sker telefonisk til visiterende læge, som herefter, afhængig af problemets art og hvis patientet skønnes at have behov for akut lægetilsyn/behandling – kan viderevisitere patienten til lægekonsultation, sygebesøg eller skadestue. Patienter med akutte almen-medicinske problemer visiteres til Lægevagten og patienter med skader til skadestuerne¹⁴. Borgeren skal dermed kun forholde sig til én indgang til sundhedsvæsenet i tilfælde af akut opstået sygdom eller skader, når der ikke er behov for alarmering via 1-1-2.

¹³ Af Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" fremgår dog, at der vil blive oprettet et fælles nationalt telefonnummer til vagtlægen – som i givet fald vil træde i stedet for det aktuelle Region Midtjylland lægevagt-telefonnummer.

¹⁴ Der findes ikke statistikker, der præcist belyser, hvilke akutte ydelser, som finder sted i almen praksis, men blandt læger er der en generel opfattelse af, at landlæger i større omfang end bylæger udfører kirurgisk skadebehandling (Rapport om akutbetjeningen i almen praksis, Praktiserende Lægers Organisation, november 2004)

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sin rapport "Gennemgang af akutberedskabet" denne model, fordi modellen skaber en entydig indgang til sundhedsvæsenet, og fordi den forventede reduktion af akutberedskaber forudsætter, at der sker en visitation af patienten til den rette behandling på det rette niveau ved patientens første henvendelse til sundhedsvæsenet (s. 6 og s.16).

Modellen har været anvendt i det tidligere Ringkøbing Amt – og (delvist) i det tidligere Viborg Amt gennem en årrække. Erfaringerne med denne ordning, er at den telefoniske visitation via egen læge/lægevagt sikrer kvalitet med hensyn til lægefaglighed og service, patienten visiteres hurtigt til den del af sundhedsvæsenet, hvor patientens problem bedst løses samt at ressourceudnyttelsen ved at begrænse anvendelsen af de ressourcekrævende vagtydelser til helbredsproblemer med akut behov for lægetilsyn og eventuel behandling er optimal (Rapport om akutbetjeningen i almen praksis, Praktiserende Lægers Organisation, november 2004).

Modellen indebærer som udgangspunkt, at alle akutte henvendelser vedr. skader også i dagtiden skal telefonvisiteres, og at visitation i dagtiden varetages af egen læge.

Lægevagts visitation er kendetegnet ved, at visitator kan afslutte henvendelsen på fire måder:

- med en telefonkonsultation - hvis problemet, ud fra en lægefaglig vurdering, kan løses med et råd eller telefonisk behandling. Hvis problemet uden risiko kan henvises til egen læge, når denne igen kan træffes - bør den løsning foretrækkes.
- med en henvisning til skadestue / sygehus. Ved alvorligere tilstande bør en akut indlæggelse pr. telefon foretrækkes.
- med en konsultation. Dette er baseret på, at den lægefagligt optimale behandling bedst finder sted dér samt at de lægelige ressourcer udnyttes optimalt, ved at patienterne kommer i konsultationen.
- med et sygebesøg, som skal være begrundet i en lægefaglig vurdering af, at patienten bedst vil være tjent hermed på grund af sygdomstilstanden.

Generelt er lægevagts udgangspunkt, at visitationen bør være restriktiv - det vil sige, at der kun skal ydes konfrontationsydelser, hvis det er begrundet i en akut sygdom, der ikke kan vente til egen læge kan behandle patienten - lægevagten kan således ikke betragtes som en døgnåben lægekonsultation.

Hvis en konfrontationsydelse er indiceret, skal det foregå som en konsultation med mindre patientens tilstand eller andre specielle forhold gør transport til lægevagtskonsultationen uhensigtsmæssig.

Tal fra de amter, der indgår i Region Midtjylland, viser at mere end 50 % af alle henvendelser til lægevagten afsluttes telefonisk.

