

Etablering af skadeklinikker i Sygehus Fyn

Medicinsk teknologivurdering om etablering
af skadeklinikker uden lægebemanding

Udarbejdet for Fyns Amt

Marie Henriette Madsen

Jakob Kjellberg

Majbritt Christensen

Jes Søgaard

DSI Institut for Sundhedsvæsen

September 2006

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-478-6 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Etablering af skadeklinikker uden lægebemanding bliver mere og mere udbredt i det danske sygehusvæsen. Skadeklinikkerne etableres typisk som en erstatning for nedlagte skadestuer på landets mindre sygehuse og bemandes af sygeplejersker, som er uddannet i behandling af mindre, akut opståede skader.

I Fyns Amt har sygehusvæsenet i de senere år gennemgået gennemgribende omstruktureringer, heriblandt nedlæggelse af skadestuerne på de små sygehuse først på Faaborg Sygehus og senest på Nyborg Sygehus. Nedlæggelse af skadestuerne på de små sygehuse affødte et politisk ønske om at vurdere grundlaget for at etablere sygeplejerskebemandede skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg. I efteråret 2005 udarbejdede en projektgruppe fra DSI bestående af Marie Henriette Madsen, Jakob Kjellberg, Majbritt Christensen og Jes Søgaard denne rapport, som præsenterer resultaterne af en medicinsk teknologivurdering af mulighederne for og konsekvenserne ved etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker på de før omtalte sygehuse.

Analysen, konklusioner og anbefalinger præsenteret i rapporten tager udgangspunkt i lokale fynske forhold, men er i stort omfang baseret på erfaringerne fra danske amter, der allerede har etableret sygeplejerskebemandede skadeklinikker. Således er nogle af rapportens konklusioner specifikt rettet mod Fyns Amt og sygehusene i Faaborg og Nyborg, hvorimod andre er af mere generel art og dermed overførbare til andre amter og sygehusenheder.

I udarbejdelsen af rapporten fik DSI's projektgruppe input fra eksterne parter. DSI ønsker at rette en stor tak til repræsentanter fra skadeklinikkerne i Sydvestjysk Sygehus Grindsted og Sygehus Vestsjælland, som deltog i interview og bidrog med hidtidige erfaringer med etablering og drift af sygeplejerskebemandede skadeklinikker, samt til fuldmægtig i Sygehus Fyn Berit Matzen, Planlægningskontoret, som bidrog med lokale oplysninger.

Jes Søgaard
Direktør, professor
DSI Institut for Sundhedsvæsen

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
1. Baggrund og formål	11
1.1 Rapportens opbygning	12
2. Hvad er en skadeklinik?	13
2.1 Skadeklinikker, Sygehus Vestsjælland – Case 1	14
2.2 Skadeklinikken, Sydvestjysk Sygehus Grindsted – Case 2	17
3. Metodebeskrivelse	19
3.1 Litteraturgennemgang	19
3.2 Danske erfaringer med skadeklinikker	20
3.3 Sygehus Fyn – det lokale grundlag for etablering af skadeklinikker	21
3.4 Analysens evalueringsstandard	21
4. Teknologi	23
4.1 Hvilke ydelser kan leveres på en sygeplejerskebemandet skadeklinik?	23
4.2 Kvalitet i behandlingen	25
4.3 Kvalitetssikring	25
4.4 Hvad er behovet for sygeplejerskebemandede skadeklinikker?	26
5. Patient/borger	29
5.1 Tryghed og nærhed	29
5.2 Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med behandlingsforløbet	31
5.3 Ventetider	31
6. Organisation	33
6.1 Organisationsstrukturen	33
6.1.1 Åbningstider	33
6.1.2 Visitation	34
6.1.3 Skadeklinikkens organisatoriske tilhørsforhold – samarbejdsrelationer	35
6.2 Arbejdsfordeling	36
6.2.1 Påvirkning af skadestuen	36
6.2.2 Ændres arbejdsfordelingen imellem det primære og sekundære sundhedsvæsen? ...	37
6.2.3 Ændres arbejdsfordelingen imellem læger og sygeplejersker?	38
6.3 Uddannelse	38
6.4 Hvad er behovet for personale?	39
6.5 De fysiske rammer	40
7. Økonomi	43
7.1 Investerings- og driftsudgifter ved etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker	43

7.1.1	Investeringsudgifter	44
7.1.2	Driftsomkostninger	45
7.2	Udgiften pr. behandling sammenlignet med alternativer	45
7.2.1	Omkostninger ved andre besøg	46
7.3	Besparelser.....	47
8.	Opsamling og konklusion på de fire delanalyser	49
	Litteratur	51

Resumé

I rapporten *"Etablering af skadeklinikker i Sygehus Fyn. Medicinsk teknologivurdering af skadeklinikker uden lægebemanding"* beskriver vi muligheder for og konsekvenser ved etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg.

Baggrunden for rapporten er, at der fra 1. januar 2006 skete en række organisatoriske omlægninger af Sygehus Fyn. Disse ændringer indebar bl.a., at akutberedskabet blev samlet på Sygehus Fyn Svendborg, og at det eksisterende akutberedskab blev nedlagt på sygehusenhederne i Nyborg og Faaborg. Som følge heraf opstod der i efteråret 2005 et politisk ønske om en vurdering af mulighederne for og konsekvenserne af etablering af skadeklinikker uden lægebemanding i Nyborg og Faaborg.

Rapporten er udarbejdet med udgangspunkt i et oplæg fra Fyns Amt's Sundhedssekretariat og følger principperne for en medicinsk teknologivurdering (MTV) med inddragelse af sundhedsfaglige, organisatoriske, patient- og borgerrettede perspektiver samt økonomiske konsekvenser for Sygehus Fyn.

Rapportens konklusioner bygger på en litteraturgennemgang, erfaringsopsamling fra to danske amter med sygeplejerskebemandede skadeklinikker samt økonomiske og aktivitetsbaserede opgørelser fra Sygehus Fyn.

Hvad er en skadeklinik?

En sygeplejerskebemandet skadeklinik udgør en del af sygehusvæsenets akut- og skadestuefunktion. Den bemandes af behandlersygeplejersker, som er erfarne skadestuesygeplejersker, der har gennemgået undervisning i selvstændig varetagelse af behandlingsopgaver inden for en afgrænset gruppe af skader. Skadeklinikkerne varetager mindre alvorlige akut opståede skader, for eksempel mindre og overfladiske sår, ukomplicerede forvridninger, brandsår, insektstik og fremmedlegemer i hud, øje, øre, næse, hals og hud. Større og mere komplicerede skader skal fortsat behandles af en læge på en skadestue.

Den skadebehandling, som en sygeplejerskebemandet skadeklinik kan yde, afhænger af flere forhold. Da behandlersygeplejersker på skadeklinikker arbejder under uddelegeret ansvar fra den ansvarshavende læge, afhænger skadeklinikkernes ydelser af lægens niveau for ansvarsoverdragelse. Endvidere vil den uddannelse, sygeplejerskerne gennemgår, være afgørende for deres kompetencer og dermed for de ydede skadebehandlinger.

Et godt supplement til skadestuer

Både engelske og danske erfaringer med sygeplejerskebemandede skadeklinikker viser, at uddannede behandlersygeplejersker inden for deres kompetenceområde udfører behandlinger med samme kvalitet som skadestuerne og de praktiserende læger/vagtlægerne. Kvaliteten er synlig inden for anamnese, diagnose, behandling og dokumentation. Der er desuden observeret stor tilfredshed blandt patienterne med sygeplejerskernes behandling, idet de giver sig bedre tid til samtale med og til at informere patienterne om deres skade.

Kvaliteten i behandlersygeplejerskernes arbejde sikres ved hjælp af retningslinier for konkrete behandlingsforløb udarbejdet af de ansvarshavende læger. En daglig speciallæge gennemgang af skadeklinikens journaler bidrager også til at sikre kvaliteten.

Begrænset behov for skadeklinikker i Sygehus Fyn

Ud fra en faglig synsvinkel er behovet for sygeplejerskebemandede skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg begrænset. I hele Sygehus Fyns optageområde er afstanden til skadestuen i Svendborg så lille, at behandling af akut opståede skader kan gennemføres her inden for en acceptabel tidsramme.

Vores beregninger af forventet aktivitet i en nyetableret sygeplejerskebemandet skadeklinik i Faaborg og Nyborg viser, at de i gennemsnit vil modtage 3 patienter pr. dag.

Kortere afstande og kortere ventetider for patienter / borgere

Borgerne omkring små sygehuse uden skadestuer vil have en klar fordel af en skadeklinik. Afstanden til behandling vil være kortere, og det vil sandsynligvis også betyde kortere ventetid for patienter med småskader, der ofte er lavt prioriterede på de traditionelle skadestuer.

Skadeklinikkernes organisering og bemanding

Læger indgår ikke i en skadekliniks normering. Der er tale om en selvstændig enhed, hvor sygeplejersker varetager selvstændige behandlingsopgaver. Skadeklinikken må dog organiseres i tæt samspil med andre akutfunktioner, så der er mulighed for lægefagligt back-up, løbende kvalitetssikring og kontinuert udvikling af behandlersygeplejerskernes kompetencer.

Ud fra danske erfaringer med skadeklinikker vurderer vi, at én behandlersygeplejerske pr. vagt pr. skadeklinik er passende for at varetage de formodede 3 patienter pr. dag. Det svarer til en normering på 3,5 behandlersygeplejerske pr. skadeklinik med en åbningstid fra kl. 8-22.

De danske erfaringer med sygeplejerskebemandede skadeklinikker peger også på fordele ved at fordele vagterne mellem en større gruppe af behandlersygeplejersker, så hver enkelt sygeplejerske bruger 25-50 % af sin tid i skadeklinikken og resten som almindelig sygeplejerske på for eksempel en skadestue. Det gør skadeklinikken mindre sårbar over for fravær, og behandlersygeplejerskerne får lejlighed til fortsat at bevare kompetencer inden for varetagelse af mere alvorlige skader, end dem der varetages på en skadeklinik. En sådan ordning kræver uddannelse af i alt 15-30 behandlersygeplejersker til at dække begge skadeklinikkens vagter. Inden for rammerne af den nuværende normering af Sygehus Fyns akutområde kan dette kun lade sig gøre, hvis alle sygeplejersker vil udfylde rollen som behandlersygeplejerske.

En økonomisk dyr løsning

Investeringsomkostningerne til lokaler ved etablering af skadeklinikker i Nyborg og Faaborg har vi samlet opgjort til ca. 1 million kr. Dertil kommer yderligere en halv million kr. til initial informationskampagne og uddannelse af behandlersygeplejersker. De årlige driftsomkostninger til løn, materialer og løbende uddannelse ved to enkeltbemandede skadeklinikker med åbningstid fra kl. 8-22 er opgjort til ca. 3,5 millioner kr. Hertil kommer løbende omkostninger til eventuelle informationskampagner.

Omkostningen pr. besøg er vurderet til ca. 1.500 kr. Med tre besøg pr. dag er omkostningerne for behandling på en sygeplejerskebemandet skadeklinik væsentlig større end på en skadestue eller hos en vagtlæge. Vi skønner, at patient-flowet må være mindst tre gange så stort, før en sygeplejebemandet skadeklinik er konkurrencedygtig.

Vores konklusion er, at der ikke er noget besparelspotentiale ved etablering af sygeplejebemandede skadeklinikker i Nyborg og Faaborg, da en stor del af de forventede ydelser formodentlig aldrig bliver efterspurgt, hvis patienterne agerer med en tids- og omkostningsmæssig barriere, hvis de har 25-30 km længere rejse til et behandlingssted.

Projektgruppens anbefalinger

Vi kan ud fra vores analyser ikke anbefale etablering af sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg. Behandlersygeplejersker kan inden for afgrænsede kompetencer yde behandling af en tilfredsstillende kvalitet, men behovet og efterspørgslen vil være for lille på trods af, at lokalbefolkningen i og omkring Nyborg og Faaborg vil få kortere transport- og ventetid. Vi skønner, at omkostningerne ved etablering og drift af sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker på Fyn ikke vil stå mål med effekten.

1. Baggrund og formål

Fra 1. januar 2006 er der sket en række organisatoriske omlægninger af Sygehus Fyn. Disse ændringer indebar bl.a., at akutberedskabet er blevet samlet på Sygehus Fyn Svendborg, og at det eksisterende akutberedskab er blevet nedlagt på sygehusenhederne i Nyborg og Faaborg. Som følge heraf er der opstået et politisk ønske om en vurdering af mulighederne for og konsekvenserne af etablering af skadepoliklinikker uden lægebemanding i Nyborg og Faaborg.

Vurderingen tager afsæt i principperne for en medicinsk teknologivurdering (MTV), hvor sundhedsfaglige, organisatoriske, patient/borger-relaterede og økonomiske perspektiver belyses (1, 2). Der tages udgangspunkt i udenlandske og danske erfaringer med skadepoliklinikker uden lægebemanding, og idégrundlaget er at overføre disse til lokale fynske forhold. Spørgsmål, der ønskes belyst inden for hver af MTV'ens fire delelementer, er gennemgået nedenfor:

Teknologi

- ◆ Hvilke ydelser kan leveres på en sygeplejerskebemandet skadepoliklinik? Kan ydelser leveres på alternative måder?
- ◆ Hvordan er kvaliteten i behandlingen sammenlignet med skadestuer o. lign?
- ◆ Hvordan sikres kvaliteten i behandlingen på en skadepoliklinik?
- ◆ Hvad er behovet for sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker?

Patient / borger

- ◆ Hvilke fordele og ulemper vil etablering af skadepoliklinikker få for patienter/borgere?
 - Tryghed og nærhed
 - Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med behandlingsforløbet
 - Ventetider

Organisation

- ◆ Organisationsstrukturen?
 - Åbningstider, visitationskriterier, samarbejdsrelationer, organisatorisk tilhørsforhold – fordele og ulemper?
 - Hvordan kan skadepoliklinikkerne hensigtsmæssigt tænkes sammen med det samlede akutberedskab?
- ◆ Ændres eller påvirkes arbejdsfordelingen – imellem afdelinger, faggrupper og sektorer?
- ◆ Hvad er behovet for uddannelse?
- ◆ Hvad er behovet for personalemæssig kapacitet?
- ◆ Særlige krav til fysiske rammer?

Økonomi

- ◆ Hvilke investerings- og driftsudgifter vil etablering af sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker medføre?
- ◆ Er der besparelser forbundet med etablering af sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker?
- ◆ Hvad er udgifterne pr. behandling?

1.1 Rapportens opbygning

Rapporten består af tre overordnede dele. I rapportens *første del* (afsnit 2) afklares skadeklinikbegrebet. Flere steder i udlandet og i Danmark har man allerede etableret skadeklinikker, og denne del består både af en generel beskrivelse og en beskrivelse af to danske cases, nemlig skadeklinikken på Sydvestjysk Sygehus Grindsted og skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland. De to cases tjener som eksempler på, hvordan man kan organisere skadeklinikker i en dansk kontekst, og udgør desuden en del af det erfaringsgrundlag, som rapportens konklusioner bygger på.

I rapportens *anden del* (afsnit 3) beskrives det metodiske grundlag, herunder den skadeklinikmodel, som udgør analysens evalueringsstandard.

I den *tredje del* (afsnit 4-7) bliver hovedpointer fra MTV'ens fire delanalyser – teknologi, patient/borger, organisation og økonomi – gennemgået. Tilsammen belyser de fire delanalyser fordele og ulemper ved etablering af skadeklinikker uden lægebemanding, og rapporten afsluttes med en faglig syntese, hvor der samles op og konkluderes på rapportens delanalyser (afsnit 8).

2. Hvad er en skadeklinik?

En skadeklinik er karakteriseret ved at tilhøre den del af sygehusvæsenet, som varetager akut- og skadestuefunktioner. Skadeklinikker er typisk bemandet af erfarne skadestuesygeplejersker med behandleruddannelse¹ og kan til sammenligning med en mere specialiseret enhed, som fx en skadestue, yde behandling til borgere med mindre alvorlige, akut opståede skader (3).

Både nationalt og internationalt har man etableret sygeplejerskebemandede skadeklinikker. I 2003 udgav DSI en rapport af Willemann et al., som gennemgår erfaringerne med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner, herunder sygeplejerskebemandede skadeklinikker i England og Danmark (3). Heri identificeres to typer af skadeklinikker, hvor den ene fungerer som en erstatning for nedlagte skadestuer og den anden som aflastning for større lægebetjente skadestuer. Den første type skadeklinik er ofte placeret på et mindre sygehus og fungerer som en satellitfunktion for nærmeste lægebetjente skadestue, typisk med det formål at imødekomme et krav fra lokalbefolkningen om sundhedsydelser i nærområdet. Den anden type skadeklinik er placeret side om side med en lægebetjent skadestue med det formål at varetage behandlingen af de mindre akutte henvendelser og dermed aflaste lægerne og nedbringe den samlede ventetid.

I fem danske amter har man på nuværende tidspunkt etableret skadeklinikker som følge af nedlægelsen af skadestuer på mindre sygehuse. Nedenfor i Tabel 2.1 ses en statusoversigt over amter med skadeklinikker.

Tabel 2.1 Status for etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker i danske amter

Vestsjællands Amt	Skadeklinikker på Nykøbing Sjælland, Kalundborg og Ringsted Sygehus: Åbningstid kl. 8-22, lægefaglig backup fra skadeklinikker ² på Holbæk og Slagelse Sygehuse. Første skadeklinik (Nykøbing Sjælland) blev etableret i juni 2002.
Sønderjyllands Amt	Skadeklinikker på Tønder, Sønderborg og Haderslev Sygehus: Åbningstid kl. 8-22, mulighed for henvisning til Centerskadestuen på Aabenraa Sygehus. Etableret juni 2004.
Storstrøms Amt	Skadeklinikker på Fakse og Nakskov Sygehuse og på Stege og Vordingborg Sundhedscentre: Åbningstid kl. 8-22, lægefaglig backup fra de to skadestuer. Sidste skadeklinik (Vordingborg) blev etableret januar 2005).
Ribe Amt	Skadeklinik på Grindsted Sygehus: Åbningstid kl. 7-23, lægefaglig backup fra ortopædkirurgisk ambulatorium, Grindsted Sygehus eller skadestuen, Esbjerg Sygehus. Etableret juni 2003.
Viborg Amt	Skadeklinik Skive Sygehus: Forsøgsordning på baggrund af nedlukning af skadestue i 2003, åbningstid kl. 8-23. Lægefaglig backup fra ortopædkirurgisk afdeling, Viborg Sygehus eller vagtlægen, Skive Sygehus.