PLO fik i 2004 foretaget en analyse af den telefoniske tilgængelighed hos praktiserende læger. Undersøgelsen viste bl.a. i hvor mange tilfælde man efter en nærmere beskrevet opkaldsprocedure kom igennem til en kvalificeret person (læge

eller klinikpersonale). Resultatet viste, at det gennemsnitligt på landsplan kun lykkedes at få kontakt til praksis i 73,2% af tilfældene – med regionale forskelle (bilag med resultat fra tilgængelighedsundersøgelsen vedlægges). Dette resultat problematiserer, i hvilken udstrækning de praktiserende læger i dagtid kan varetage visitationen af skadesbehandlingen. Praktiserende Lægers Organisation vurderer selv i rapporten "Rapport om akutbetjeningen i almen praksis", at undersøgelsen viser, at praktiserende læger på nuværende tidspunkt ikke kan leve op til den 1-strengede akutbetjening med telefonisk visitation af alle akutte henvendelser til akutbetjeningen i dagtiden (Praktiserende Lægers Organisation, Rapport om akutbetjeningen i almen praksis, november, 2006)¹⁵.

Der er i forbindelse med arbejdsgruppens arbejde foretaget en undersøgelse af, hvilken øget belastning en omlægning af visitationen af alle akutte henvendelser til almen praksis/lægevagten vil give den primære sektor i Region Midtjylland.

I dagtiden vil antallet af henvendelser til egen læge i hele regionen forøges med knap 41.000, men med størst stigning i de gamle Århus og Vejle Amter, hvor der hidtil har været alternativer til lægelig visitation til skadestuer. I forhold til antallet af læger i Århus og Vejle Amter (550) giver det et gennemsnitligt øget antal henvendelser i dagtid på 74 pr. år pr. læge – eller 0,3 ekstra henvendelser pr. arbejdsdag.

I vagttid vil antallet henvendelser til lægevagten blive øget med 34 om natten, 143 om aftenen og 163 i dagtid (weekender, helligdage) pr. vagt. Der er tale om skønnet stigning på mellem 9 og 15 %. Der skal foretages en konkret vurdering af, hvilke konsekvenser dette vil have i forhold til en udvidelse af lægevagtbehandling og om denne udvidelse kan etableres.

Det bemærkes at der i den nye regionale lægevagtsordning er der som tillæg til aftalen en hensigtserklæring om servicemål, hvor det konkrete mål ved telefonisk henvendelse er, at 90 % af de telefoniske henvendelser opnår kontakt med lægevagten indenfor 5 minutter. I spidsbelastninger kan der forekomme større ventetider.

Omfanget af øgede henvendelser til lægevagten vurderes ikke at være af et omfang, der ikke kan honoreres af den primære sektor. Problemet med tilgængelighed i dagtid har man dog ikke forholdt sig til i denne udregning – og tallene skal derfor læses med forbehold for problemstillingen med tilgængeligheden.

En problemstilling, der relaterer sig til tilgængeligheden hos egen læge/vagtlæge er ventetiden for borgeren, som til tider fører til unødvendige opkald til 112 og dermed udrykningskørsler til mindre skader. Man kan dog evt. afhjælpe denne uhensigtsmæssige brug af 112 ved at opstille krav til maksimal gennemsnitlig ventetid fra opkald til kontakt. Dette vil give et klart signal til borgeren om, hvilken service man kan forvente og være med til at undgå frustration og unødige opkald til 112.

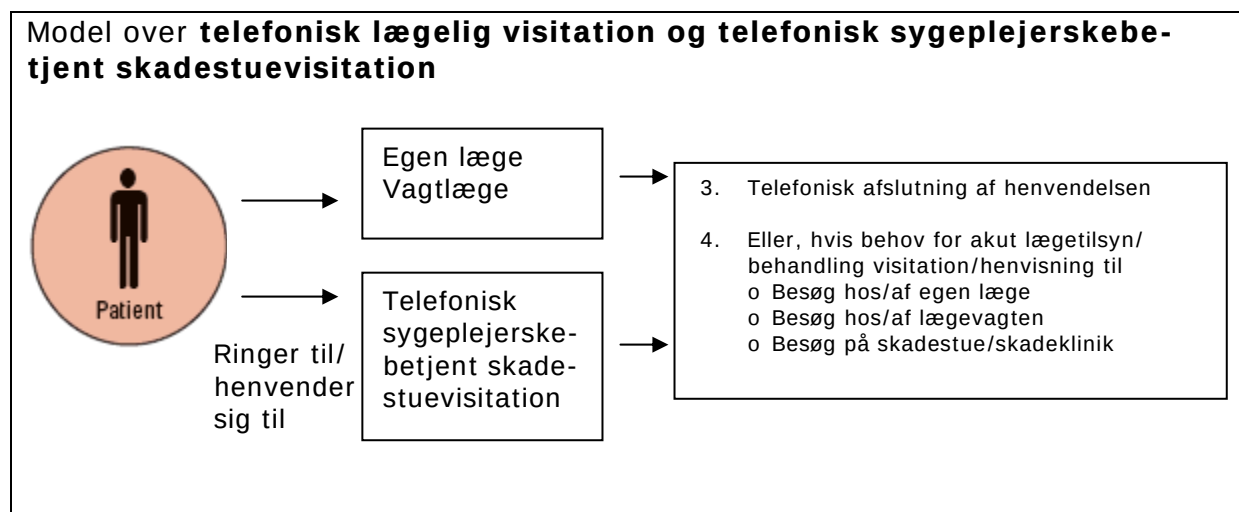
¹⁵ Praktiserende Lægers Organisation har i "Rapport om akutbetjeningen i almen praksis" fra november 2004 opstillet løsningsmodeller på tilgængelighedsproblemet. Der er flere steder indgået lokalt samarbejde i såkaldte vagtringe eller ferieringe, der i dagtiden fungerer til manges – herunder patienternes – tilfredshed (s. 25)

Det skal endelig problematiseres ved denne model, om den lever op til princippet om opgaven skal løses på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Mange henvendelser til sundhedsvæsenet – også akutte – kan klares ved rådgivning og vejledning i egenomsorg. F.eks. viser en analyse af henvendelser til den sygeplejerske betjente skadestuevisitation i Århus Amt i perioden 2003-september 2004, at 18% af henvendelserne hertil kan afsluttes af visitationssygeplejerskerne med rådgivning om egenomsorg.

4.2.2. Telefonisk lægelig visitation og telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation

Denne visitationsmodel er kendetegnet ved, at der er **to visitationsmuligheder** til skadestuebehandling/skadeklinikbehandling både i dagtid og i vagttid.

Man kan som i modellen ovenfor kontakte egen læge i dagtid og blive visiteret til videre behandling på skadestue/skadeklinik.



I vagttid kan man som i modellen ovenfor kontakte lægevagten, som bl.a. kan vælge at visitere til videre behandling på skadestuer/skadeklinikker.

Derudover kan man ringe til en *sygeplejerskebetjent skadestuevisitation*, som har døgnåbent.

Denne model har fungeret i Århus Amt siden 1. juni 2003 og beskrivelsen af modellen, der omhandler den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation vil således tage udgangspunkt i erfaringerne fra Århus.

Borgerne i hele Århus Amt kommer i kontakt med den visiterende sygeplejerske ved at ringe på et amtsligt dækkende telefonnummer, som dækker visitation til alle skadestuer (samt skadefunktioner/skadeklinikker) i regionen. Sygeplejerskerne i Århus Amt har gennemgået et kursus i visitations- (og behandler) sygepleje (af 7 dages varighed).

Den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation bemannes i døgndrift af sygeplejersker, der også arbejder som behandlingssygeplejersker og derfor altid er fagligt ajour med behandling af akutte skader/akut opstået sygdom.

Det vurderes at være en fordel, at sygeplejevisitationen – som tilfældet har været i Århus Amt - fysisk og organisatorisk er placeret i tilknytning til en eller flere skadestue(r) i regionen. Hvis man vælger denne model som visitationsmodel skal det afklares, om der skal være en eller flere fælles telefonvisitations-steder – ligesom den konkrete placering skal afklares.

Sygeplejerskerne bruger et elektronisk bookingsystem, som løbende opdateres med oplysninger om antal ventende på skadestuerne. Visitationssygeplejerskerne har dermed løbende overblik over patientflowet på de enkelte skadestuer/skadefunktioner i amtet og kan ved visitering af patienter der tage hensyn til arbejdspresset i de forskellige skadestuer. Dette sikrer, at borgerne visiteres hen til det sted, hvor ventetiden er kortest (f.eks. i tilfælde hvor borgeren har lige langt til to skadestuer).