¹ Uddannelse til behandlersygeplejerske foregår i Danmark lokalt på sygehusene eller i regi af Dansk Sygeplejeråd og giver sygeplejerskerne teoretiske og praktiske redskaber i forhold til selvstændig varetagelse af behandlingen af en afgrænset gruppe skader. Uddannelsesaspektet bliver gennemgået mere detaljeret i afsnit 4.1 og 6.3.

² I Vestsjællands Amt opererer man med to forskellige former for skadeklinikker – tre sygeplejerskebemandede og to større lægebemandede skadeklinikker. De to lægebemandede skadeklinikker minder i al væsentlighed om en traditionel skadestue.

Som det fremgår af tabellen, har man alle steder valgt at organisere skadeklinikker som en satellit-funktion til en skadestue og dermed bevaret et tilbud om akut behandling i lokalområderne omkring de mindre sygehuse.

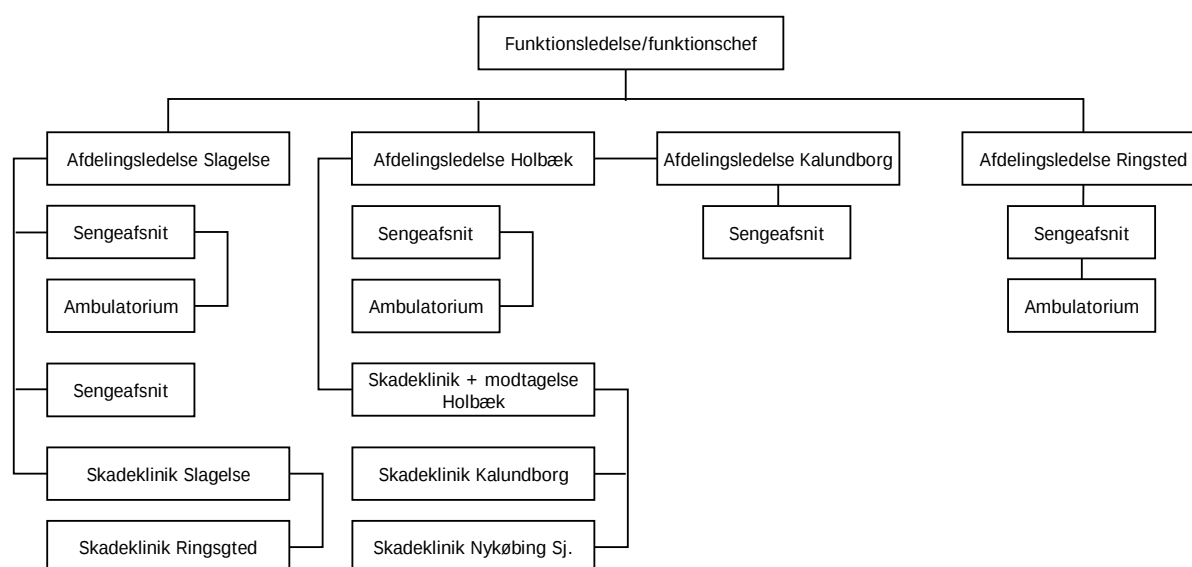
To danske amter, Vestsjællands og Ribe amter, er udvalgt til nærmere analyse, og organisering af skadeklinikkerne i disse amter beskrives i det følgende.

2.1 Skadeklinikker, Sygehus Vestsjælland – Case 1

I Vestsjællands Amt er etableret tre mindre skadeklinikker bemandet af sygeplejersker og to større skadeklinikker bemandet af både behandlersygeplejersker, almindelige sygeplejersker og læger. I januar 2002 nedlagde man skadestuen i Nykøbing Sjælland, og i juni samme år etablerede man i stedet en sygeplejerskebemandet skadeklinik. I juni 2003 trådte en udviklingsplan i kraft, der bl.a. indebar, at amtets resterende skadestuer skiftede status til skadeklinikker (4, 5).

Skadeklinikkerne er organiseret som en del af den funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi i Sygehus Vestsjælland, og af nedenstående organisationsdiagram fremgår, hvordan afdelingsledelsen på de ortopædkirurgiske afdelinger i Holbæk og Slagelse har det overordnede ansvar for alle fem skadeklinikker. Organisatorisk er skadeklinikken i Ringsted en del af skadeklinikken i Slagelse, og skadeklinikkerne i Kalundborg og Nykøbing Sjælland hører til under skadeklinikken i Holbæk.

Figur 2.1 Organisering af funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi, Vestsjællands Amt



I Ringsted, Kalundborg og Nykøbing Sjælland er skadeklinikkerne bemandet med én behandlersygeplejerske pr. vagt og er åbne for selvhenvendelse i tidsrummet kl. 8-22. Lægefaglig backup til de tre sygeplejerskebemandede skadeklinikker kan modtages fra lægerne på de to store lægebemandede skadeklinikker – i Ringsted fra skadeklinikken i Slagelse og i Kalundborg og Nykøbing Sjælland fra skadeklinikken i Holbæk. Desuden kan den vagthavende sygeplejerske viderehenvise patienter til skadeklinikkerne i henholdsvis Slagelse eller Holbæk. Skadejournaler fra de tre sygeplejerskebemandede skadeklinikker gennemgås på daglig basis af speciallæger i ortopædkirurgi fra henholdsvis Holbæk eller Slagelse sygehuse med henblik på at sikre, at patienterne har modtaget korrekt behandling (4).

På skadeklinikkerne i Slagelse og Holbæk modtager man selvhenvendende fra optageområdet, akut indbragte patienter og på skadeklinikken i Holbæk også akut henviste patienter. I tidsrummet kl. 8-22 mødes patienter, der selv henvender sig, af en visiterende sygeplejersker med behandleruddannelse, der vurderer, om patienten skal behandles af en læge eller en behandlersygeplejerske. Efter kl. 22 er behandlersygeplejerskefunktionerne ikke bemandet, og i alle tilfælde behandles patienten af en læge i dette tidsrum. Skadeklinikkerne i Holbæk og Slagelse adskiller sig ikke i væsentlig grad fra det, man i andre amter kalder en skadestue, og ifølge funktionschefen for den funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi Niels Pedersen, udsprang skadeklinikbetegnelsen af et politisk ønske om ikke at signalere forskel imellem de fem enheder (4).

De små skadeklinikker i Ringsted, Kalundborg og Nykøbings Sjælland bemannes af et team bestående af ca. 10 behandlersygeplejersker pr. skadeklinik. På en måned er der ca. 60 vagter pr. skadeklinik, og det tilstræbes, at hver enkelt behandlersygeplejerske har 5-6 vagter på en måned. Resten af tiden indgår denne gruppe af sygeplejersker i bemanningen på skadeklinikkerne i henholdsvis Slagelse eller Holbæk som almindelige skadestuesygeplejersker med henblik på at bevare erfaringen med at modtage større og mere alvorlige skader end dem, der modtages på de små skadeklinikker (4).

Det gennemsnitlige antal henvendelser til skadeklinikkerne Sygehus Vestsjælland er angivet i Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Gennemsnitligt antal henvendelser til skadeklinikker pr. dag/døgn for perioderne september 2003-august 2004 og september 2004-august 2005 (5)

Måned	September 2003-august 2004					September 2004-august 2005				
	Slagelse	Holbæk	Kalund-borg	Ringsted	Nykø-bing S	Slagelse	Holbæk	Kalund-borg	Ringsted	Nykø-bing S
	Pr. døgn	Pr. døgn	Pr. dag	Pr. dag	Pr. dag	Pr. døgn	Pr. døgn	Pr. dag	Pr. dag	Pr. dag
Sep	72	63	17	20	6	83	68	8	12	6
Okt	65	55	13	17	5	70	55	9	10	5
Nov	65	55	8	17	3	70	54	9	9	4
Dec	61	54	7	14	5	65	51	10	8	3
Jan	65	53	8	16	4	66	52	8	9	3
Feb	63	52	9	14	4	68	50	8	8	4
Mar	71	54	9	13	4	72	56	8	9	6
Apr	76	61	10	11	9	77	57	10	11	5
Maj	81	66	11	12	8	80	65	10	11	6
Jun	77	63	12	12	9	82	66	12	11	10
Jul	72	60	11	10	16	74	64	10	12	14
Aug	90	70	13	13	13	82	66	11	10	10

Samlet set for alle fem skadeklinikker er der sket et fald i antallet af henvendelser. Dette fald ses især på de tre sygeplejerskebemandede skadeklinikker og forklares i Sygehus Vestsjællands egen evaluering fra 2005 dels med strukturændringerne i Sygehus Vestsjælland i 2003, dels et generelt fald i antallet af henvendelser til skadestuer, som også kan genfindes i resten af landet (5). Henvendelsesfrekvensen på de små skadestuer betyder, at der i gennemsnit er mindre end én patient i timen. Der tegner sig et billede af, at der især er meget få patienter i de første og sidste timer af skadeklinikernes åbningstider samt jule- og nytårsaften. En følgegruppe for skadeklinikkerne har foreslået at indskrænke åbningstiderne til kl. 11-20.30 og holde lukket 24. og 31. december (5). Det overvejes ligeledes at begrænse åbningstiden på skadeklinikken i Nykøbings Sjælland til sommerhalvåret.

I Sygehus Vestsjælland er det et krav til sygeplejersker, der ønsker at blive behandlersygeplejersker, at de skal have mindst tre års erfaring, heraf mindst to års erfaring fra en skadestue. Behandlersygeplejersker på skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland har som minimum gennemgået et uddannelsesforløb tilrettelagt og gennemført af overlægerne på de ortopædkirurgiske afdelinger i Slagelse og Holbæk, og der er desuden defineret en specifik liste over skader, som en behandlersygeplejerske må behandle og afslutte (se Boks 2.1). Denne liste er udarbejdet over en 10 års periode, hvor sygeplejerskerne gradvist fik flere arbejdsområder, og fik den endelige form ved etableringen af de fem skadeklinikker. På skadeklinikken i Nykøbing Sjælland er der desuden lavet en aftale om, at sygeplejersken kan assistere vagtlægen i det tidsrum, der er overlap mellem skadeklinikken åbningstid og vagtlægens konsultationstid.

Boks 2.1 Kompetenceområder for behandlersygeplejersker ved skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland (6)

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 håndflade svarende til 1% af legemets overflade
- ◆ Fremmedlegemer i hud
- ◆ Skift af sårforbindinger
- ◆ Anlæggelse af lokal anæstesi og syning af simple sår
- ◆ Stivkrampevaccination
- ◆ Hepatit revaccination for personalet i Sygehus Vestsjælland

Insekt- og dyrekontakt

- ◆ Bistik og andre insektstik
- ◆ Brandmænd
- ◆ Fjæsing
- ◆ Tæger

Brud og forvridninger

- ◆ Gipsgener/knækket gips ved arm og benskiner
- ◆ Lettere trykgener, hvor der ikke er tegn på nekrose eller nervelæsion
- ◆ Vurdering af slag og forvridninger
- ◆ Ordination af visse røntgenoptagelser

Øre-næse-hals

- ◆ Behandling af simpel næseblødning
- ◆ Simpel fjernelse af fremmedlegemer

Tandskader

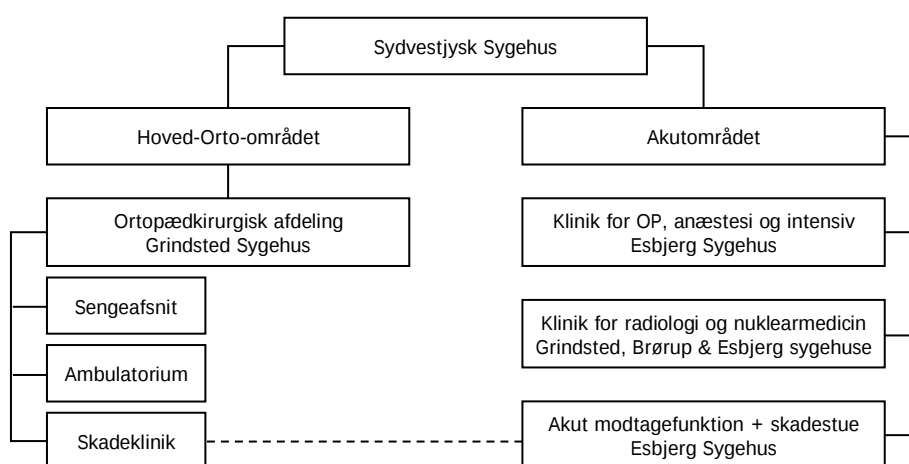
- ◆ Visse lette tandskader

2.2 Skadeklinikken, Sydvestjysk Sygehus Grindsted – Case 2

På Sydvestjysk Sygehus i Ribe Amt blev der i juli 2003 etableret en skadeklinik på Grindsted Sygehus. Skadeklinikken blev etableret som følge af nedlægningen af skadestuerne først i Brørup og siden i Grindsted.

Skadeklinikken i Grindsted er organisatorisk placeret under det ortopædkirurgiske område, og det lægefaglige ansvar er placeret hos overlægen på ortopædkirurgisk afsnit på Sydvestjysk Sygehus Grindsted. Skadestuen ligger på Esbjerg Sygehus og hører til akutområdet, og skadestuen og skadeklinikken er således organisatorisk uafhængige enheder. Skadeklinikken har førhen været placeret under akutområdet, men nu er den primære samarbejdsrelation reduceret til mulighed for lægefaglig backup fra skadestuens læger i aftentimerne, markeret med stiplet linie i Figur 2.2 (7).

Figur 2.2 Organisering af skadeklinik og skadestue, Sydvestjysk Sygehus



Skadeklinikken på Grindsted Sygehus har åben alle ugens dage fra kl. 7-23. De øvrige afsnit under ortopædkirurgisk afdeling på Grindsted Sygehus er bemandet med læger fra kl. 8-18, som i dette tidsrum benyttes af skadeklinikkens sygeplejersker til backup. Skadestuens læger benyttes til lægefaglig backup i skadeklinikkens resterende åbningstid. Som i Sygehus Vestsjælland gennemgår en speciallæge i ortopædkirurgi dagligt skadeklinikkens journaler med henblik på kvalitetssikring.

Skadeklinikken er en lukket funktion, der kræver henvisning fra praktiserende læge eller vagtlæge. Dog er der en aftale med enkelte arbejdspladser i nærområdet (Danish Crown, Danisco og LEGO) om, at tilskadekomne medarbejdere kan tage direkte på skadeklinikken uden henvisning. Før etablering af skadeklinikken var skadestuen i Grindsted også lukket, og kun få borgere henvender sig uden henvisning. I gennemsnit behandles 4-10 patienter i skadeklinikken pr. dag.

Tabel 2.3 Oversigt over antal besøg på skadeklinikken, Sydvestjysk Sygehus Grindsted. Januar-november 2005 (8)

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Antal besøg	106	112	121	153	145	134	127	157	176	134	133

Der er ansat 10 behandlersygeplejersker i skadeklinikken på Grindsted Sygehus. Der er kun én sygeplejerske på vagt ad gangen på skadeklinikken, men normeringen dækker også den almindelige sygeplejerskebemanding i det ortopædkirurgiske ambulatorium på Grindsted Sygehus.

Ved etablering af den sygeplejerskebemandede skadeklinik blev sygeplejerskerne, der havde mellem 4-20 års erfaring, undervist af en erfaren læge fra skadestuen i Esbjerg. Undervisningsforløbet indeholdt både en teoretisk og en praktisk del, hvor sygeplejerskerne fulgtes med en læge på vagt i skadestuen. Derudover blev der udarbejdet en manual over de skader, der må behandles på skadeklinikken og instruktion i behandlingsmetoder. Denne manual var inspireret af skadestuen på H:S Bispebjerg Hospital, der på daværende tidspunkt allerede havde arbejdet med at benytte behandlersygeplejersker til behandling af mindre skader. Siden etableringen af skadeklinikken i 2003 har der ikke været udskiftning blandt skadeklinikkens sygeplejersker (7).

Boks 2.2 Beskrivelse af skader, der kan behandles på skadeklinikken, Grindsted Sygehus

Typiske skader fra hverdagens sport og leg, samt mindre arbejdsskader, eksempelvis:

- ◆ Forstuvninger eller mindre brud på arme eller ben efter fald på fodboldbanen, på motionsturen eller under leg
- ◆ Behandling af mindre sår
- ◆ Skylning af brandsår efter uforsigtig omgang med varme væsker, komfurer, brændeovne, havegrills og lignende
- ◆ Skylning af øjne efter uforsigtig omgang med varme væsker, kemikalier og lignende
- ◆ Behandling af svejseøjne

(www.sundhed.dk, 10. januar 2006).

3. Metodebeskrivelse

Analyser og konklusioner præsenteret i denne rapport er baseret på en grundig litteraturgennemgang af international videnskabelig litteratur, nationale evalueringsrapporter, interview med ledelsen på sygeplejerskebemandede skadestuecentre i de to udvalgte amter samt opgørelser over driftsudgifter og aktivitetsstatistikker for skadestuecentre i de to amter. Endelig har Sygehus Fyns planlægningskontor bidraget med lokale opgørelser over aktivitetsstatistikker, patientgrundlag og beskrivelser af akutberedskabets nuværende organisering og bemanning.