Telefonvisitationssygeplejersken har i Århus Amt opereret inden for følgende fem overordnede, prioriterede rådgivningskategorier, når en borger henvender sig til skadestuernes telefonvisitation.

1. Den visiterende sygeplejerske rekvirerer akut ambulance 1-1-2 ved akutte livs- og førlighedstruende tilstande, hvor behandling skal etableres så hurtigt som overhovedet muligt.
2. Det tilrådes at kontakte Lægevagten (i vagttid) ved akutte medicinske tilstande eksklusivt de under punkt 1 nævnte tilstande.
3. Det tilrådes at kontakte praktiserende læge (dagtid på hverdage) ved akutte medicinske tilstande (eksklusiv de i punkt 1 nævnte tilstande), samt ved minimale skader som f.eks. hudafskrabning og insektstik.
4. Det tilrådes, at patienten kommer til skadestuen ved alle akutte skader og ved alle tvivlstilfælde, som ikke klart lader sig rubricere i én af ovennævnte kategorier
5. Andre tilstande, som med fordel kan henvises til andre instanser, f.eks. tandlæge, tandlægevagt, psykiatrisk skadestue, forsorgshjem, Centre for voldtægtsofre og krisecentre.

Hvis modellen med sygeplejerske betjent skadestuevisitation som supplement til telefonisk lægelig visitation vælges som den fremtidige visitationsmodel til skadestuer/skadeklinikker i Region Midtjylland, skal der opstilles en rådgivningskategoriseringsmodel, som er hensigtsmæssig og passer til behov og ressourcer i hele regionen.

Det bemærkes, at der i dag internt i Region Midtjylland formentlig er forskel på, hvilke akutte skader, der behandles af skadestuen/skadeklinikker og hvilke der behandles af egen læge/lægevagten (PLO: Rapport om akutbetjeningen i almen praksis, november 2004). Det skal afdækkes, om der er behov og mulighed for en ensretning af disse praksis – og om/hvordan sygeplejevisitationen kan håndtere evt. forskellige kategoriseringsmodeller i regionen.

I Århus Amt blev det besluttet at indføre den sygeplejerskebetjente telefonvisitation i forbindelse med en spare- og omstillingsplan. Der havde indtil da været åbne skadestuer i Århus Amt og formålet med at indføre den sygeplejerskebetjente telefonvisitation var at sikre, at skadestuen ikke skulle benyttes til opgaver, der mere hensigtsmæssigt kunne løses på anden vis ved enten egenomsorg eller behandling uden for sygehusregi (f.eks. ved egen læge eller vagtlæge).

Udover hovedformålet, som også blev nået i og med at antallet af skadestuebesøg i Århus Amt blev reduceret med 21,8 % i perioden 2002-2004, har der vist sig at være en række sidegevinster ved modellen.

Modellen implicerer, at borgerne tidligt – og på det lavest effektive omkostningsniveau - kan få adgang til tidlig sundhedsfaglig rådgivning om egenomsorg eller om sub-akut behandling i eller udenfor sygehusregi.

Visitationssygeplejerskerne har løbende overblik over patientflowet på de enkelte skadestuer/skadefunktioner i det tidligere Århus Amt. Planlægningsmulighederne på den enkelte skadestue/skadefunktion er således blevet styrket gennem bedre styring og koordinering af patientstrømmene.

Visitationssygeplejerskerne sikrer kortest mulig ventetid for de borgere, der har mest behov for skadestuens hjælp. Borgerne kan også på forhånd oplyses om den forventede ventetid, og derefter vælge at tilbringe en del af ventetiden hjemme. Endvidere oplyser visitationssygeplejerskerne om nødbehandling inden ankomsten til skadestuen. Responstiden til skadestuevisitationen er på mellem 40 og 100 sekunder viser en opgørelse fra Teledanmark, TDC. Opgørelsen er opgjort efter samme retningslinier som for lægevagten i tidsrummet 2. januar til den 19. februar 2007 og omfatter 8.038 patientopkald.

Samtidig med at patienterne bookes i systemet skriver visitationssygeplejersken et journalnotat der omhandler patientens tilstand, samt hvad der er foreslået som behandling/pleje i ventetiden. Dette notat er af værdifuld information i den videre behandling på skadestuen/skadeklinikken.

Der er blevet lavet undersøgelser af patienternes oplevelse af skadestuevisitationen. Undersøgelserne har vist at patienterne i udstrakt grad var tilfredse med den behandling og den rådgivning de fik af telefonvagten.

Der er imidlertid også områder, som gør modellen med telefonisk sygeplejerskebetjent skadestuevisitation sideløbende med visitation via egen læge/vagtlæge problematisk.

Sundhedsstyrelsen har i sin rapport "Gennemgang af akutberedskabet" anbefalet, at al visitation til sundhedsvæsenet sker via 112-opkald eller via praktiserende læge/lægevagtordningen. En model, hvor der sker visitation gennem en sygeplejerskebetjent telefonvisitation, kan derfor give problemer i forhold til at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. En af Sundhedsstyrelsens argumenter for at operere med lægefaglig visitation er at optimere den henvisning den foregår ved patientens første henvendelse til sundhedsvæsenet.

Det kan endvidere problematiseres om det er effektiv ressourceudnyttelse, at have en dobbelt-visitationsfunktion – det vil sige en døgnbaseret lægebemandet telefonvisitation og sideløbende en døgnbaseret sygeplejerskevisitation.

En anden ressourcemæssig problemstilling, der er rejst, er hvorvidt den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation er lige så effektiv en gate-keeper i forhold til antallet af skadestuebesøg, som den lægevisiterede skadestuefunktion (visitation gennem egen læge/praktiserende læge). I amter, hvor man har haft lægevisiteret skadestuefunktion (Viborg og Ringkøbing amter) har man således set et fald på ca. 50 % i antallet af skadestuebesøg, hvor erfaringen fra Århus Amt er et fald på ca. 20 %. Der kan dog være andre forklaringer på denne forskel, nemlig socio-demografiske forskelligheder mellem Østjylland og Vestjylland.

For nogle borgere vil der være tale om en "omvisitation" fra den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation til lægevagten. I brugertilfredshedsundersøgelsen fra Århus Amt fra juli 2003 fremgik, at 27 % af dem der havde været i kontakt med den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation (og ikke været på skadestuen) var blevet rådgivet til at kontakte lægevagten.

Dette tyder på, at det for borgerne kan være svært at skelne, om man skal ringe til den sygeplejerskebetjente skadestuefunktion eller til lægevagten i de konkrete skadestilfælde. Omvendt viste et udtræk fra patientsystemet i Århus over udfaldet af telefonvisitationen (hvad visiteres opkaldene til) i perioden juni 2003 til december 2004 (i alt 118.235 telefonopkald), at 76 % af opkaldene til den sygeplejerskebetjente telefonvisitation blev visiteret til et skadestuebesøg, mens kun 3,4 % blev visiteret til lægevagten. Dette tyder på, at problemet med omvisitation ikke er så omfangsrigt.

Det vil imidlertid af dem, der oplever at blive omvisiteret formentligt **ikke** opleves som dårlig service, at man først har været i ventekø i forhold til den sygeplejerskebetjente telefoniske skadestuevisitation og dernæst skal viderestilles til lægevagten, idet der, som praksis har været i Århus Amt, kan etableres et system, hvor der kan omstilles direkte udenom ventekøen fra skadestuevisitationen til lægevagten (og omvendt).