3.1 Litteraturgennemgang

Formålet med litteraturgennemgangen var at identificere erfaringer gjort med skadestuecentre inden for MTV'ens fire delelementer.

Søgestrategien har taget udgangspunkt i DSI rapporten *'Den behandlende sygeplejerske – erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark'* fra 2003, hvor erfaringer med sygeplejerskebemandede skadestuecentre i både England og Danmark præsenteres. Denne rapport er bl.a. baseret på en gennemgang af litteratur fra 1993-2002 identificeret via fritekstsøgning i Medline på termene "walk-in centres" og "minor injury units" (3). Konklusioner herfra udgør en del af baggrunden for nærværende rapportens konklusion – dog er der foretaget udvidet søgning med henblik på at identificere supplerende og/eller nyere litteratur.

Med henblik på at identificere litteratur, der kunne belyse både de teknologiske, organisatoriske, patient-/borgerrelaterede og økonomiske perspektiver, er der foretaget en søgning på forskellige søgeord og i forskellige bibliografiske databaser (se Tabel 3.1). Der findes ingen strukturerede emneord om sygeplejerskebemandede skadestuecentre, hvorfor søgestrategien har været baseret på at søge efter litteratur, der belyser enheder, som organisatorisk svarer til sygeplejerskebemandede skadestuecentre eller belyser behandlersygeplejerskerollen.

Tabel 3.1 Søgestrategi, bibliografiske databaser

Database	Søgeord
Medline (WebSPIRS)	Nursing-Care/all AND Emergency-Nursing/all Nursing-Care/all AND Ambulatory-Care-Facilities/all Emergency-Nurse-Pract*/all Walk-In-Cent* OR Minor-Injury-Unit* AND (PY 2003-2005)
Cinahl	Community-Health-Centers OR Nurse-Managed-Centers/evaluation Nurse-Managed-Centers/administration Nurse-Managed-Centers/psychosocial-factors
Cochrane	Walk-In-Centres/all fields - all products Community-Health-Centers/keywords AND Nurse/all fields – all products Ambulatory-Care-Facilities/all fields – all products Minor-Injury-Units/all fields NOT Walk-In-Centres/all fields – all products Emergency Nursing/all fields – all products Emergency Service/keywords AND Nurs*/keyword – all products
DanBib	Behandlersygeplejerske Skadestuecentr*
SweMed+	Community-Health-Centers AND Nurs* Ambulatory-Care-Facilities Nurse-Practitioners

Søgestrategien resulterede i 1.858 referencer, som alle er blevet gennemgået ved gennemlæsning af abstracts. Denne rapport referenceliste består imidlertid kun af 10 referencer udvalgt på baggrund af deres relevans i forhold til at belyse aspekter ved en organisatorisk enhed svarende til en skadeklinik, fx 'minor injury units' eller ved behandlersygeplejerskefunktionen.

To af de udvalgte referencer fokuserer på organisatoriske problemstillinger, herunder evalueringer af skadeklinikker i samspil med andre akutfunktioner, udvikling af den udvidede sygeplejerrolle og fagkulturelle barrierer i forbindelse med sygeplejerskernes udvidede kompetenceområder. Yderligere 8 belyser kvaliteten af behandling foretaget af behandlersygeplejersker og patienternes tilfredshed hermed, bl.a. belyst ud fra patienternes præferencer i forbindelse med valg af akut behandling. Kun ét studie belyser økonomiske konsekvenser ved sygeplejerskebemandede skadeklinikker.

Søgninger foretaget i DanBib og SweMed resulterede udelukkende i referencer, der havde karakter af indlæg i en debat omkring sygeplejerskebetjente skadeklinikker eller sygeplejersker i behandlerroller. Disse er i et vist omfang inddraget for at belyse skandinaviske perspektiver på skadeklinikker. For at identificere referencer, der kunne belyse danske erfaringer, er amter med skadeklinikker blevet kontaktet med henblik på at identificere eventuelle lokale danske evalueringer. I Vestsjællands Amt forelå selvevalueringer af skadeklinikkerne fra 2004 og 2005 udarbejdet af en lokal følgegruppe. Der forelå ligeledes en selvevaluering af behandlersygeplejerskefunktionen på skadestuen på Amager Hospital fra 1999. I de øvrige amter med skadeklinikker foreligger der ingen egentlige evalueringer og kun forskellige interne dokumenter af mere beskrivende art. Evalueringsrapporterne fra Vestsjællands Amt og Amager Hospital har ikke været genstand for ekstern kvalitetskontrol i form af peer-review, og det kvantitative materiale har ikke været genstand for statistisk analyse. Konklusioner herfra skal altså tolkes med varsomhed, om end rapporterne kan give et fingerpeg omkring danske erfaringer med skadeklinikker.

3.2 Danske erfaringer med skadeklinikker

Da det var vores vurdering, at litteraturen omkring danske erfaringer med sygeplejerskebemandede skadeklinikker var for sparsom og ikke i tilstrækkelig grad belyste de spørgsmål, som fremgik af Fyns Amts kommissorium for nærværende MTV, valgte vi at supplere litteraturgennemgangen med en erfaringsopsamling i amter, hvor skadeklinikker allerede var etableret.

Vi ønskede at udvælge to amter med sygeplejerskebemandede skadeklinikker, hvoraf det ene havde længerevarende erfaring og det andet for nylig havde etableret en skadeklinik. Ideen hermed var at afdække erfaringerne fra en skadeklinik, som var i en etableringsfase, og en skadeklinik med længere erfaring og eventuelt også var i en udviklings- eller omdefineringsfase. Desuden ønskede vi at udvælge amter, der repræsenterede forskellige dele af landet. Vestsjællands Amt blev udvalgt, idet det med etableringen af skadeklinikken i Nykøbing Sjælland i 2002 fremstod som et af de amter med længst erfaring med sygeplejerskebemandede skadeklinikker. Ribe Amt blev udvalgt som det andet, da det fremgik af daværende oplysninger, at skadeklinikken på Grindsted Sygehus var etableret for nylig. Først i interviewet med afdelingsledelsen fremgik det, at skadeklinikken på sygehuset i Grindsted blev etableret allerede i 2003 og altså ikke var i en etableringsfase. Skadeklinikken på Grindsted Sygehus er imidlertid på nogle områder organiseret anderledes end skadeklinikker på Sygehus Vestsjælland, og erfaringer herfra er derfor alligevel medinddraget.

Det var ønsket, at den danske erfaringsopsamling skulle belyse fordele og ulemper ved den overordnede organisering af skadeklinikker, fordele og ulemper ved organiseringen af det daglige arbejde på skadeklinikkerne samt bidrage med driftsøkonomiske opgørelser. Derfor blev to repræsentanter tilknyttet skadeklinikkerne udvalgt i begge amter: den ene skulle have sin daglige gang på en skadeklinik, hvor den anden skulle bidrage med et overblik over skadeklinikken i samspil med de øvrige akutte

tilbud. Tanken var at rekruttere en afdelingssygeplejerske i skadeklinikken og en ledende ortopædkirurgisk overlæge.

Fra Sygehus Vestsjællands medvirkede funktionschefen for den funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi Niels Pedersen, der samtidig varetog stillingen som afdelingssygeplejerske i skadeklinikken på Slagelse Sygehus, og ledende overlæge for ortopædkirurgisk afdeling på Slagelse Sygehus Ellen Appelqvist. I Ribe Amt medvirkede ledende overlæge Erik Frøkiær og overlæge Inge Hvass – begge ortopædkirurgisk/kæbekirurgisk klinik, Grindsted Sygehus, samt oversygeplejerske i skadeklinikken på Grindsted Sygehus Karin Bilgrav. I begge amter blev interviewene foretaget som henholdsvis double- og tripleinterview og havde en varighed af ca. en time.

Driftsøkonomiske opgørelser for skadeklinikkerne er sideløbende rekvireret fra de to amter/sygehusenheder, hvoraf det primært er opgørelserne fra Sygehus Vestsjællands Amt, der er benyttet i den økonomiske analyse.

3.3 Sygehus Fyn – det lokale grundlag for etablering af skadeklinikker

Med henblik på en analyse af nationale og internationale erfaringer med skadeklinikker set i relation til det lokale grundlag for at etablere skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg har Sygehus Fyn v. fuldmægtig Berit Matzen, Planlægningsafdelingen, bidraget med følgende oplysninger:

- ◆ Organisering af det nuværende akutberedskab, Sygehus Fyn
- ◆ Økonomiske nøgletal
- ◆ Normering på skadestuen i Svendborg
- ◆ Aktivitetsstatistikker – den nu nedlagte skadestue i Nyborg samt akutindtag på medicinske afdelinger i Nyborg, Faaborg og Svendborg
- ◆ Patientgrundlaget fordelt på de tre matrikler Sygehus Fyn Faaborg, Nyborg og Svendborg.

3.4 Analysens evalueringsstandard

Med henblik på at foretage en vurdering af mulighederne for og konsekvenserne af etablering af skadeklinikker i Nyborg og Faaborg har vi fundet det nødvendigt at tage udgangspunkt i en konkret model for skadeklinikkernes organisering. I denne model vil vi redegøre for de forudsætninger, som analysens konklusioner er baseret på.

Der tages først og fremmest udgangspunkt i, at de eventuelle skadeklinikker i Nyborg og Faaborg er et nyt tilbud frem for et alternativ til lukningstruede skadestuer. I Sygehus Fyn er alle akutfunktioner allerede samlet på sygehuset i Svendborg, og etablering af skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg kan altså ikke betragtes som en omorganisering af det nuværende akutberedskab, som det var tilfældet i både Vestsjællands og Ribe amter.

Det forventes, at skadeklinikkerne organisatorisk etableres som en del af Sygehus Fyns ortopædkirurgiske afdeling med ledelses- og personalemæssig tilknytning til skadestuen i Svendborg. Desuden tages udgangspunkt i en organisering svarende til skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland, dvs. en åben funktion med en åbningstid fra kl. 8-22 og med samme model for vagtdækning, hvor et team af behandlersygeplejersker roterer imellem skadestuen og skadeklinikkerne. Baggrunden for valget af denne model er, at erfaringerne med skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland er relativt velbeskrevne, og det derfor er muligt at overføre erfaringer herfra til fynske forhold.

Endelig tages der udgangspunkt i de seneste aktivitetsstatistikker for den nu nedlagte skadestue i Nyborg som et udtryk for den forventede aktivitet på en eventuel skadeklinik på sygehusene i både

Nyborg og Faaborg. Skadestuen i Nyborg var en visiteret, døgnåben og lægebemandet funktion, og det er nødvendigt at foretage et skøn over, hvor mange af disse patienter en sygeplejerskebemandet skadeklinik vil kunne behandle. Igen vil vi benytte os af, at erfaringerne med skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland er forholdsvis velbeskrevne, og at der kan foretages sammenligninger imellem de nedlagte døgnåbne skadestuer vs. sygeplejerskebemandede skadeklinikker med begrænset åbningstid.

I tilfælde, hvor lokale forhold såsom bemandingsmuligheder, patientgrundlag og aktivitetsstatistikker komplicerer den valgte model, vil alternative modeller og konsekvenser heraf blive diskuteret.

4. Teknologi

En medicinsk teknologi er fællesbetegnelsen for procedurer og metoder til undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter. Teknologien er i dette tilfælde sygeplejerskebemandede skadeklinikker – et nyt behandlingstilbud til akut skadesbehandling, hvor en ny personalegruppe udnyttes til vurdering, behandling og afslutning af patienter med lette og ukomplicerede skader. I henhold til metodehåndbogen for Medicinsk Teknologivurdering skal teknologiens anvendelsesområde, effektivitet og risici vurderes i dette afsnit (1, 2). I afsnit 2 er skadeklinikker generelt og de to cases specifikt beskrevet, og i dette afsnit er nedenstående spørgsmål vurderet som relevante at besvare i forhold til den konkrete teknologi.

Teknologi

- ◆ Hvilke ydelser kan leveres på en sygeplejerskebemandet skadeklinik? Kan ydelser leveres på alternative måder?
- ◆ Hvordan er kvaliteten i behandlingen sammenlignet med skadestuer og lignende?
- ◆ Hvordan sikres kvaliteten i behandlingen på en skadeklinik?
- ◆ Hvad er behovet for sygeplejerskebemandede skadeklinikker?

4.1 Hvilke ydelser kan leveres på en sygeplejerskebemandet skadeklinik?

Ydelser leveret af sygeplejersker på skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland og Sydvestjysk Sygehus Grindsted er gengivet i afsnit 2. På trods af mindre afvigelser skadeklinikkerne imellem er det gennemgående fællestræk, at sygeplejerskerne må tage sig af en række afgrænsede, mindre alvorlige og ukomplicerede skader. Hvilke ydelser, der kan leveres på en skadeklinik, vil imidlertid afhænge af forhold såsom indholdet i den uddannelse, som behandlersygeplejerskerne modtager, afdelingsledelsens uddelegering af ansvar, og hvilken teknologi der er til rådighed på det enkelte sygehus.

Dansk Sygeplejeråd (DSR) har udarbejdet et rammeprogram for efteruddannelse af *Sygeplejersker med udvidet arbejdsområde på skadestuer/behandlingsafdelinger*, der udstikker nogle vejledende retningslinier for indholdet af en formaliseret uddannelse. Her lyder definitionen på en sygeplejerske med udvidet arbejdsområde som følger:

”En sygeplejerske med udvidet arbejdsområde på skadestuer/behandlingsafdelinger er en sygeplejerske, der har kompetence til at kunne identificere, diagnosticere, påbegynde og afslutte en behandling for at sikre optimal diagnostik, behandling og pleje for patienter med afgrænsede symptomer” (9)

Uddannelsen er tiltænkt sygeplejersker med mindst fire års erfaring, heraf mindst to år fra en akutfunktion, og det forventes, at de pågældende sygeplejersker har en opdateret viden på akutområdet. Sygeplejersker, der modtager DSR's uddannelse, må altså formodes at have opnået et vist kompetenceniveau. Rammeprogrammet er struktureret som et tre-ugers kursus à 3 moduler, og der lægges vægt på kompetenceudvikling i forhold til dokumentation, undersøgelses- og udredningsteknikker, ajourføring og videreudvikling af viden om anatomi og fysiologi samt enkeltfærdigheder i forhold til behandling af konkrete og udvalgte skader (se Boks 4.1).

Generelle kompetencer

- ◆ Ethiske teorier, fagidentitet og forståelse for kompetenceudvikling
- ◆ Viden om sygeplejerskers rettigheder og pligter på en behandlingsafdeling
- ◆ Kommunikationsstrategier i relation til korttidskontakter
- ◆ Dokumentationspraksis
- ◆ Anamneseoptagelse, undersøgelsesteknikker, billeddiagnostik
- ◆ Anatomi og fysiologi – bevægeapparatet (muskler, led, bånd, kar og nerveforsyninger), øre, næse, urinveje og hud

Konkrete kompetencer i relation til diagnosticering og behandling

- ◆ Undersøgelse, behandling og bandagering af bevægeapparatlidelser
- ◆ Brandsårbehandling
- ◆ Smertevurdering og -behandling – basal farmakologi
- ◆ Vurdering, undersøgelse, behandling og forbindelse af sårskader og insektstik
- ◆ Brug af antibiotika og stivkrampevaccination
- ◆ Suturering og anlæggelse af regional anæstesi
- ◆ Pleje, behandling, observation og skiftning af kronisk blærekateter
- ◆ Forebyggelse af hospitalsinfektioner
- ◆ Fjernelse af fremmedlegemer i øre og næse, behandling af næseblod
- ◆ Vurdering og vejledning ved akut skade på mælketænder, pleje og behandling af læsioner i mund og mundhule

Det er vigtigt at bemærke, at sygeplejersker arbejder under uddelegeret ansvar fra den enkelte afdelingsledelse, og at uddannelsen er tiltænkt som et minimum, hvorfor konkrete kliniske færdigheder skal læres i praksis under kyndig vejledning af en læge (9). En formel behandleruddannelse er desuden ikke et krav, og de konkrete færdigheder, som en behandler-sygeplejerske – og dermed en skadeklinik – kan levere, vil altså afhænge den enkelte afdelingsledelses niveau for uddelegering af ansvarsområder. Det konkrete skadesmønster i lokalområdet vil også komme til være afgørende for, hvilke ydelser det er relevant for en skadeklinik at kunne levere – et forhold, som må afstemmes løbende (3).

DSR's rammeprogram er udarbejdet i 2003, og to forløb er gennemført, og ét er under afvikling. I de fleste amter med sygeplejerskebemande skadeklinikker har man imidlertid udviklet lokale uddannelsesforløb à 1-2 ugers varighed, hvor erfarne speciallæger i ortopædkirurgi har forestået undervisningen. De lokale uddannelsesforløb har den fordel, at sygeplejerskerne undervises i præcis de opgaver og metoder, som afdelingsledelsen vil uddelegere, men til gengæld skal forløbets varighed – og dermed antallet af færdigheder, som en behandler-sygeplejerske vil kunne opnå inden for den givne tidsramme – vejes op imod, hvor meget personale der kan fritages fra almindelig vagtdækning.

Givet skadeklinikernes placering i sygehusvæsenet fremstår de primært som et alternativ til skadestuer, men i praksis vil der sandsynligvis også være et vist overlap mellem de ydelser, som en skadeklinik og en praktiserende læge/vagtlæge kan levere. Et sådan overlap er observeret i England (3) og er nok også forventeligt i Danmark. Der, hvor skadeklinikker adskiller sig særligt fra primærsektoren, er i forhold til muligheden for at udnytte de kliniske servicefunktioner på et sygehus, såsom røntgen og laboratorium. På Grindsted Sygehus, hvor skadeklinikken er en lukket funktion, var behovet for en røntgenundersøgelse en hyppig årsag til, at de praktiserende læger henviste en patient til skadeklinikken, hvorimod sårbehandling mange gange blev varetaget af de praktiserende læger eller vagtlægerne selv (7). På sygehusene i både Nyborg og Faaborg lukker røntgen- og laboratoriefunktionerne kl.