4.2.3. Fælles visitationstelefon for lægevagt og sygeplejerskebetjent skadestuevisitation

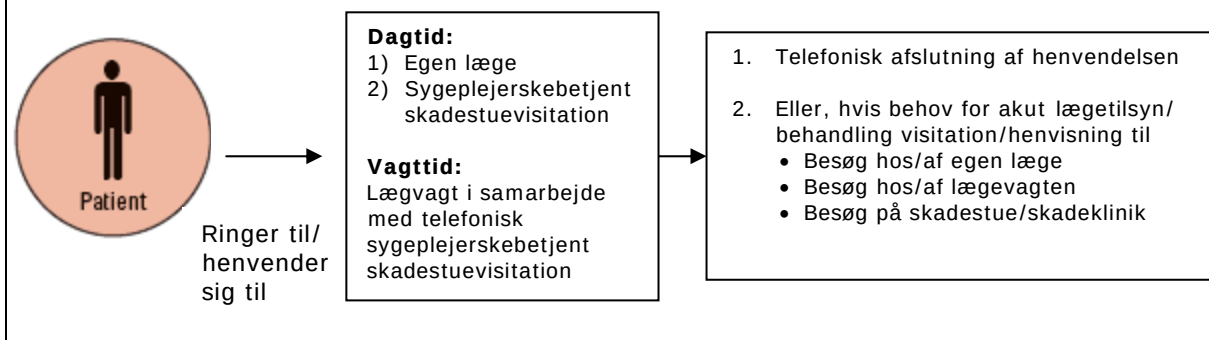
I denne model vil skadestuevisitation i dagtid være som i modellen ovenfor – dvs. at der er to muligheder for visitation til skadestuer/skadestuefunktioner – enten via egen læge eller via en sygeplejerskebetjent skadestuefunktion.

I vagttid vil denne model af en fælles visitation bemandet af lægevagten og visitationssygeplejersker. Der vil således kun være et fælles telefonnummer til lægevagten/skadestuevisitationen i vagttid.

Modellen i vagttid vil kunne konstrueres sådan, at lægevagten og visitationssygeplejerskerne fysisk sidder sammen og telefonopkaldene besvares af enten lægevagten eller visitationssygeplejerskerne. Der vil kunne viderestilles fra lægevagt til visitationssygeplejersker eller omvendt, hvis opkaldet ikke kan besvares eksempelvis af visitationssygeplejersken. Den konkrete arbejdsdeling skal aftales nærmere med lægevagten. Samtidigt skal det lægefaglige og ledelsesmæssige ansvar i forhold til visitationssygeplejerskernes indsats i vagttiden afklares.

Hvis man vælger denne model, skal den rent fysiske placering af den fælles lægevagt/visitationssygeplejerske bemandede skadestuevisitation afklares. Der er i dag to telefonvisitationssteder for lægevagten i regionen, den ene i Århus og den anden i Holstebro.

Model over **fælles visitationstelefon for lægevagt og sygeplejerskebetjent skadestuevisitation**



Modellen tager højde for Sundhedsstyrelsens anbefalinger, om at indgangen til sundhedsvæsenet skal være entydig. Der er samtidig lægefaglig back-up på den visitation og rådgivning, som visitationssygeplejerskerne foretager.

En konsekvens af modellen er således, at man som borger ikke skal målrette sin henvendelse til sundhedsvæsenet i vagttid i forhold til om der er tale om skader eller akut sygdom¹⁶. Den sygeplejerskebetjente del af visitationen, som hidtil har været rettet mod visitation af skader, kan gå hen og få et udvidet visitationsområdet, såfremt dette er ønskeligt. Det skal således afklares om visitationssygeplejersken må visitere til besøg hos lægevagten efter eller uden konferering med lægevagten, ligesom det skal afklares om visitationssygeplejersken må afslutte henvendelser vedr. akut sygdom (der normalt har været rettet til lægevagten) uden konferering med lægevagten. Dette kan opstilles i visitationsprotokoller med flowdiagrammer, som svarer til det man har haft i forhold til behandlersygeplejerskerne på skadestuerne i det tidligere Århus Amt.

Der er blevet peget på, at en fordel ved modellen kan være, at de to faggrupper (læger og sygeplejersker) kan profitere af hinandens kompetencer. Visitationssygeplejerskerne kan afslutte de henvendelser, hvor den videre visitation til skadestue er oplagt samt de henvendelser der kan afsluttes med rådgivning om egen-

¹⁶ Det samme gælder i øvrigt under model 1, hvor alle henvendelser (om såvel skader som akut sygdom) skal ske gennem lægevagten.

omsorg og evt. henvendelse til egen læge efterfølgende dag. Dette vil endvidere aflaste lægevagten.

Visitationssygeplejerskens mulighed for at følge aktiviteten på skadestuerne og prioritere og koordinere det videre indtag på skadestuerne udnyttes også.

Lægevagten kan umiddelbart bistå sygeplejerskerne i visitationshenvendelser, der giver anledning til tvivl og på den måde også sikre den fortsatte kompetenceudvikling hos disse sygeplejersker.