15, og herefter vil muligheden for udredning og behandling altså ikke adskille sig væsentligt i skadeklinik og praktiserende læge/vagtlæge.

4.2 Kvalitet i behandlingen

Ved etablering af skadeklinikker som erstatning for skadestuer er det oplagt, at behandlingskvaliteten skal være på højde med skadestuens og/eller de praktiserende læger/vagtlægers ydelser, således at patienterne ikke påføres unødige risici. Willemann et al. konkluderer på baggrund af deres litteraturgennemgang fra 2003, at behandlersygeplejersker på engelske skadeklinikker udfører behandlinger af samme kvalitet som på skadestuer og hos praktiserende læger inden for udvalgte diagnoser (3). Yderligere engelske studier har evalueret kvaliteten af behandlersygeplejerskers arbejde ved randomiseret udvælgelse af patienter på en skadestue (Accident and Emergency Service) til behandling af enten behandlersygeplejersker (Emergency nurse practitioners) eller yngre læger (Senior House Officers eller Junior Doctors³). Kvalitet i anamnese, behandling og dokumentation af skaden blev bedømt af specialiserede læger efter fastlagte retningslinier, og i alle studier konkluderes det, at sygeplejersker kan optage anamnese og behandle lettere skader på samme kvalitetsniveau som de yngre læger, og at sygeplejerskernes dokumentation tilmed var af bedre kvalitet end de yngres lægers (10-12). I evalueringen af skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland konkluderes det ligeledes, at behandlersygeplejerskerne på skadeklinikkerne i langt de fleste tilfælde optager anamnese, undersøger, vurderer og behandler patienter på et fuldt tilfredsstillende niveau. Denne vurdering er baseret på intern journalaudit foretaget af de skadeklinikansvarlige overlæger (5, 13). Tilkendegivelser fra speciallæger, der dagligt gennemgår journalerne fra de sygeplejerskebemandede skadeklinikker både på Grindsted Sygehus og Sygehus Vestsjælland peger på, at behandlersygeplejerskernes arbejde sjældent giver anledning til at tage kontakt til patienterne igen med henblik på at korrigere diagnose eller behandling (4, 7). Overlæge Ellen Appelqvist fra Ortopædkirurgisk Afdeling i Slagelse beskrev dog, hvordan netop sygeplejerskernes dokumentation i nogle tilfælde havde været mangelfuld, hvorfor dokumentationspraksis var et område, man siden hen havde taget op som område for yderligere kompetenceudvikling (4).

Et vigtigt kvalitetsparameter fremhævet af Willemann et al. er spørgsmålet, om hvorvidt sygeplejerskerne på en skadeklinik er i stand til at vurdere, hvornår de skal sende en patient videre til lægefaglig behandling. Opgørelser fra danske amter med skadeklinikker viser, at behandlersygeplejerskerne færdigbehandler mellem 43-85% af henvendelserne på skadeklinikkerne, hvor resten sendes videre til enten praktiserende læger eller skadestue (3, 5, 7). På Sygehus Vestsjælland vurderede man i evalueringen fra 2005, at sygeplejerskerne i skadeklinikkerne ikke på noget tidspunkt overskred deres kompetencer (5). Det store spænd i færdigbehandlingsprocenten fra danske skadeklinikker skal imidlertid ikke ses som et udtryk for forskelle i sygeplejerskernes evne til at vurdere egne evner, men som et udtryk for fx sæsonvariation i skadernes hyppighed og alvor eller organisatoriske forhold såsom visitationsprocedurer eller mulighed for backup fra kolleger (3).

4.3 Kvalitetssikring

Fundamentet for de overvejende positive erfaringer med behandlersygeplejersker i akutfunktioner er naturligvis et grundlæggende uddannelsesforløb kombineret med en vis portion erfaring med arbejdet i en akutenhed hos behandlersygeplejerskerne. De positive erfaringer skal imidlertid også ses i lyset af tilstedeværelsen af grundige retningslinier for anamneseoptagelse, diagnosticering og behandling inden for de udvalgte arbejdsområder (10, 11). I Grindsted har man fx udarbejdet en såkaldt manual til skadeklinikken, som gennemgår procedurer for diagnosticering og behandling trin for trin og benyttes som retningslinie for skadeklinikkenes sygeplejersker (7).

³ Senior House Officers er læger under uddannelse til speciallæger. Junior Doctors er nyuddannede læger.

Selv med grundig uddannelse og detaljerede retningslinier kan en behandlersygeplejerske ikke anses for at være på niveau med en specialiseret læge. En behandlersygeplejerske arbejder under uddelegeret ansvar fra afdelingsledelsen, og det er derfor nødvendigt at medtænke løbende kvalitetssikring af behandlersygeplejerskernes arbejde. I både Vestsjællands Amt og i skadeklinikken på Grindsted Sygehus arbejder man med en model for kvalitetskontrol, hvor en speciallæge i ortopædkirurgi gennemgår alle skadesjournaler den efterfølgende morgen med henblik på at vurdere, om der er foretaget korrekt behandling. Denne model giver både mulighed for at tage hurtig kontakt til patienten, hvis der er givet en forkert behandling, og mulighed for løbende at vurdere og korrigere behandlersygeplejerskernes kompetencer. Denne model er i øvrigt ikke forskellig fra den model, man flere steder benytter sig af i forbindelse med kvalitetskontrol af yngre lægers arbejde, og er formodentlig ikke i væsentlig grad en ekstra byrde for de speciallæger, som skal stå for den løbende kvalitetssikring (4, 7).

4.4 Hvad er behovet for sygeplejerskebemandede skadeklinikker?

Behovet for skadeklinikker kan diskuteres i forhold til flere parametre. Et sundhedsfagligt hensyn er en vinkel, hvorfra behovet kan anskues; er der behandlingsmæssige effekter ved kortere afstand og dermed muligheden for hurtigere behandlingsindsats. Her kan det være relevant at dele patienterne op i to i forhold til skadernes alvor – nemlig patienter med skader der kan behandles på en sygeplejerskebemandet skadeklinik, og patienter med skader der skal tilses og behandles af en læge på skadestue. Etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Nyborg og Faaborg er ikke relevant for den sidste gruppe af patienter, da de under alle omstændigheder skal transporteres til skadestuen i Svendborg, og spørgsmålet om transportdækning og præhospital-behandling kan for denne gruppe være af større relevans. For gruppen af patienter med skader, der kan behandles af behandlersygeplejersker på en skadeklinik, kan behovet for skadeklinikker set ud fra et fagligt synspunkt være reelt, såfremt der er en helbredsmæssig effekt af hurtig behandling. En generel retningslinie for behandling af sår er, at de skal sys inden for 6 timer af hensyn til infektionsrisikoen. Så vidt projektgruppen bag denne rapport er orienteret, findes der ingen yderligere undersøgelser af helbredsmæssige effekter af hurtig behandling af skader af den art, som kan behandles på en skadeklinik. Det er desuden vurderingen, at tilbagelægningen af de ca. 30 km, der er fra både Faaborg og Nyborg til Svendborg, ligger inden for rammerne af, hvad der er fagligt forsvarligt i forhold til behandlingen af de skader, som hører under en skadekliniks arbejdsområde. For den del af befolkningen, der bor på øerne, vil der naturligvis være yderligere transporttid, som vil forlænge tiden til behandling, men det er også her projektgruppens opfattelse, at transporttiden til skadestuen i Svendborg ikke overskrider, hvad der er fagligt forsvarligt.

Vurderingen af behovet for skadeklinikker skal naturligvis også tage udgangspunkt i antallet af patienter, der kan få behov for skadeklinikkens ydelser. Dette tal udtrykker naturligvis et behov i befolkningen og kan også udtrykke et organisatorisk behov i tilfælde med stort arbejdspress på de eksisterende akutfunktioner – et pres, som etableringen af supplerende tilbud såsom skadeklinikker måske kan være med til at afhjælpe. En måde at opgøre det aktivitetsbaserede behov i Sygehus Fyns optageområde er at se på aktiviteten i den nu nedlagte skadestue på sygehuset i Nyborg. Udtræk fra det patientadministrative system i Fyns Amt angiver, at der har været 3.300 og 3.179 besøg i henholdsvis 2004 og 2005 (14). Skadestuen var imidlertid bemandet med læger og en døgnåben funktion, hvilket er forhold, der skal tages forbehold for ved beregning af aktivitetstal for sygeplejerskebemandede skadeklinikker med begrænset åbningstid. Omkring 92 % af henvendelserne til skadestuen i Nyborg lå i tidsrummet imellem kl. 8-22 (3.027 henvendelser i 2004 og 2.921 henvendelser i 2005) (14). Det er imidlertid ikke muligt af disse aktivitetstal at se, hvilke henvendelser der kunne have været varetaget på en sygeplejerskebemandet skadeklinik, og hvilke der krævede lægefaglig behandling.

Omlægningen af skadestuerne i Sygehus Vestsjælland til sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Ringsted, Kalundborg og Nykøbing Sjælland med begrænset åbningstid kan give et fingerpeg om, hvor stor en reduktion i aktivitetstallene man vil kunne forvente på en skadeklinik i Nyborg sammen-

lignet med en skadestue. Skadestuerne i Kalundborg og Ringsted havde i hele 2002 henholdsvis 9.783 og 11.523 besøg sammenlignet med 3.332 og 3.610 besøg i perioden august 2004-september 2005, hvilket svarer til en reduktion på 65-70 % (5, 13). Hvis samme reduktion i forbruget kan overføres til en skadeklinik på Nyborg Sygehus, kan der forventes ca. 1.100 besøg i skadeklinikken om året i Nyborg, altså ca. 3 besøg i døgnet givet den samme åbningstid som de sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland.

Tabel 4.1 Estimering af antal henvendelser på en sygeplejerskebemandet skadeklinik på Nyborg Sygehus

Kalundborg Sygehus		Ringsted Sygehus		Nyborg Sygehus	
Skadestue 2002	Sygepl.-bemandet skadeklinik <i>Aug. 2004- sep. 2005</i>	Skadestue 2002	Sygepl.-bemandet skadeklinik 2005	Skadestue 2005	Sygepl.-bemandet skadeklinik <i>Estimeret pr. år</i>
9.783	3.332	11.523	3.610	3.179	Ca. 1.100

Det skal her understreges, at ovenstående beregning er særdeles følsom overfor de gjorte antagelser, og overførbareheden af de vestsjællandske tal til Sygehus Fyn kan også diskuteres. I modsætning til de nedlagte skadestuer i Sygehus Vestsjælland var skadestuen i Nyborg formelt set en lukket funktion, der krævede henvisning fra en praktiserende læge – i praksis dog med et betydeligt antal selvhenvendelser. Det er nok forventeligt, at man på en skadeklinik åben for selvhenvendelse vil modtage lidt flere henvendelser, samtidig med at en vis "stærkasse-effekt"⁴ nok også kan påregnes. Til gengæld er optageområdet for Sygehus Fyn ændret fra efteråret 2005, således at en del af Sygehus Fyn Nyborgs optageområde er overgået til Odense Universitetshospital (15), hvilket kan betyde færre henvendelser end beregnet, såfremt borgerne agerer efter de nye strukturer.

I Faaborg har der ikke for nylig været et akuttilbud, som kan bruges til beregning af aktivitetsdata for en sygeplejerskebemandet skadeklinik på Faaborg Sygehus. Det nuværende befolkningstal i optageområdet omkring matriklen i Faaborg er en anelse større (ca. 20.000 flere indbyggere) end det nuværende befolkningstal omkring matriklen i Nyborg. Til gengæld svarer det nuværende befolkningstal omkring matriklen i Faaborg nogenlunde til det tidligere befolkningstal Nyborg Sygehus' tidligere optageområde (15). Aktivitetstallene for en eventuel skadeklinik i Faaborg må altså forventes at ligge på samme eller et lidt større niveau end det beregnede for en skadeklinik i Nyborg. I Faaborg har man i en længere årrække ikke haft et akuttilbud svarende til en skadestue, og befolkningens nuværende henvendelsesmønster til skadestuerne i Svendborg eller Odense skal altså medregnes som en faktor, der kan påvirke aktivitetstallene i negativ retning.

Endelig kan man diskutere behovet for sygeplejerskebemandede skadeklinikker ud fra et patient-/borgeroplevet behov for en akutfunktion i nærområdet, som kan være med til at sikre tryghed for borgerne, let adgang og måske også kortere ventetider til behandling. Dette vil blive uddybet yderligere i afsnit 5.

⁴ Begrebet stærkasse-effekt refererer til en situation, hvor nye tilbud udnyttes, uden det nødvendigvis dækker over et sundhedsfagligt behov, og at man derved øger antallet af henvendelser til sundhedsvæsenet.

5. Patient/borger

I dette afsnit skal patienternes/borgernes oplevelse af fordele og ulemper ved teknologien belyses, fx psykologiske forhold, oplevelse af effektmæssige forhold, sociale forhold og etiske aspekter (1, 2). Følgende spørgsmål er udvalgt som relevante at belyse i forhold sygeplejerskebemandede skadeklinikker:

Patient /borger

- ◆ Hvilke fordele og ulemper vil etablering af skadeklinikker få for patienter/borgere?
 - Tryghed og nærhed
 - Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med behandlingsforløbet
 - Ventetider

Konklusionerne fra dette afsnit er udelukkende baseret på en litteraturgennemgang og tilkendegivelser fra interviewene med sygeplejerskebemandede skadeklinikkens ledelse på Grindsted Sygehus og Sygehus Vestsjælland og er altså ikke baseret på en direkte analyse af patienternes opfattelse af fordele og ulemper ved skadeklinikker.

5.1 Tryghed og nærhed

I Danmark har man aldrig direkte undersøgt borgernes holdning til sygeplejerskebemandede skadeklinikker, men nogle steder har planer om nedlæggelse af skadestuer på små sygehuse ført til voldsomme protester fra befolkningen i nærområdet (4). Ud fra et patient/borger-perspektiv kan bevarelse af muligheden for nem adgang til rådgivning, vejledning og behandling ved akut opståede skader, fx ved etablering af lokale skadeklinikker, anses for at være en fordel, dels fordi der vil være lettere adgang til de nævnte ydelser, idet patienten ikke skal transporteres væk fra nærområdet, dels fordi de nære og lettilgængelige sundhedstilbud kan være forbundet med tryghed for patienten/borgeren (3, 16).

Trygheden ved det nære tilbud skal vejes op imod, hvilke ydelser der kan leveres på en mindre specialiseret enhed såsom en sygeplejerskebemandet skadeklinik. Som belyst i forrige afsnit er behandling af en række velafgrænsede diagnoser udført af specielt uddannede og erfarne behandlersygeplejersker fagligt på højde med behandling udført af primært yngre læger. Det er imidlertid væsentligt, at borgerne i en skadekliniks nærområde kan skelne mellem en sygeplejerskebemandet skadeklinik og en lægebemandet skadestue og kender til skadeklinikkens begrænsninger i forhold til at varetage komplicerede skader. I den valgte model for etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker på Faaborg og Nyborg sygehuse er skadestuen geografisk adskilt fra de eventuelle skadeklinikker, og henvendelse på en skadeklinik med en diagnose, som skal varetages på skadestuen, vil betyde længe tid til behandling og i værste fald konsekvenser for patientens helbred. Borgernes oplevelse af let adgang og tryghed ved bevarelse af de lokale tilbud er altså kun reel, så længe borgerne er velinformerede om skadeklinikkens arbejdsområde.

På de sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland oplevede man, at 20-30% af patienterne blev sendt videre til de store lægebemandede skadeklinikker eller til andre speciallæger. Vurderingen var, at patienterne generelt var gode til at vurdere skadens omfang og dermed vælge enten en sygeplejerske- eller lægebemandet skadeklinik, men at det i nogle tilfælde kan være svært for en patient at vurdere skadens alvor, hvorfor fejlhenvendelse er vanskeligt helt at undgå (4). Willemann et al. konkluderer på baggrund af engelske studier, at borgere er i stand til at vurdere, hvor de skal henvende sig med en skade, forudsat de har et tilstrækkeligt kendskab til forskellen mellem en

skadeklinik og en skadestue (3). For at begrænse omfanget af forkerte henvendelser til skadeklinikkerne er det altså væsentligt at afsætte ressourcer til at informere borgerne i skadeklinikkernes nærområde om, hvilke skader der skal tilses af en læge, og hvilke skader der kan varetages af en sygeplejerske på en skadeklinik. I Vestsjællands Amt satsede man på en informationskampagne rettet mod borgerne generelt, bl.a. i form af en pjece der beskrev skadeklinikkernes arbejdsområde, bemanning mm. Der er desuden efterfølgende afsat penge til løbende informationskampagner (4).

På skadeklinikken i Grindsted, hvor henvendelse kræver visitation fra praktiserende læger/vagtlæger eller forudgående kontakt til skadeklinikken, modtog man også af og til patienter, hvis skade krævede lægefaglig behandling. Nogle af disse patienter var selvhenvendende, som skadeklinikken modtog på trods af den manglende visitation, mens de praktiserende læger også kunne fejlvurdere en skade og henvise til den sygeplejerskebemandede skadeklinik, hvor fx et senere røntgenbillede kunne vise, at patienten skulle overføres til behandling på skadestuen i Esbjerg (7). Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at information om skadeklinikkernes arbejdsområde også skal målrettes det øvrige sundhedsvæsen og i særlig grad de eventuelt visiterende parter.

I en undersøgelse fra 1994 af faktorer med betydning for patienters valg af sygehus ved tilskadekomst i et dansk amt fandt man, at kort afstand var den vigtigste faktor (16), men reelt ved man meget lidt om danske borgeres reelle præferencer ved behandling af akut opståede skader. I en engelsk undersøgelse har man undersøgt, hvad der ligger til grund for patienters valg af *emergency service* (traditionel skadestue, NHS Direct⁵, Walk-in centres⁶ og praktiserende læger) via et såkaldt 'discrete choice' eksperiment. Her blev patienter, som havde henvendt sig til ét af ovenstående tilbud, stillet over for et valg mellem forskellige scenarier og på den måde blev tvunget til at prioritere imellem deres præferencer. Denne undersøgelses resultater pegede på følgende præferencer i prioriteret rækkefølge:

- ◆ Kontakt med en læge frem for paramediciner⁷
- ◆ Kontakt med en sygeplejerske frem for paramediciner
- ◆ Højt frem for lavt informationsniveau om ventetid
- ◆ Konsultationens kvalitet – god tid til diskussion af patientens problem frem for korte konsultationer med mange forstyrrelser
- ◆ Personlig kontakt frem for kontakt via telefon
- ◆ Kontakt via integreret telefonsystem frem for kontakt via mange telefonopkald
- ◆ Kort frem for lang afstand til behandling eller om muligt behandling i hjemmet
- ◆ Kort frem for lang ventetid fra første kontakt til konsultation.

På baggrund heraf konkluderer undersøgelsens forfattere, at patienter kan tolerere lange afstande og lange ventetider, hvis de konsulteres af en læge eller alternativt en sygeplejerske, informeres omkring eventuel ventetid, og hvis der afsættes passende tid til konsultationen (17). Sagt med andre ord peger denne undersøgelse på, at nærhed og let adgang er mere perifere faktorer i forhold til behandlerens profession og konsultationens forløb, herunder information om ventetider. Man skal dog holde sig for øje, at den pågældende undersøgelse netop ikke tager udgangspunkt i patienter, som havde henvendt sig til en skadeklinik (minor injury units). Det er nærliggende at forvente, at en sådan gruppe patienter ville have valgt en anden prioritering, fx i forhold til prioriteringen imellem behandlerens profession, afstand og ventetider. Desuden kan en sådan undersøgelse være problematisk at overføre til danske forhold, da danske patienter måske vil prioritere i forhold til en helt anden referenceramme.

Oversygeplejersken på sygehuset i Grindsted pegede på, at mange patienter udtrykte tilfredshed med muligheden for at blive behandlet i nærområdet, da de både sparede transporttid og ventetid på en

⁵ NHS Direct er en telefonlinje, hvor borgere kan modtage rådgivning ved akut opståede skader eller sygdomme.

⁶ Walk-in centres er sygeplejerskebetjente sundhedscentre, der varetager behandling af mindre skader og lettere sygdom.

⁷ En paramediciner er en person trænet til at varetage stabilisering af patienter ved ulykkesstedet og under transporten til sygehuset.

overfyldt skadestue (7). Der er nok ingen tvivl om, at kortere transporttid er en fordel for borgerne både i form af sparet tid og penge hertil, hvis tilbuddet eksisterer, men det er ikke muligt på baggrund af det foreliggende materiale at drage entydige konklusioner om, hvor vigtigt nærhedsaspektet er sammenlignet med fx behandlerens profession eller behandlingsforløbet ved valg af akut behandlingsfunktion.

5.2 Oplevelse af kvalitet og tilfredshed med behandlingsforløbet

Flere engelske studier har beskæftiget sig med patienters tilfredshed med behandling udført af en behandlersygeplejerske sammenlignet med behandling af en læge. En gennemgående tendens er, at patienterne ofte er lige så tilfredse med behandlingen af mindre skader udført af en uddannet behandlersygeplejerske som af en læge (typisk en yngre læge i turnus eller under speciallægeuddannelse). Desuden peger studierne på, at behandlersygeplejersker giver sig bedre tid til at diskutere patientens skade, til at give gode råd om, hvordan patienten selv kan tage vare på skaden efter behandling på skadeklinik/skadestue, og hvilken del af sundhedsvæsenet de efterfølgende kan tage kontakt til (10;11;18;19).

Der findes ingen danske studier, der sammenligner patienters tilfredshed med behandling udført af henholdsvis behandlersygeplejersker og læger. Evalueringer af behandlersygeplejerskefunktionen i skadestuen på Amager Hospital fra 1999 og skadeklinikkerne på Sygehus Vestsjælland fra 2004 peger dog på høj tilfredshed med den sygeplejefaglige behandling. På Sygehus Vestsjælland var patienterne samlet set meget tilfredse med besøget på skadeklinikkerne. De var i særlig grad tilfredse med behandlersygeplejerskernes evne til at lytte, den oplevede tryghed ved forløbet og behandlersygeplejerskens behandling af skaden (13). I skadestuen på Amager Hospital fremhævede de adspurgte patienter behandlersygeplejerskernes informationsniveau som forståeligt og brugbart, at behandlersygeplejerskerne var fagligt kompetente, ligesom patienterne generelt udtrykte stor tilfredshed med behandlingen. Af årsager til at acceptere behandling af en sygeplejerske frem for en læge blev egen vurdering af skaden, forventning om mindre ventetid og tillid til sygeplejerskernes kompetencer nævnt (20).

Udover at behandling foretaget af behandlersygeplejersker fagligt lever op til gældende standarder, tyder ovenstående nationale og internationale erfaringer på, at behandlingsforløbet tillægges nogle kvaliteter, der opleves som fordelagtige for patienterne, når behandlingen gennemføres af en sygeplejerske.

5.3 Ventetider

For patienter med småskader er der potentiale for kortere ventetider ved etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker, da det netop er patienter med mindre skader, der venter længe på de traditionelle skadestuer.

I interviewet med personale tilknyttet skadeklinikken i Grindsted blev ventetiden sammen med den kortere afstand, som sparede patienterne for en køretur til Esbjerg, som nævnt fremhævet som væsentlige fordele for patienterne. I Grindsted havde man ca. 4-10 patienter pr. dag i åbningstiden fra kl. 7-23, og oversygeplejerske Karin Bilgrav vurderede, at patienter enten kom til med det samme eller maksimalt ventede ½ time (7).

I evalueringsrapporterne af både skadeklinikkerne i Sygehus Vestsjælland og behandlersygeplejerskefunktionen på Amager Hospital blev kortere ventetid fremhævet som medvirkende til patienternes tilfredshed med behandlingen (13;20). På skadeklinikker på Sygehus Vestsjælland har man en målsætning om, at 95% af behandlingerne på skadeklinikkerne skal være gennemført inden for en time. Dette mål opfyldes på de sygeplejerskebemandede skadeklinikker, hvor de lægebemandede skadekli-

nikker i Holbæk og Slagelse behandler 70-85% af patienterne inden for en time. Forskellen imellem ventetiden på store og små skadestudier forklares med det større antal henvendelser til de store skadestudier (5), og set i lyset af, at der på de sygeplejerskebemandede skadestudier i gennemsnit er mindre end én henvendelse i timen, synes denne forklaring plausibel. Med udgangspunkt i de estimerede 3 patienter pr. dag på skadestudier i Nyborg og Faaborg er det forventeligt, at ventetiden også her bliver minimal for patienter med lette skader.

Endelig kan ventetid ses i relation til, at en sygeplejerskebemandet skadestudie i Sygehus Fyn udgør et nyt tilbud på akutområdet, og at skadestudierne kan varetage nogle af de patienter, som ellers ville tage på skadestuen og betyde en deraf følgende mulighed for reduktion i ventetiden for skadestuens patienter. I praksis vil etablering af skadestudier i Faaborg og Nyborg sandsynligvis ikke berøre ventetiden på skadestuen i Svendborg, den formodentlig lave henvendelsesfrekvens til skadestudierne taget i betragtning.

6. Organisation

Indførelse af en ny teknologi påvirker ofte ansvarsområder, arbejdstilrettelæggelse, behov for uddannelse, personaleressourcer og lignende faktorer, der hører under organisationer. Det er således også forventeligt, at etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker vil medføre organisatoriske konsekvenser og nye behov. I vejledningerne til udarbejdelse af medicinske teknologivurderinger foreslås det, at temaerne struktur, personale og (arbejds)miljø belyses som en del af organisationsanalysen (1). Følgende spørgsmål er udvalgt som relevante at besvare i dette afsnit i relation til sygeplejerskebemandede skadeklinikker.

Organisation

- ◆ Organisationskulturen?
 - Åbningstider, visitationskriterier, samarbejdsrelationer, organisatorisk tilhørsforhold – fordele og ulemper?
 - Hvordan kan skadeklinikkerne hensigtsmæssigt tænkes sammen med det samlede akutberedskab?
- ◆ Ændres eller påvirkes arbejdsfordelingen imellem afdelinger, faggrupper og sektorer?
- ◆ Hvad er behovet for uddannelse?
- ◆ Hvad er behovet for personalemæssig kapacitet?
- ◆ Særlige krav til fysiske rammer?

6.1 Organisationsstrukturen

I afsnit 3.4 er der redegjort for den organisationsstruktur, som er udgangspunktet for analyserne i denne MTV. I det følgende diskuteres delelementerne i den valgte model i forhold til alternative organisationsstrukturer.

6.1.1 Åbningstider

På alle sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Danmark har man valgt åbningstider begrænset til dag- og aftentimerne, da langt de fleste skader sker i dette tidsrum. I Vestsjællands Amt foregår der overvejelser omkring begrænsning af åbningstiden på de sygeplejerskebemandede skadeklinikker til kl. 11.00-20.30, da der er meget få henvendelser i de første og sidste timer af dagen (4). Som tidligere nævnt foregik omkring 92% af henvendelserne til den nu nedlagte skadestue i Nyborg i tidsrummet kl. 8-22, og af de registrerede henvendelser fordelt over døgnet ses der en tendens til, at der også her er færre henvendelser i de tidlige morgen- og sene aftentimer.

Tabel 6.1 Antal henvendelser pr. time, skadestuen i Nyborg 2004 og 2005 (14)

	Klokken													
	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21	21-22
2004	157	196	236	249	255	218	243	234	253	199	196	190	180	132
2005	136	180	225	260	232	230	231	255	213	216	174	191	147	127

Hertil kommer variation i antallet af henvendelser på forskellige årstider og på udvalgte helligdage, fx jule- og nytårsaften, som også kan inddrages i overvejelserne omkring sygeplejerskebemandede skadeklinikkers åbningstider.

Det er i forbindelse med skadeklinikernes åbningstider også relevant at overveje, hvilke ydelser det rent praktisk er muligt at tilbyde på den pågældende skadeklinik. På sygehusene i Nyborg og Faaborg lukker servicefunktionerne røntgen og klinisk laboratorium som tidligere nævnt kl. 15. Det betyder, at udredningen af visse skader ikke er mulig efter dette tidspunkt, hvorfor en del af skadeklinikernes patienter skal henvises til skadestuen i Svendborg. Konsekvensen heraf er naturligvis et mindre patientgrundlag og formodentlig længere perioder uden aktivitet, hvorfor en åbningstid på 14 timer, eller efter servicefunktionerne er lukket, kan diskuteres.

En begrænset åbningstid har naturligvis den fordel, at personalenormeringen og dermed også lønomkostningerne reduceres og sandsynligvis også vil begrænse antallet af perioder uden aktivitet. Ulempen er imidlertid et svækket tilbud til borgerne.

6.1.2 Visitation

En skadeklinik organiseret som en åben funktion for selvhenvendelse må først og fremmest anses for at være en fordel i relation til, at borgerne tilbydes hurtig og ukompliceret adgang til akut behandling af småskader. Denne model har man indført i Sygehus Vestsjælland, hvor skadeklinikken på Grindsted Sygehus kræver, at patienten er visiteret fra den praktiserende læge/vagtlægen, eller at patienten haft forudgående kontakt med skadeklinikken. Fordelen ved visitationskravet er ifølge oversygeplejerske Karin Bilgrav fra skadeklinikken på Grindsted Sygehus, at man kan begrænse antallet af forkerte eller unødvendige henvendelser til et minimum, da patienten ikke selv foretager vurderingen af skaden og beslutter, hvor behandling skal foregå. Hun angav, at de i Grindsted sjældent modtog patienter, som måtte henvises til mere specialiseret behandling, eller som henvendte sig med skader der var så lette, at professionel behandling var unødvendig (7). På trods af kravet om visitation var selvhenvendelse og de praktiserende lægers fejlvurdering også forekommende på skadeklinikken i Grindsted. Visitationskravet er altså ikke garant for, at man på en skadeklinik kun modtager patienter med skader, der ligger inden for behandlersygeplejerskernes kompetenceområde, men blot en måde at kontrollere omfanget og arten af henvendelserne.

I Sygehus Vestsjælland, hvor alle skadeklinikker er åbne for selvhenvendelse, var oplevelsen imidlertid, at borgerne er gode til at vurdere, hvor de skal henvende sig, og at henvendelser uden for skadeklinikens arbejdsområde derfor var relativt begrænsede. Alligevel var vurderingen, at visitation fra fx praktiserende læger ville være en udmærket idé i forhold til at styre patient-flowet (4).

Krav om visitation pålægger i sagens natur de praktiserende læger en ekstra arbejdsopgave, idet de skal foretage en vurdering af en gruppe patienter, der i tilfælde af en skadeklinik åben for selvhenvendelse sandsynligvis havde foretaget den samme vurdering selv. Spørgsmålet er imidlertid, om denne byrde i praksis er så stor, de estimerede 3 besøg pr. dag på en skadeklinik i Nyborg eller Svendborg taget i betragtning.

En skadeklinik lukket for henvendelse stiller desuden krav til de borgere, som ønsker at benytte skadeklinikkerne, om at henvende sig via de rigtige kanaler. Et forhold der kræver grundig information af borgerne, og som muligvis også handler om tradition i lokalområdet for forudgående kontakt til egen læge inden henvendelse på skadestue/skadeklinik. Den nedlagte skadestue i Nyborg var en lukket funktion, men havde tilsyneladende i praksis mest af alt karakter af en åben funktion for selvhenvendelse. På sygehuset i Grindsted har man i en lang årrække haft krav om visitation fra de praktiserende læger til både på den tidligere skadestue og den nuværende skadeklinik, og som nævnt modtager man her meget få selvhenvendende. Det forholdsvis lave antal selvhenvendelser på skadeklinikken på

Grindsted Sygehus må ses som et udtryk for, at borgerne har lært og accepteret, at henvendelser skal foregå via de praktiserende læger. Manglende tradition for visitation er naturligvis ikke et argument for at vælge at organisere skadepoliklinikker i Faaborg og Nyborg som åbne funktioner, men blot et forhold at tage højde for og medtænke i forbindelse med information om skadepoliklinikkerne.

6.1.3 Skadepoliklinikkens organisatoriske tilhørsforhold – samarbejdsrelationer

På en sygeplejerskebemandet skadepoliklinik varetager sygeplejersker lægeligt arbejde uddelegeret af den ansvarshavende læge. Ifølge lægeloven har den pågældende læge ansvar for at sikre, at de opgaver, som sygeplejersken får pålagt, udføres forsvarligt (21), og skadepoliklinikkerne skal altså organiseres i tæt sammenhæng med andre afdelinger, hvorfra der behandlingsmæssige ansvar kan varetages.

Igen repræsenterer skadepoliklinikkerne på Grindsted Sygehus og i Sygehus Vestsjælland to forskellige organisationsstrukturer. Begge steder hører skadepoliklinikkerne til det ortopædkirurgiske område, men hvor skadepoliklinikken på Grindsted Sygehus indgår som en del af den ambulatoriske dagfunktion (ambulatorium og dagkirurgi) på Grindsted Sygehus både i forhold til lægefagligt ansvar og personale-normering, indgår de sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker i Sygehus Vestsjælland som en del af de store lægebemandede skadepoliklinikker på henholdsvis Slagelse og Holbæk sygehuse (se organisations-diagrammer i afsnit 2.1 og 2.2). På både Grindsted Sygehus og Sygehus Vestsjælland er tilknyttet et team af sygeplejersker, som dækker normeringen både på skadepoliklinikkerne og henholdsvis ortopædkirurgisk ambulatorium og de lægebemandede skadepoliklinikker.

Den valgte model i Vestsjællands Amt bygger på en ledelsesmæssig vurdering af, at det af hensyn til behandlersygeplejerskernes kompetenceudvikling og -vedligeholdelse er vigtigt, at de skifter imellem behandlerfunktionen på de sygeplejerskebemandede skadepoliklinikker og den almindelige sygeplejerskefunktion på de lægebemandede skadepoliklinikker. På den måde sikrer man, at sygeplejersker bevarer erfaringen med at varetage de større skader, og man ville i Sygehus Vestsjælland ikke give køb på den tætte tilknytning imellem de geografisk adskilte sygeplejerske- og lægebemandede skadepoliklinikker (4).

Oversygeplejerske Karin Bilgrav fra skadepoliklinikken i Grindsted gav derimod udtryk for, at hun foretrak den aktuelle organisering under det ortopædkirurgiske område, som var placeret på samme matrikel som skadepoliklinikken. Hun foretrak muligheden for daglig kontakt med de læger, der kunne hjælpe i tvivlsspørgsmål og havde det endelige ansvar. Samme erfaring gjorde man på den nedlagte skadepoliklinik i Hørsholm, hvor man oplevede en organisatorisk isolation fra den øvrige ortopædkirurgi i Hillerød. Her var oplevelsen, at man var langt væk fra de lægefaglige kompetencer og havde svært ved at opnå accept blandt de øvrige læger, netop fordi der ikke var tilknyttet læger i det daglige (3). Omvendt gav oversygeplejersken på skadepoliklinikken i Grindsted udtryk for, at skadepoliklinikkens sygeplejersker havde brug for at opgradere deres kompetencer og derfor gerne ville gentage den del af undervisningsforløbet, hvor sygeplejerskerne fulgte med en erfaren læge i skadestuen med henblik på supervision i behandlingssituationen og løbende afklaring af spørgsmål (7). Eftersom sygeplejerskerne tilknyttet skadepoliklinikken har deres daglige gang i det ortopædkirurgiske ambulatorium, og skadestuen ikke er organiseret som en del af det ortopædkirurgiske område, kan organisering af et sådan forløb ikke umiddelbart etableres inden for den sædvanlige struktur.