Desuden vil lægevagten kunne profitere af den administrative bistand, som sygeplejerskerne kan yde i modellen, i form af f.eks. indtastning af basisoplysninger i journalnotater, som f.eks. oplysning om temperatur, tidspunkt for sygdomsindtrædelse, appetit mv.

Modellen kan potentielt fremme det fremtidige øgede samarbejde mellem primær og sekundær sektor ligesom intentionerne for det akutte beredskab om at fremme målene om høj faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og optimal udnyttelse af ressourcerne¹⁷ ser ud til at blive styrket af denne model.

Det har været drøftet, at en konsekvens af modellen kan være, at patienter der ringer til lægevagten vil kunne komme til at tale med en sygeplejerske i stedet for. Hvorvidt det i praksis vil have betydning for behandlingskvaliteten er tvivlsomt – og vil kunne påvirkes af de visitationsprotokoller, der udarbejdes for visitationssygeplejerskerne.

Omvendt er denne ordning ikke anderledes end den, der fungerer i praksis i dagtid, hvor den praktiserende læge – bortset fra i telefontiden – har uddelegeret kompetencen til f.eks. at viderevisitere patienter til anden behandling til klinikpersonale (DSR i Hovedstadens Region, Sygeplejerskebemandede skadestudier – et godt supplement til fremtidens akutmodtagelser, s.3).

Nogle patienter vil eventuelt opleve, at de først skal fortælle sygeplejersken om sygdomsforløb, som så skal gentages overfor lægevagten efterfølgende. Dette kan forekomme u hensigtsmæssigt både for patienten og i forhold til en optimal ressourceudnyttelse af visitationspersonale. Problemet vil i en vis udstrækning kunne elimineres/mindskes, ved brug af et fælles elektronisk journalsystem, der muliggør teknisk overførsel af data fra visitationssygeplejersken til lægevagten. Der bør således arbejdes efter model, hvor der benyttes fælles skærm-billede, og hvor allerede indtastede oplysninger er tilgængelige for næste led i kæden.

Arbejdsgruppen peger på, at det vil bero på en aftale med PLO, hvordan modellen konkret skal se ud, herunder den konkrete arbejdsdeling mellem sygeplejersker og vagtlæger i forhold til besvarelse af telefonopkald.

Modellen kan evt. videreudvikles, således, at borgeren via tast-selv-service/indgangvalg får mulighed for at vælge selv om vedkommende ønsker at tale med en læge eller sygeplejerske.

¹⁷ Disse forventninger til det akutte beredskab fremgår af Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet" (eksempelvis s. 16).

Arbejdsgruppen anbefaler, at visitationsfunktionen på sigt tænkes sammen med AMK, således også større ulykker og hændelsesforløb kan håndteres fra første kontakt til sundhedsvæsenet. Dette vil også være i tråd med Sundhedsstyrelsens rapport "Gennemgang af akutberedskabet", hvor der i anbefalingerne vedrørende præhospital indsats peges på inddragelse af AMK som sundhedsfaglig støtte, supervision og rådgivning af alarmcentralens personale.

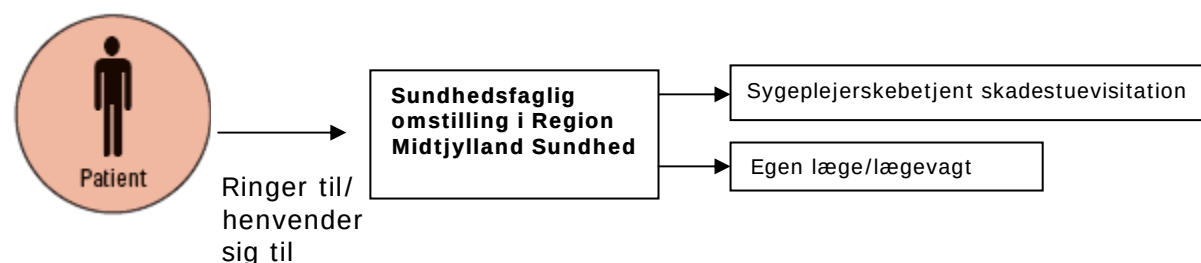
4.2.4. Alternativ skadestuevisitationsmodel

Denne model er kendetegnet ved, at der er et telefonnummer til egen læge/lægevagt og skadestuevisitation, som går ind i en central sundhedsfaglig omstilling i Region Midtjylland. Denne omstilling skal så viderestille opkaldet til den sygeplejerskebetjente skadestuevisitation eller til lægevagten.