Spørgsmålet om organisatorisk placering af skadepoliklinikkerne handler også om at sikre kvaliteten i de ydelser, der leveres på skadepoliklinikken. I tilfælde, hvor patienter henvender sig til en sygeplejerskebemandet skadepoliklinik med skader, som kræver lægefaglig behandling, eller hvor behandlersygeplejersken blot er i tvivl om den rette fremgangsmåde, er lægefaglig backup afgørende. Da der ikke indgår læger i skadepoliklinikkernes normering, må skadepoliklinikkerne altså trække på læger fra andre afdelinger. Som det fremgår af ovenstående, kan der være fordele ved at hente lægefaglig backup i en afdeling på samme matrikel som skadepoliklinikken, men med muligheden for at dele fx røntgenbilleder og journaler elektronisk er denne løsning selvsagt ikke nødvendig. På skadepoliklinikkerne i Sygehus Vestsjælland,

hvor lægefaglig backup formelt set hentes på de lægebemandede skadestudier, var der også mulighed for lægefaglig backup fra det lokale hospitals øvrige specialer, og sygeplejersken på de små skadestudier besad desuden kompetencer til at rekvirere transport til enten Holbæk eller Slagelse. På den måde havde fejlhenvendelser aldrig haft alvorlige konsekvenser (4).

Et engelsk studie med udgangspunkt i at undersøge rollen som behandlersygeplejerske i walk-in centre finder, at den selvstændighed i behandlingen af en patient, der ligger implicit i behandlersygeplejerskefunktionen, nemt gik tabt ved en organisering, hvor læger organisatorisk og fysisk var placeret for tæt på. Herved var lægerne for lette at benytte for behandlersygeplejerskerne til backup med den konsekvens, at behandlersygeplejerskerne indtog den sædvanlige rolle som plejepersonale og lægens assistent og dermed ikke udfyldte den rolle, de var tiltænkt (22). Den ene ortopædkirurgiske overlæge fra Grindsted Sygehus pegede derudover på, at behandlersygeplejerskerne på skadestudiet skal have kompetencer til at varetage en patient selvstændigt, så de opgaver, som lægerne fra det ortopædkirurgiske område skal varetage i skadestudiet, ikke bliver så omfattende, at det går ud over deres primære arbejdsopgaver i fx ambulatoriet (7).

Det er ikke muligt at komme med entydige svar på, hvordan man bedst organiserer en skadestudie i relation til sygehusets øvrige funktioner. Vi vil her blot opsummere, at en balancegang imellem at overdrage ansvar til sygeplejersker, bevare muligheden for kompetenceudvikling og lægefaglig backup, samtidig med at man ikke pålægger de øvrige afdelinger et unødigt arbejdspress i forbindelse med servicering af de sygeplejerskebemandede skadestudier, synes væsentlig.

6.2 Arbejdsfordeling

Ved etablering af skadestudier tillægges sygeplejersker en ny rolle som behandlere i forhold til den traditionelle plejerolle, og det udvidede arbejdsområde får naturligvis konsekvenser for deres daglige arbejde. Erfaringer fra danske sygeplejerskebemandede skadestudier tyder på, at der også kan være store gevinster at hente for sygeplejerskerne i form af større arbejdsglæde og for sundhedsvæsenet i form af forbedrede muligheder for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker (3;4;23). Spørgsmålet er imidlertid også, hvordan etablering af skadestudier som et nyt tilbud samt introduktion af behandlersygeplejersker som nye aktører i sundhedsvæsenet vil påvirke de øvrige akutfunktioner⁸, arbejdsfordelingen imellem henholdsvis det primære og sekundære sundhedsvæsen og imellem faggrupper (primært læger og sygeplejersker).

6.2.1 Påvirkning af skadestuen

Etablering af sygeplejerskebemandede skadestudier i Faaborg og Nyborg udgør et nyt tilbud om akut behandling i Sygehus Fyns optageområde, som skal fungere side om side med skadestuen i Svendborg. En mulig påvirkning af skadestuen er, at der sker en aflastning, idet de sygeplejerskebemandede skadestudier overtager behandlingen af en gruppe af skadestuens patienter. En anden mulig påvirkning af skadestuen er, at etablering af sygeplejerskebemandede skadestudier tiltrækker en ny patientgruppe, og at aktiviteten på skadestuen dermed ikke påvirkes, men at der samlet sker en aktivitetsstigning på akutområdet.

Willemann et al. beskriver, hvordan engelske undersøgelser og daværende danske erfaringer (baseret på skøn) peger på, at skadestudier kan blive et mellemliggende led til behandling af mindre skader,

⁸ På Sygehus Fyn Svendborg er der, udover skadestuen, et akutberedskab og akutindtag for en række specialer. Der vil i det følgende udelukkende blive taget udgangspunkt i påvirkningen af skadestuen ud fra en formodning om, at det først og fremmest er skadestuen, der påvirkes ved etablering af sygeplejerskebemandede skadestudier.

som ikke aflaster de øvrige tilbud, men derimod forøger den samlede efterspørgsel og dermed den samlede aktivitet i sundhedsvæsenet (3).

På Grindsted Sygehus og i Sygehus Vestsjælland, hvor skadeklinikkerne ved etableringen ikke udgjorde et nyt tilbud, men var en erstatning for lukkede skadestuer, peger erfaringerne imidlertid på, at der ikke har været tale om en øget aktivitetsbyrde som følge af etablering af skadeklinikker. I Sygehus Vestsjælland har man samlet set på alle fem skadeklinikker observeret et fald i antallet af henvendelser efter etablering af de sygeplejerskebemandede skadeklinikker. Dette på trods af, at patienter, der ikke færdigbehandles på en sygeplejerskebemandet skadeklinik og henvises til en lægebemandet skadeklinik, tæller som en dobbelthenvendelse, men skal dog ses i relation til et generelt fald i antallet af henvendelser til skadestuer/skadeklinikker på landsplan (4;5). Ved etablering af skadeklinikken på Grindsted Sygehus i 2003 estimerede man, at omkring 50% af henvendelserne på den daværende skadestue kunne varetages på en sygeplejerskebemandet skadeklinik, og planlagde bl.a. sygeplejerskenormeringen herefter. Den estimerede aktivitet for skadeklinikken har i praksis vist sig at passe, hvilket bl.a. tilskrives kravet om visitation fra egen læge (7).

På de lægebemandede skadeklinikker på sygehusene i Holbæk og Slagelse samt skadestuen på Esbjerg Sygehus er der naturligvis observeret en stigning i aktiviteten som følge af lukning af skadestuer og etablering af skadeklinikker, da patienter med alvorlige skader ikke længere kan behandles i nærområdet (4;7). En lignende aktivitetsstigning vil formodentlig allerede have fundet sted i skadestuen på Svendborg Sygehus efter lukning af skadestuen på Nyborg Sygehus, hvorfor etablering af skadeklinikker nok ikke påvirker til en yderligere aktivitetsstigning. En mærkbar aflastning af skadestuen i Svendborg som følge af etablering af skadeklinikker er nok heller ikke forventeligt, givet at hver af de to skadeklinikker overtager 3 patienter pr. dag. Den kortere afstand til skadeklinikkerne og de formodentligt lavere ventetider kan derimod potentielt tiltrække nogle patienter til de sygeplejerskebemandede skadeklinikker, som ellers ville have behandlet deres skade selv frem for at køre til skadestuen i Svendborg, hvorfor en samlet aktivitetsstigning nok er det mest sandsynlige scenarium.

6.2.2 Ændres arbejdsfordelingen imellem det primære og sekundære sundhedsvæsen?

Eftersom der er et relativt stort overlap imellem de ydelser, som en praktiserende læge og en sygeplejerskebetjent skadeklinik kan levere, har der været skepsis blandt nogle praktiserende læger, bl.a. fordi en skadeklinik principielt tager patienterne fra dem (3).

I Vestsjællands Amt kendte man ikke til de praktiserende lægers aktivitetsstatistik og dermed heller ikke til et eventuelt fald som følge af etablering af skadeklinikkerne. Derimod var det funktionschef for den funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi Niels Pedersen og overlæge på ortopædkirurgisk afdeling på Slagelse Sygehus Ellen Appelqist's vurdering, at en sygeplejerskebemandet skadeklinik i fx Ringsted, som modtager ca. 10 patienter pr. dag, ikke påvirker patientgrundlaget for de mere end 10 praktiserende læger i Ringsted by i hverken positiv eller negativ retning (4). I Grindsted er det de praktiserende læger/vagtlæger, der henviser patienter til skadeklinikken, som de ikke selv har mulighed for at behandle. Dermed er skadeklinikkerne ikke i reel konkurrence til denne del af sundhedsvæsenet.

Omvendt fremhævede den ene overlæge på ortopædkirurgisk afdeling på Grindsted Sygehus, at accepten fra de praktiserende læger af den sygeplejerskebemandede skadeklinik var afgørende – ikke bare for skadeklinikkens arbejde, men også for arbejdet på skadestuen i Esbjerg. Hvis de praktiserende læger ikke accepterede sygeplejerskernes udvidede ansvar i behandlingen af visse patienter og i stedet sendte patienterne til skadestuen på skadestuen i Esbjerg, var der stor risiko for, at skadestuen ville blive overbebyrdet. I Grindsted havde de praktiserende læger også fået indflydelse på skadeklinikkens arbejdsopgaver, idet de kan udvælge de skader, som de selv vil behandle og sende resten

videre. Man modtog fx skønsmæssigt færre sårpatienter på skadeklinikken, end man før i tiden gjorde på skadestuen, og man havde også da oplevet et dyk i antallet af henvendelser fra de praktiserende læger, da skadeklinikken lige var blevet etableret (7). Ved krav om visitation fra praktiserende læger kan de praktiserende læger altså også få en styrende rolle i forhold til at definere de sygeplejerskebemandede skadeklinikkers opgaver.

På baggrund af ovenstående kan man ikke entydigt konkludere, om arbejdsfordelingen imellem det primære og sekundære sundhedsvæsen vil blive påvirket af etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker. Man kan blot konstatere, at det kan gå begge veje. I relation til etablering af skadeklinikker på Nyborg og Faaborg sygehus synes det imidlertid usandsynligt, at den formodede lave aktivitet skulle påvirke de praktiserende lægers arbejde i nævneværdig grad.

6.2.3 Ændres arbejdsfordelingen imellem læger og sygeplejersker?

Svaret på dette spørgsmål er naturligvis ja, eftersom indførelse af skadeklinikker udvider sygeplejerskernes arbejdsområde. Med det udvidede arbejdsområde er der imidlertid potentiale for en konflikt imellem sygeplejersker og læger, idet sygeplejerskerne hermed bevæger sig ind på lægernes territorium. Det har bl.a. givet anledning til bekymring om, hvorvidt behandlersygeplejerskerne "stjæler" jobs fra de yngre læger. I et debatindlæg i Ugeskrift for Læger stiller en læge fx følgende spørgsmål:

"Jeg vil meget gerne høre Lægeforeningen i almindelighed – og Yngre Læger i særdeleshed – om, hvordan man sikrer sig, at behandlersygeplejersker ikke koster et eneste lægejob hverken i dag eller om ganske få år, når der er mange nyuddannede læger, som gerne vil arbejde på skadestuerne" (24).

I både Sygehus Vestsjælland og på Grindsted Sygehus blev informanterne adspurgt om denne potentielle fagkonflikt. Erfaringen herfra var, at skepsis fra sygehuslægerne havde været meget begrænset og var overstået, efterhånden som parterne erfarede, at skadestuelægernes arbejde ikke blev mindre, selv med sygeplejerskernes udvidede arbejdsområde, og at behandlersygeplejerskerne fagligt levede op til alle krav (4;7). I Sygehus Vestsjælland havde man endda erfaret, at udnyttelsen af sygeplejersker til de mindre alvorlige skader havde haft positive konsekvenser for de yngre lægers uddannelse og for samarbejdet sygeplejersker og læger imellem. Tilbage meldingen fra de yngre læger havde været, at indførelse af behandlersygeplejerskefunktionen havde været godt, fordi de blev fri for at se på de banale skader. Sygeplejerskerne fik også mere respekt for lægernes arbejde, fordi de kunne se, hvad det ville sige at tage ansvar for en borger, der henvender sig med en skade. Sygeplejerskerne havde fået større forståelse og var blevet mere tolerante over for de yngre og mange gange usikre læger. De havde fået større forståelse for, hvorfor de yngre læger ikke med det samme agerer som de mere erfarne speciallæger. Samtidig blev de yngre læger konfronteret med sygeplejerskernes spørgsmål og lærte at tage stilling på et andet niveau, end de var vant til. Dermed gik der ikke noget tabt for de yngre læger, og det havde samlet set givet et godt samarbejde imellem sygeplejersker og yngre læger (4).

6.3 Uddannelse

Uddannelse af sygeplejersker i forhold til at varetage en behandlingsfunktion er uden tvivl nødvendig, idet sygeplejersker tillægges nye ansvarsområder, som ligger uden for den basale sygeplejerskeuddannelse. Det er i et tidligere afsnit beskrevet, hvordan sygeplejersker kan uddanne sig til at varetage behandlerfunktionen via DSR's kursus i tre moduler à 1 uges varighed, men i flere amter, herunder Vestsjællands og Ribe amter, har man også etableret lokale uddannelsesforløb varetaget af egne speciallæger.

På både Grindsted Sygehus og i Sygehus Vestsjælland har man lagt vægt på, at behandlersygeplejerskerne skal have 2-3 års erfaring, og samme kriterium gør sig gældende for DSR's efteruddannelsesforløb. Uddannelsen til behandlersygeplejerske skal bidrage med faglig viden og konkrete kompetencer i forhold til dokumentation, diagnose og behandling, og i Sygehus Vestsjælland har man desuden lagt stor vægt på at uddanne sygeplejerskerne i at tage ansvar for hele behandlingsforløbet (4). I forhold til at begrænse arbejdsbyrden i forbindelse med lægefaglig backup til skadeklinikkerne og ruste sygeplejerskerne til den nye rolle, synes dette aspekt væsentligt.

I Sygehus Vestsjælland gennemgik første hold på 60 behandlersygeplejersker et intensivt uddannelsesforløb af en uges varighed, hvor de daværende overlæger på ortopædkirurgisk afdeling på Holbæk og Slagelse sygehuse havde ansvaret for undervisningen. Her blev undervist i både teori og praksis, fx i undersøgelsesteknikker, klinisk vurdering, registrering og suturering. Det lokale uddannelsesforløb blev bl.a. tilrettelagt, da DSR på daværende tidspunkt endnu ikke kunne tilbyde en uddannelse, men der blev også lagt meget vægt på lokal forankring af undervisningen med det formål at sikre, at sygeplejerskerne var uddannet i de behandlingsprocedurer, som er godkendt af de læger, der har det endelige og overordnede lokale ansvar. Denne model havde sygeplejerskerne modtaget positivt, da det gav tryghed og sikkerhed i det daglige arbejde ved bevidstheden om, at der opbakning fra afdelingens læger (4).

I forhold til dialogen med de øvrige læger på ortopædkirurgisk enhed om sygeplejerskernes kompetenceområder og til legitimering og accept af behandlersygeplejerskernes arbejde havde det ifølge overlæge Ellen Appelqvist også været væsentligt, at nogle lokalt på afdelingerne kunne tage ansvaret og argumentere for behandlersygeplejerskerne ansvarsområder. Der var imidlertid også forståelse for, at sygeplejersker gerne ville gennemgå DSR's undervisningsforløb og derved opnå et mere formelt bevis på deres kompetencer, og der er således truffet aftale med DSR om, at første modul af uddannelsen varetages af Sygehus Vestsjælland og de sidste to moduler kan foregå i regi af DSR (4).

Udover et grundlæggende uddannelsesforløb er det nødvendigt med løbende uddannelse af behandlersygeplejerskerne. Dels kan man komme i en situation, hvor der sker udskiftninger i personalet, dels rapporterede man både fra Sygehus Vestsjælland og Grindsted Sygehus om, at der løbende opstod behov for at følge op på de færdigheder, der var opnået på basisuddannelsen, eller udvide dem efterhånden som sygeplejerskerne blev fortrolige med behandlerrollen (4;7). Sygehus Vestsjælland havde formaliseret den løbende kompetenceudvikling ved at afholde årlige temadage for behandlersygeplejersker, hvor der blev fulgt op på et eller flere emner, man fandt relevante (4).

6.4 Hvad er behovet for personale?

I forhold til den estimerede aktivitet på sygeplejerskebemandede skadeklinikker på Nyborg og Faaborg sygehuse er det projektgruppens vurdering, at det er tilstrækkeligt med én sygeplejerske i vagt ad gangen pr. skadeklinik. En åbningstid fra kl. 8-22 alle ugens dage svarer i timer til 3 fuldtidsstillinger pr. skadeklinik. På ortopædkirurgisk afdeling i Sygehus Fyn arbejdes der med en samlet fraværsporcet på 17% omfattende fravær relateret til ferie, kurser og sygdom (25), hvorfor en normering på 3,5 sygeplejerske pr. skadeklinik må anses for passende.

Det er tidligere beskrevet, hvordan der kan være fordele ved at lave en ordning, hvor flere behandler-sygeplejersker end de normerede dækker vagterne i skadeklinikken, således at hver enkelt behandler-sygeplejerske kun bruger imellem 25-50% af sin arbejdstid i skadeklinikken (5). Ved at lave en rotationsordning mellem skadeklinikker og fx skadestuen kan sygeplejerskerne fortsat bevare følingen og erfaringen med de mere alvorlige skader, som modtages på skadestuen. Da skadeklinikken kun kan bemannes af uddannede behandlersygeplejersker, er denne konstruktion desuden mindre følsom overfor frafald blandt skadeklinikkernes personale.

Det er også vigtigt at overveje, om man med etablering af skadeklinikker påvirker muligheden for at bemande de almindelige sygeplejerskefunktioner på skadestuen. I Vestsjællands Amt har man i perioder med underbemanding oplevet, at meget erfarne sygeplejersker, altså behandlersygeplejerskerne, varetog de lette skader på de sygeplejerskebemandede skadeklinikker, hvor de mere alvorlige skader på de lægebemandede skadeklinikker blev varetaget af de relativt mest uerfarne sygeplejersker (4). Der er altså risiko for at skadestuerne bliver mere berørt af sygdom, barsel eller lignende blandt gruppen af sygeplejersker, end de sygeplejerskebemandede skadeklinikker bliver. Dette peger yderligere på vigtigheden af en relativt stor gruppe erfarne sygeplejersker – ikke bare på skadeklinikkerne, men på akutområdet generelt, således at etablering af sygeplejerskebemandede skadeklinikker ikke dræner de øvrige akutområder for erfarne sygeplejersker.

I Sygehus Vestsjælland har man på hver af de mindre skadestruer tilknyttet 10 sygeplejersker, som dækker ca. 6 af vagterne på de sygeplejerskebemandede skadeklinikker og i den resterende arbejdstid fungerer som almindelige sygeplejersker på skadestuerne. I skadestruen på Grindsted Sygehus er der også 10 sygeplejersker tilknyttet skadestruen, som deler deres arbejdstid imellem skadestruen og det ortopædkirurgiske ambulatorium. Vil man udnytte samme strategi i Sygehus Fyn, skal man altså – udover at rekruttere 7 ekstra sygeplejersker til at dække normeringen på skadestruerne – også tage højde for, at der er kapacitet blandt Sygehus Fyns øvrige sygeplejersker til at indgå i en lignende rotationsordning. Der skal således være 15-30 sygeplejersker, som kan og vil uddanne sig til behandlersygeplejersker og har den anbefalede skadestueerfaring på minimum 3 år. Normeringen på skadestuen i Svendborg er på 13,56 sygeplejersker, og det nuværende personale har alle minimum 3 års erfaring (25). Med udgangspunkt heri og ansættelse af 7 ekstra sygeplejersker, hvoraf alle eller størstedelen har et passende erfaringsgrundlag, kan det lade sig gøre at udfylde en minimumsmodel for den samlede sygeplejerskenormering for både skadestruer og skadestuer. Det er dog ikke givet, at alle nuværende skadestuesygeplejersker ønsker at blive behandlersygeplejersker. En ny og mere ansvarlig rolle, behandlingen af lettere skader og det faktum, at man arbejder meget alene i store dele af sin arbejdstid, er ikke tiltrækkende for alle sygeplejersker (3), og grundlaget for at bemande skadestruerne på Faaborg og Nyborg sygehuse synes på trods af erfaringsgrundlaget noget spinkelt.

Muligheden for at rekruttere de ekstra 7 erfarne sygeplejersker nu og i fremtiden skal desuden overvejes. Efter lukning af skadestuen i Nyborg er der muligvis et overskud af erfarne skadestuesygeplejersker, som kan udnyttes ved etablering af skadestruerne. Muligheden for større arbejdsglæde, lettere fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker er nogle af de positive konsekvenser ved at tilbyde sygeplejersker nye karrieremuligheder (3), og i Vestsjællands Amt har man da også oplevet, at muligheden for efteruddannelse har tiltrukket mange nye sygeplejersker – også uden for amtet (4). Etablering af behandlersygeplejerskefunktioner i Sygehus Fyn kan meget vel medføre samme positive konsekvenser. Normeringen på skadestuen på Svendborg Sygehus er imidlertid relativt lille, hvilket som nævnt betyder, at alle eller langt størstedelen af sygeplejerskerne skal fungere som behandlersygeplejersker på skadestruen i en del af deres arbejdstid. Der vil derfor være meget få eller ingen stillinger, som kan udfyldes af almindelige sygeplejersker, hvorfra der løbende kan ske en uddannelse af nye sygeplejersker til behandlerfunktionen. Således skal man satse på rekruttering af allerede uddannede behandler-sygeplejersker, og eftersom behandlersygeplejerskeuddannelsen endnu er i sin vorden og blot én ud af flere efteruddannelser for sygeplejersker, kan dette synes problematisk.

6.5 De fysiske rammer

En skadestruer bemandet med en sygeplejerske stiller ikke store krav til de fysiske rammer. Funktionschef Niels Pedersen fra Sygehus Vestsjælland angav, at de små sygeplejerskebemandede skadestruer havde overtaget de nedlagte skadestuers lokaler, dvs. et undersøgelseslokale, et venteværelse, en computer, et skab og nogle lægeartikler. Da den vagthavende sygeplejerske på en skadestruer er alene

på vagt, fremhævede Niels Pedersen dog vigtigheden af at optimere sikkerheden i form af fx flugtveje, dørlukningsfunktioner og mulighed for nødopkald (4).

7. Økonomi

En sundhedsøkonomisk analyse indeholder principielt en analyse af de direkte, indirekte og uhåndgribelige omkostninger. De direkte omkostninger beskriver omkostninger i forbindelse med produktionen af sundhedsydelser, mens de indirekte omkostninger betegner produktionstabt forbundet med midlertidigt eller varigt fravær i forbindelse med sygdom eller behandling. De uhåndgribelige omkostninger anvendes som betegnelse for den værdi, vi eksempelvis tillægger usikkerhed, smerte og afsavn omkring sygdom, invaliditet og død.

Etablering af sygeplejebemandede skadestuecentre vil påvirke alle tre omkostningskategorier. De direkte omkostninger som produktionspris, transportomkostninger og forbrug af ydelser vil naturligvis blive ændret, men også de indirekte i form af ændret vente- og transporttid kan blive påvirket. I denne sammenhæng kan de mere uhåndgribelige omkostninger i form af borgernes tryghedsfølelse være på spil. Nærværende økonomianalyse har fokus på de direkte omkostninger inden for nedenstående overskrifter.

Økonomi

- ◆ Hvilke investerings- og driftsudgifter vil etablering af sygeplejerskebemandede skadestuecentre medføre?
- ◆ Hvad er udgifterne pr. behandling?
- ◆ Er der besparelser forbundet med etablering af sygeplejerskebemandede skadestuecentre?

De indirekte omkostninger diskuteres dog i afsnittet om besparelser, mens der henvises til afsnit 5 for en beskrivelse af de uhåndgribelige omkostninger.

7.1 Investerings- og driftsudgifter ved etablering af sygeplejerskebemandede skadestuecentre

Forudsætningerne for en økonomisk opgørelse er ofte afgørende for resultatet, og det er derfor vigtigt at klargøre de antagelser, som analysen tager udgangspunkt i. For etableringen af skadestuecentre på Nyborg og Faaborg sygehuse tages der i analysen udgangspunkt i en situation, hvor skadestuefunktionen er bortfaldet, og der således er tale om nyt servicetilbud til borgerne, dvs. alternativet altså ikke er et andet tilbud. Derfor indregnes besparelser ved fx lukningen af skadestuen på Nyborg Sygehus⁹ eller andre besparelser forbundet med ændringerne på Nyborg Sygehus ikke.

Evalueringen af de direkte omkostninger ved etablering og drift af sygeplejebemandede skadestuecentre trækker mange referencer til skadestuecentre i Sygehus Vestsjælland. Der er flere grunde hertil, bl.a. er erfaringerne fra Sygehus Vestsjælland relativt langstrakte og velbeskrevne, og organiseringen af skadestuecentre i Sygehus Vestsjælland vurderes at være et realistisk udgangspunkt for en sammenligning. De sygeplejebemandede skadestuecentre i Vestsjællands Amt er kun bemandede med én behandlersygeplejerske (i modsætning til fx skadestuecentre i Sønderjyllands Amt, hvor der i tidsrummet kl. 10-18 er dobbeltbemanning), hvilket vurderes at være tilstrækkeligt i forhold til det beregnede patient-flow ved etablering af skadestuecentre på Nyborg og Faaborg sygehuse (jf. afsnit 6.4). De sygeplejerskebemandede skadestuecentre i Sygehus Vestsjælland er åbne alle dage fra kl. 8-22, hvilket også er

⁹ Skadestuen i Nyborg havde i 2004 udgifter på 4,064 mio. kr. (Fyns Amt – Sundhedssekretariatet, telefonsamtale december 2005).

udgangspunktet for de økonomiske beregninger i forbindelse med etablering og drift af eventuelle skadeklinikker i Sygehus Fyn.

7.1.1 Investeringsudgifter

Vurderingen af investeringsomkostninger til etablering af skadeklinikker omfatter investeringer i lokaler mv., uddannelsesaktiviteter, borgerinformation og driftsomkostninger.

Lokaler mv.

Ved etablering af skadeklinikker vil investeringen i lokaler mv. være meget afhængig af det eksisterende udgangspunkt. På Nyborg Sygehus har skadestuen været i drift frem til årsskiftet 2005, hvorfor det her vurderes, at en skadeklinik blot kan overtage de tidligere faciliteter fra skadestuen, dvs. omkostningerne til lokaler ved overgang fra skadestue til sygeplejerskebemandet skadeklinik altså vil være minimale. Skadestuen på Faaborg Sygehus har været lukket i en årrække, så en ny skadeklinik vil ikke umiddelbart kunne reetableres i den tidligere skadestue. Vurderingen fra Faaborg Sygehus er, at der godt kan frigøres et lokale til formålet, hvor omkostningerne vil begrænse sig til maling og anden renovering af et eksisterende lokale, men at der er behov for nyindkøb af et leje, computer, skabe, opsætning af egnet lys mv. Uden at indhente egentlige tilbud kan der ikke gives en eksakt pris, men funktionschef Niels Pedersen fra Sygehus Vestsjællands Funktionsbærende enhed i ortopædkirurgi vurderer, at omkostninger til at klargøre et rådt lokale til skadeklinik koster 3-400.000 kr. Dertil kommer omkostninger til sikring af adgangsveje såsom etablering af nødkald og døråbningsfunktioner mv., som vurderes påkrævet, når behandlersygeplejersken ofte vil sidde alene. Erfaringen fra Vestsjællands Amt er, at det typisk koster 300.000 kr. pr. skadeklinik at etablere et fornuftigt sikringsniveau. Da der i dag ikke er sikrede adgangsveje på Nyborg Sygehus, vil en tilsvarende investering også være påkrævet her.

Således vurderes det, at de samlede etableringsomkostninger til lokaler mv. for de to skadeklinikker beløber sig til ca. 1 mio. kr.

Uddannelsesaktiviteter

Behovet for uddannelse vil være afhængigt af, hvordan man vælger at organisere skadeklinikkerne. Tages der udgangspunkt i, at skadeklinikken bemannes med 1 sygeplejerske fra kl. 8-22 alle årets dage, vil der som nævnt være behov for en normering på ca. 3,5 fuldtidsstillinger pr. skadeklinik, men med 7-14 sygeplejersker tilknyttet hver skadeklinik, som alle skal have gennemgået et særligt uddannelsesforløb.

I Sygehus Vestsjælland gennemgik alle, der skulle fungere som behandlersygeplejersker, en uddannelse af 44 timers varighed med henblik på udredning, behandling og registrering af en række hyppigt forekommende skader med enkle kliniske problemstillinger. En gang årligt deltager behandlersygeplejerskerne i et obligatorisk 1-dages followup kursus med henblik på opfriskning af kundskaberne. Uddannelsesforløbet omfattede det første år 64 sygeplejersker og blev planlagt og gennemført i eget regi med en budgetteret pris på ca. 7.500 kr. pr. sygeplejerske (5). Et tilsvarende uddannelsesforløb vil pr. sygeplejerske formentlig være lidt dyrere i Sygehus Fyn, da man her vil etablere to sygeplejerskebemandede skadeklinikker mod tre i Sygehus Vestsjælland, dvs. færre skal uddannes. Med udgangspunkt i uddannelse af 25 sygeplejersker med omkostninger på 10.000 kr. pr. forløb vil startomkostningerne til uddannelse være 250.000 kr., hvortil der kommer omkostninger til vedligeholdelse af kvalifikationer og uddannelse til nyansatte sygeplejersker. Her anslås løseligt omkostninger på 1.000 kr. pr. sygeplejerske til vedligeholdelse af kvalifikationer, og inklusive kursusudgifter til nyansatte skønnes de årlige uddannelsesomkostninger til ca. 50.000 kr.

Borgerinformation

Det er relevant at indtænke borgerinformation i forbindelse med etablering af skadeklinikker, da der er tale om betydelige ændringer i det akutte beredskab. I forbindelse med etableringen af skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland blev der i 2003 afsat 250.000 kr. (5) til formålet og herefter et årligt beløb på 125.000 kr. Rigtigheden af niveauerne for disse bevillinger er i sagens natur vanskelig at tage stilling til, men der er vigtigt at være opmærksom på, at det i en årrække, formodentlig vedvarende, vil være nødvendigt at bruge ressourcer på at informere om strukturen af det samlede akutberedskab.

7.1.2 Driftsomkostninger

Den altdominerende omkostning ved driften af de sygeplejebemandede skadeklinikker er lønomkostningen til sygeplejersker. Tages igen udgangspunkt i 3,5 fuldtidsstillinger, som er normen for de tre små skadeklinikker i Vestsjællands Amt, findes de årlige driftsomkostninger for en skadeklinik at være mellem 1,70-1,76 mio. kr. (se Tabel 7.1), dvs. det kan forventes, at driften af to skadeklinikker vil beløbe sig til ca. 3,5 mio. kr. Omkostningerne ved drift af skadeklinikkerne er i meget ringe omfang påvirket af antallet af besøg, og i Sygehus Vestsjælland vurderes det, at omkostningerne til andet end løn udgør under 5% af de samlede omkostninger.

Tabel 7.1 Udgifter og besøg. Sygehus Vestsjællands sygeplejerskebetjente skadeklinikker, 1. halvår 2005 (5)

Udgifter og besøg i skadeklinikkerne, 1. halvår 2005	Antal patienter	Løn og øvrig drift (1.000 kr.)	Udgift/besøg
Ringsted Sygehus	2.112	860	407
Kalundborg Sygehus	1.656	881	432
Nykøbing Sjælland Sygehus	1.053	855	812

I ovenstående omkostningsestimater er ikke indregnet omkostninger til patienttransport, da klinikkerne er målrettet selvhenvendende, som selv sørger for transport til skadeklinikken og efter endt besøg selv sørger for hjemtransporten. En patient, der møder op på skadeklinikken, og som visiteres videre til lægelig behandling, skal som udgangspunkt også selv sørge for den videre transport. Kun hvis patienten er meget dårlig, skal videretransport foregå i ambulance, men i de situationer ville en sådan transport formodentlig i udgangspunktet have været det mest hensigtsmæssige valg. Efter endt lægelig behandling er det også patientens eget ansvar at blive transporteret hjem. Derfor medgår ingen transportomkostninger i de beregnede driftsomkostninger for de sygeplejerskebemandede skadeklinikker i Sygehus Vestsjælland. Patientens egne transportomkostninger reduceres dog ved brug af en lokal skadeklinik, forudsat man bliver færdigbehandlet. Ved behov for akut behandling er det reelle alternativ til sygeplejerskebemandede skadeklinikker på Nyborg og Faaborg sygehuse et skadestuebesøg i Svendborg eller Odense. Afstanden fra Nyborg til Odense er 33 km, mens der er 25 km fra Svendborg til Faaborg. Hvis der tages udgangspunkt i statens kilometertakst på 1,78 kr./km, kan værdien af en returrejse fastsættes til henholdsvis 117 kr. og 89 kr. For personer uden bil kan omkostningen dog være større, ligesom andre vil have abonnement til en redningstjeneste, hvorved patientens omkostninger helt bortfalder.

7.2 Udgiften pr. behandling sammenlignet med alternativer

Da omkostningen ved drift af en sygeplejebemandet skadeklinik i alt væsentlighed består af faste lønomkostninger, afhænger omkostningerne pr. behandling i skadeklinikkerne meget af, hvor mange besøg man forventer, så længe arbejdspresset kan overkommes af én behandlersygeplejerske. Tages der udgangspunkt i de beregnede 1.100 årlige besøg (jr. afsnit 4.4) og en årlig driftsomkostning på 1,7 mio. kr. pr. skadeklinik, kan omkostningen til et besøg opgøres til 1.545 kr. Men da ikke alle patienter

ter færdigbehandles på en sygeplejebemandet skadeklinik, skal der korrigeres for dette ved sammenligning med andre behandlingstilbud. På baggrund af data fra evalueringen af behandlingsforløbet fra september 2003-september 2004 af skadeklinikkerne i Vestsjællands Amt (5) kan det beregnes, at mellem 27-36% af behandlersygeplejerskens kontakter er visiteret videre til en læge på en lægebe-
mandet skadeklinik, vagtlæge eller praktiserende læge.

Tabel 7.2 Kontantmønster ved behandling af behandlersygeplejerske i skadeklinik (%). Sygehus Vest-sjælland 2005 (5)

	Holbæk*	Slagelse*	Ringsted	Kalundborg	Nykøbing Sj.
Behandlet selvstændigt af spl.	63,7	71,4	69,8	72,0	62,6
Henvist til lægevagt	3,3	3,2	4,4	7,4	20,6
Henvist til o-kir. skadelæge HOS	30,5	0,1	0,2	10,6	9,8
Henvist til o-kir. skadelæge SLS	0,0	19,8	17,7	5,2	0,2
Henvist til læge fra andet speciale	0,5	4,4	1,7	2,0	1,4
Afsluttet til praktiserende læge	1,6	0,8	2,9	1,9	4,0
Andet	0,5	0,3	3,3	1,1	1,5

* I Holbæk og Slagelse er der tilknyttet skadelæger til skadeklinikkerne.