Modellen vurderes umiddelbart at have den styrke, at indgangen til sundhedsvæsenet bliver mest mulig entydig. For patienten vil der kun være et telefonnummer til sundhedsvæsenet i både dagtid og vagttid (udover 112).

En sådan omstilling kan med fordel være bemandet med sundhedsfagligt personale, som kan visitere videre til den rette behandlingsinstans med det samme. Dette personale skal så have visitationsprotokoller som i modellen vedr. fælles lægevagt og sygeplejerskebetjent skadestuevisitation, der klart fortæller, hvortil patienter med forskellige symptomer skal visiteres.

Model over **alternativ skadestuevisitation**



4.3. Overvejelser vedrørende valg af skadestuevisitationsmodel

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige modeller for skadestuevisitation. Som det fremgår ovenfor, så anbefaler arbejdsgruppen, at al henvendelse til skadestuer skal være visiteret. Arbejdsgruppen anbefaler i øvrigt også, at al henvendelse til skadestuer skal være visiteret. Arbejdsgruppen har i drøftelserne lagt vægt på følgende principper for skadestuevisitation/skadestuevisitation:

Service og tilgængelighed døgnet rundt

Der skal sikres en god service fra første henvendelse til sundhedsvæsenet. Der skal være en meget høj grad af tilgængelighed døgnet rundt til skadestuevisitationen og der skal være klare servicemål, der sikrer, at borgere ikke har unødigt ventetid i telefonen. Unødigt ventetid kan betyde, at borgere enten ikke benytter sig af visitationen og dermed møder op på skadepoliklinikker og skadestuer uden forudgående visitation, eller at de benytter sig af 112 og anmoder om ambulance. Borgere, der har brug for et skadetilbud (også ved småskader) skal nemt og hurtigt kunne komme i kontakt med en visitator. Der skal opstilles mål over maksimal gennemsnitlig ventetid fra opkald til kontakt med visitator, og denne ventetid skal løbende monitoreres.

Et effektivt (og serviceminded) visitationssystem forudsætter, udover dyb faglig indsigt i sundhedsproblemer hos visitator, også et bookingsystem og et elektronisk overblik over ressourcer og behandlingsmuligheder i sundhedssystemet. Visitator skal have overblik over patientflowet på skadestuer og skadepoliklinikker, og visitator skal i aften/nat også have overblikket over eksempelvis kørende og konsulterende vagtlæger. Patienten skal kunne bookes til en tid i skadestuen eller skadepoliklinikken, og patienten skal kunne bookes til en vagtlægekonsultation på et af de hospitaler, hvor der er sådanne. Visitator skal således have overblikket over, hvornår en vagtlæge er til stede på et givent konsultationssted/hospital.

Rette hjælp på rette niveau

Skadestuevisitationen skal først og fremmest sikre, at borgeren henvises til at rette hjælp på rette niveau. Der skal udarbejdes såkaldte flow-diagrammer, der sikrer, at småskader bliver behandlet hos egen læge/vagtlægen eller på skadepoliklinikker, og at større skader behandles i skadestuer på akutmodtagende hospitaler (efter LEON-princippet).

Skadestuevisitationen skal kunne henvise borgeren til egenomsorg. Der skal være tid og mulighed for, at borgeren kan få et godt råd og henvises til egenomsorg, hvorefter kontaktførelsen kan afsluttes uden yderligere.

Organisering af og model for skadestuevisitationen i Region Midtjylland

Arbejdsgruppen har drøftet forskellige modeller for organiseringen af skadestuevisitationen. Der er i de tidligere amter, der indgår i Region Midtjylland, forskellig praksis og forskellige erfaringer med skadestuevisitation. Der har i arbejdsgruppen været forskellige vurderinger af, hvorledes skadestuevisitationen sker mest hensigtsmæssigt.