I de tilfælde, hvor behandlingen skal afsluttes af en læge, frigør skadeklinikken reelt ikke ressourcer andre steder, hvorfor omkostningen pr. selvstændig behandling bliver højere. Hvis der igen tages udgangspunkt i 1.100 årlige besøg, så kan det – under antagelse af samme behandlingsmønster som i Vestsjællands Amt – beregnes, at et selvstændigt behandlingsforløb koster mellem 2.117 kr. og 2.414 kr. i den sygeplejebemandede skadeklinik. Hvis patientens omkostninger til transport modregnes, bliver omkostningerne dog ca. 100 kr. mindre¹⁰. Medregnes de løbende omkostninger til uddannelse og informationsmateriale, øges omkostningen pr. besøg dog med ca. 50 kr. eller 70-80 kr. pr. afsluttet behandling i skadeklinikken. Herudover kommer evt. afskrivning af etableringsomkostningerne.

Der er knyttet en ikke ubetydelig usikkerhed til estimatet for, hvor mange der i fremtiden vil benytte skadeklinikken, bl.a. fordi skadestuen på Nyborg Sygehus formelt var lukket for selvhenvendelse¹¹, hvorfor nedskrivningerne i antallet af besøg baseret på grund af erfaringerne fra Sygehus Vestsjælland (jf. afsnit 4.4) kan være for stor. I Grindsted med et indbyggertal på 17.379, som er rimeligt sammenligneligt med det i Faaborg (17.325) og Nyborg (18.972), har skadeklinikken med en længere åbnings-tid (kl. 7-23 kontra kl. 8-22) årligt haft ca. 1.600 besøg. Da afstanden fra Grindsted til Esbjerg (47 km) endvidere er betydeligt længere end afstanden fra Faaborg eller Nyborg til en alternativ skadestue, forekommer de estimerede 1.100 besøg dog ikke helt urealistisk. Men da beregningerne er følsomme over for antagelsen, tages der her udgangspunkt i et alternativt scenario med 2.000 årlige besøg. I det tilfælde ligger omkostningerne pr. selvstændigt behandlingsforløb mellem 1.164 kr. og 1.328 kr. i den sygeplejebemandede skadeklinik.

7.2.1 Omkostninger ved andre besøg

De to mest oplagte alternativer til behandling på en skadeklinik er enten i en traditionel skadestue eller i lægevagten. Ifølge DAGS-taksterne for 2006 koster et skadesstuebesøg 962 kr., og et besøg hos lægevagten – jf. sygesikringens forhandlingsudvalg – i tidsrummet kl. 16-22 takseres til 175,93 kr. (telefonisk kontakt). Hvis lægevagten kommer på besøg, koster det 244,43 kr. + 3,80 kr. pr. km. Besøg mere end 10 km væk koster 13,10 kr. pr. km efter de første 10 km.

¹⁰ Hvis det antages, at 10% henvises til en skadestue i en anden by, er de reelle besparelser til transport fra henholdsvis Nyborg og Faaborg 105 og 80 kr.

¹¹ I praksis har skadestuen dog behandlet selvhenvendende.

Selv om det er vanskeligt at sammenligne besøg på henholdsvis sygeplejebemandet skadeklinik, traditionel skadestue og vagtlæge alene på baggrund af økonomi, kan man ikke overse det faktum, at et besøg på skadeklinikken, med et så lavt besøgstal som antaget i beregningerne, er væsentligt dyrere end et besøg på en traditionel skadestue, selv om sidstnævnte har et langt tungere case-mix. Endnu mindre konkurrencedygtige er de sygeplejebemandede skadeklinikker i forhold til et besøg hos vagtlæge, hvor den sygeplejebemandede skadeklinik er ca. 7-14 gange dyrere pr. behandling, alt efter antagelsen om hvor mange årlige besøg skadeklinikken vil have. Endvidere kan rimeligheden af en sammenligning af det beregnede omkostningsestimat for en behandling på en sygeplejebemandet skadeklinik med en DAGS-takst diskuteres, da DAGS-taksten også indeholder en række omkostningselementer, som ikke er med i det snævre marginalomkostningsbegreb, som var udgangspunktet for omkostningerne ved de sygeplejebemandede skadeklinikker. Her indgår fx administrationsomkostninger og vedligehold af bygninger ikke, som det er tilfældet med DAGS-taksten. En opgørelse fra Sygehus Vestsjælland af omkostningerne ved et besøg på de lægebemandende skadeklinikker (opgjort på en sammenlignelig måde med omkostningsestimatet for de sygeplejebemandede skadeklinikker) viser, at omkostningen pr. besøg er 637-795 kr. (5), dvs. omkostninger der er ca. 25% mindre end DAGS-taksterne.

Hvis et besøg på en sygeplejebemandet skadeklinik økonomisk skal være sammenligneligt med et skadestuebesøg, så skal der være langt højere aktivitet i skadeklinikken end de forudsatte 1.100 eller 2.000 årlige besøg. Selv hvis samtlige 3.179 årlige besøg, som i 2005 blev modtaget i skadestuen på Nyborg Sygehus i tidsrummet fra kl. 8-22 (som ud over selvhenvenderne også omfatter patienter indbragt med Falck og 112, der ikke vil blive kørt til en ikke-lægebemandet skadeklinik), i fremtiden vil komme i en sygeplejerskebemandet skadeklinik, vil marginalomkostningen ved en selvstændig behandling på skadeklinikken ligge mellem 732 og 835 kr., dvs. stadig lidt mere end marginalomkostningen ved et besøg på en lægebemandet skadeklinik i Sygehus Vestsjælland. Et niveau med mindst 3.500 årlige besøg må betragtes som et minimumsniveau, før en skadeklinik ud fra driftsøkonomiske kriterier bør overvejes som et relevant alternativ. Et sådan antal vurderes urealistisk både på Faaborg og Nyborg sygehuse.

7.3 Besparelser

Ud over transportomkostninger vil besparelserne i forbindelse med etablering af en skadeklinik reducere tidsforbruget for patienter, der bliver færdigbehandlet på skadeklinikken, herunder både transporttid og ventetid. Analyser fra Sygehus Vestsjælland viser, at ventetiden i de rent sygeplejerskebemandede skadeklinikker for over 95% af patienternes vedkommende er under 1 time mod 80-85% i de lægebemandede skadeklinikker. Modsat varer selve behandlingen dog lidt længere tid i de rent sygeplejebemandede skadeklinikker (5). En samlet opgørelse af eventuelle produktivitetsgevinster ved at etablere skadeklinikker kompliceres dog væsentligt af, at langt færre må formodes at ville opsøge behandling, hvis den ikke er til stede i lokalområdet. Der er ikke identificeret relevante danske undersøgelser, der sammenholder skadestueforbrug og afstand til skadestuen i Danmark, men et engelsk studie viser en klar sammenhæng (26). Hvis udgangssituationen er en afstandsforøgelse fra ca. 1-3 km til en afstand på 25-30 km, så finder det engelske studie, at forbruget af skadestueydelser falder til ca. en tredjedel. Det må formodes, at der vil være en overrepræsentation af "større skader" blandt de, der trods afstanden vælger at benytte en skadestue, altså et delvist sammenfald med de patienter, som sygeplejersken i den rent sygeplejerskebemandede skadeklinik under alle omstændigheder henviser til en lægebemandet skadeklinik, og hermed reduceres de potentielle produktivitetsgevinster yderligere. Derfor er det således ikke utænkeligt, at det samlede tidsforbrug til behandling og transport kan stige i forbindelse med etablering af en lokal skadeklinik. Modsat kan der argumenteres for, at nogle skader vokser sig større og dermed kræver mere behandling på et senere tidspunkt. Samlet vurderes og konkluderes det derfor, at effekten målt ved samfundets produktivitet af en lokal sygeplejebemandet skadeklinik er usikker og ikke nødvendigvis positiv.

Ud over den eventuelle tidsmæssige besparelse for patienterne vil etableringen af de sygeplejebe-mandede skadepoliklinikker formentlig kunne aflaste skadestuen. Hvor stor aflastningen er, er dog svært præcist at vurdere. Den andel, der i det engelske studie – trods afstanden – søger lægelig behandling på skadestuen, er ca. af samme størrelsesorden, som den andel behandlersygeplejersken på skadepolikliniken visiterer videre til lægelig behandling (selv om der næppe er tale om helt samme patientgruppe). Men selv hvis det antages, at etablering af skadepoliklinikker fører til, at kun halvt så mange end ellers vil komme i den lægebemandende skadestue, er forskellen i størrelsesordenen ca. 1 patient pr. skadepoliklinik pr. dag¹². En så marginal ændring af patient-flowet vil næppe udløse en ændring i den samlede normering på de øvrige lægebemandede skadepoliklinikker.

Samlet set vurderes det økonomiske besparelspotentiale ved etablering af skadepoliklinikker at være minimalt, hvis overhovedet eksisterende.

¹² Antal vil afhænge af, hvor mange patienter der antages at benytte skadepolikliniken, men såfremt 1.100 årligt (ca. 3 om dagen) benytter denne, så er en aflastning på 1 patient om dagen pr. skadepoliklinik nok en rimelig antagelse. Hvis flere benytter skadepolikliniken, kan aflastningen naturligvis blive endnu større.

8. Opsamling og konklusion på de fire delanalyser

På baggrund af de fire delanalyser er det projektgruppens opfattelse, at sygeplejerskebemandede skadeklinikker på Nyborg og Faaborg sygehuse er et tilbud, som først og fremmest indebærer fordele for borgerne i skadeklinikkernes nærområder i form af tryghed ved tilbuddet om akut behandling, kortere afstand til behandling og kortere ventetider for patienter med småskader.

I forhold til spørgsmålet om forbedret behandlingskvalitet peger al erfaring på, at behandling af småskader foretaget af uddannede behandlersygeplejersker modsvarer behandling af tilsvarende skader foretaget på skadestuer og hos praktiserende læger/vagtlæger. Behovet for et tilbud om akut behandling i områderne omkring Nyborg og Faaborg sygehuse kan derimod diskuteres, de relativt korte afstande til det modsvarende behandlingstilbud i skadestuen på Svendborg Sygehus taget i betragtning.

Organisatorisk vil sygeplejerskebemandede skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg sandsynligvis ikke påvirke arbejdet på skadestuen i Svendborg eller blandt praktiserende læger/vagtlæger i negativ retning og vil kunne indarbejdes i Sygehus Fyns eksisterende akutte beredskab. Derimod kan de sygeplejefaglige personaleressourcer vise sig at blive knappe, hvilket kan få betydning for bemandingen af både skadeklinikken og af de øvrige akuttilbud.

Tabel 8.1 Fordele og ulemper ved etablering af skadeklinikker på sygehusene i Nyborg og Faaborg – en opsamling på de fire delanalyser

	Fordele	Ulemper
Teknologi	◆ Godt alternativ til og erstatning for skadestuer til behandling af småskader ◆ Behandlingskvalitet på højde med behandling på skadestuer eller praktiserende læge/vagtlæge	◆ Patientgrundlaget vil sandsynligvis være meget begrænset – ca. 3-6 patienter/dag ◆ Ingen indikation på forringet behandlingseffekt ved transport til Svendborg for behandling af småskader
Patient/borger	◆ Tryghed ved behandlingstilbud i nærområde ◆ Sparet tid og penge i forbindelse med transport ◆ Formodentlig kortere ventetider for behandling af patienter med småskader ◆ Flere sundhedstilbud – lettere og hurtigere adgang til behandling	◆ Kan opstå tvivl om hvor man henvender sig med hvilke skader ◆ Falsk tryghed hvis borgerne ikke har kendskab til skadeklinikkens begrænsede arbejdsområder ◆ Risiko for forlænget ventetid ved fejlhenvendelse til skadestuen
Organisation	◆ Kan etableres inden for eksisterende akutberedskab ◆ Mulighed for at nye karrieremuligheder tiltrækker sygeplejersker med ønske om behandleruddannelse	◆ Det kan blive problematisk at rekruttere sygeplejersker til skadeklinikker nu og i fremtiden ◆ Risiko for at de mest erfarne sygeplejersker kommer til at varetage de lette skader ◆ Risiko for mangel på erfarne sygeplejersker andre steder i organisationen
Økonomi	◆ Sparede transportomkostninger for borgere i skadeklinikkens nærområde	◆ Væsentligt dyrere end behandling hos en praktiserende læge/vagtlæge eller på skadestue ◆ Intet besparelspotentiale

Ud fra et økonomisk synspunkt er etablering af sygeplejerskebemandede skadestudier på Nyborg og Faaborg sygehuse ikke anbefalelsesværdigt på grund af den forventede lave produktivitet og dermed relativt høje omkostninger pr. behandling sammenlignet med andre tilbud om behandling af akut opståede skader.

Vil man arbejde videre med ideen om sygeplejerskebemandede skadestudier i Sygehus Fyn, bør man efter projektgruppens opfattelse overveje, hvordan man kan højne skadestudiernes produktivitet. Det kan fx overvejes, om behandlersygeplejerskernes kompetenceområder kan udvides til flere skadestue-relaterede opgaver end de nævnte i afsnit 2 og 4 eller til opgaver uden for den akutte skadestue-behandling, fx influenzavaccination, sårrevision eller tilsyn med patienter med kroniske lidelser. Det kan også overvejes, om en skadestue kan indgå som en del af et sundhedscenter, hvor skadestue-personale sideløbende varetager andre opgaver. Endelig kan man overveje at arbejde med en behandlersygeplejerskefunktion i skadestuen på Svendborg Sygehus til varetagelse af patienter med mindre skader med henblik på kortere ventetid for denne gruppe patienter og eventuel aflastning af skadestuen.

Ovenstående har karakter af forslag, som skal overvejes grundigt i relation til de konkrete lokale forhold i Sygehus Fyn, såsom behovet i lokalbefolkningen, personaleressourcer og økonomi.

Litteratur

- 1) Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering. Hvorfor? Hvad? Hvornår? Hvordan? 2000.
- 2) Kristensen FB, Hørder M, and Poulsen PB (red). Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering; 2001.
- 3) Willemann M, Vested SH, and Tang K. Den behandlende sygeplejerske. Erfaringer med behandlersygeplejersker i akut- og skadestuefunktioner i England og Danmark. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2003. (DSI Rapport 2003.02).
- 4) Pedersen N, Appelqvist E. Interview vedr. skadepoliklinikker i Vestsjællands Amt. Madsen MH (red.). 2005.
- 5) Pedersen N, Tollund C, Sørensen HK, Varkil P, Salling N, and Redkjær G. Evaluering af skadepoliklinikkerne i Vestsjællands Amt 2005. 2005.
- 6) Røndbjerg J, Sørensen HK, Hammersgaard E, and Pedersen N. Kompetenceområder for behandlersygeplejersker ved skadepoliklinikkerne i Sygehus Vestsjælland. 2003.
- 7) Frøkiær E, Hvass A, and Bilgrav K. Interview vedr. skadepoliklinik, Sydvestjysk Sygehus Grindsted. Madsen MH (red.). 2005.
- 8) Fabricius B. Oversigt over antal besøg. Skadepolikliniken SVS Grindsted. Økonomaifdelingen, Sydvestjysk Sygehus; 2006.
- 9) Dansk Sygeplejeråd. Længerevarende efteruddannelse for sygeplejersker med udvidet arbejdsområde på skadestuer/behandlingsafdelinger. DSR Rammeprogram. 1. udgave udg. 2003.
- 10) Sakr M, Angus J, Perrin J, Nicholl J, and Wardrope J. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. The Lancet 1999; 354:1321-6.
- 11) Cooper MA, Lindsay GM, Kinn S, and Swann IJ. Evaluating Emergency Nurse Practitioner services: a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2002; 40(6):721-30.
- 12) Sakr M, Kendall R, Angus J, Sanders A, Nicholl J, and Wardrope J. Emergency nurse practitioners: a three part study in clinical and cost effectiveness. Emerg Med J 2003; 20(2): 158- 63.
- 13) Pedersen N, Falster O, Sørensen HK, Varkil P, Salling N, and Redkjær G. Evaluering af skadepoliklinikkerne i Vestsjællands Amt 2004. 2004.
- 14) Matzen B. Udtræk fra det patientadministrative system, Sygehus Fyn. SHF Planlægningsafdelingen; 2006.
- 15) Matzen B. Udvidet optageområde, Sygehus Fyn. SHF Planlægningsafdelingen; 2006.
- 16) Nielsen ML. Patienters perspektiv på sygehusstruktur. I: Anni Ankjær-Jensen (red.). Sygehusstruktur i Danmark. En antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005: 49-62.
- 17) Gerard K, Lattimer V, Turnbull J, Smith H, George S, Brailsford S et al. Reviewing emergency care systems 2: measuring patient preferences using a discrete choice experiment. Emerg Med J 2004; 21(6): 692-7.
- 18) Byrne G, Richardson M, Brunsdon J, and Patel A. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. Journal of Clinical Nursing 1999; 9:83-93.
- 19) Walsh R. Patient satisfaction with Emergency Nurse Practitioners. Emergency Nurse 2001; 8(10).

- 20) Mortensen J, Hansen CA. Sygeplejebehandler i skadestuen Amager hospital. København: Amager Hospital; 1999.
- 21) von Magnus M, Murphy A. Lægeloven: lov om udøvelse af lægegering med kommentarer. 4 udg. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag; 2004.
- 22) Rosen R, Mountford L. Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS walk-in centres. Journal of Advanced Nursing 2002; 39(3):241-8.
- 23) Andersen C. Alment praktiserende sygeplejersker. Ugeskrift for læger 2004; 166(9):772-9.
- 24) Møller LB. Helbrede, lindre, trøste... Ugeskrift for læger 2004; 166(12):1135.
- 25) Matzen B. Materiale til DSI vedr. skadepoliklinikker. SHF Planlægningsafdelingen; 2006.
- 26) McKee CM, Gleadhill DN, and Watson JD. Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices. Br.J Gen.Pract. 1990; 40(333):150-3.