

Notat

Visitation til skadebehandling i Region Syddanmark

Baggrund

Regeringen og Danske Regioner er i økonomiaftalen blevet enige om, at der frem mod foråret 2014 gradvist skal indføres visiteret adgang til landets fælles akutmodtagelser.

Økonomiaftalen har betydning for den beslutning regionsrådet traf den 23. april 2012, om at der pr. 1. oktober 2012 indføres en skaderådgivningstelefon i regionen, hvor borgerne kan søge råd og vejledning i forbindelse med skadebehandling.

Regionsrådsformand Carl Holst bad derfor på regionsrådsmødet i juni 2012 sundhedsudvalget om at komme med et forslag til de fremtidige rammer og en procesplan, som regionsrådet kan tage stilling til.

Etableringen af skaderådgivningstelefonen er som følge heraf sat i bero, da det vil kunne skabe forvirring omkring skadetelefonen, hvis der først etableres en skaderådgivningstelefon bemandet med sygeplejersker på de fire fremtidige akutmodtagelser den 1. oktober 2012, og så måske kort tid efter en visitationstelefon et andet sted med en anden gruppe medarbejdere.

Personalepolitisk er det heller ikke godt at ansætte medarbejdere til en opgave, hvis det så kort tid efter beslutes, at det er en anden gruppe personer, der skal varetage opgaven, så medarbejdere efter kort tids ansættelse må afskediges.

Udover økonomiaftalens formuleringer vedr. visiteret adgang har Danske Regioner tidligere stillet forslag om et nyt akutsystem i "Fremtidens sammenhængende akutsystem, december 2009", hvor akuttilbuddene i praksissektoren og på sygehusene bliver integrerede. I det nye akutsystem foreslås, der oprettes en døgnåben akuttelefon med visiterende og rådgivende funktion betjent af sundhedspersonale, hvor akuttelefonen er borgerens indgang til akutsystemet, når egen læge har lukket eller ikke tager telefonen. Akuttelefonen er i forslaget foreslået bemandet med sundhedsfagligt personale, herunder praktiserende læger og sygeplejersker.

Der er i regionen etableret lokalefællesskab mellem akutmodtagelserne og vagtlægeordningen, de steder hvor det har kunnet lade sig gøre. Der er et forsøg i gang på OUH mellem FAM og lægevagten i Odense med det formål, at patienterne oplever, at FAM'en og lægevagten er et sammenhængende system. Der er lavet aftale om visitation, ansat en brobygger og lavet aftale om lån af udstyr og hjælpepersonale.

Det er meningen, at der også på de andre akutmodtagelser skal laves aftaler om et mere integreret samarbejde mellem FAM'erne og lægevagtordningen. Der starter et nyt forsøg op den 1. oktober 2012 på Kolding Sygehus.

Nedenfor følger forslag til rammerne for indførelse af visitation til skadebehandling i Region Syddanmark.

Forslag til videre proces er, at sundhedsudvalget den 3. oktober udarbejder en indstilling til behandling i forretningsudvalget den 10. oktober og beslutning i regionsrådet den 22. oktober, om rammerne for visitation til skadebehandling i Region Syddanmark, og hvor visitationen skal placeres. Sagen sættes også på møde i Akut- og ø-udvalget den 4. oktober.

På baggrund af regionsrådets beslutning den 22. oktober udarbejdes et forslag til gennemførelse af regionsrådets beslutning. Forslaget vil indeholde opstartsdato, beskrivelse af indhold i ordning og økonomiske konsekvenser herunder finansiering. Forslaget vil blive forelagt til politisk beslutning primo 2013

Visitation - hvor og af hvem?

Der skal tages stilling til, hvor visitationsopgaven skal placeres, og hvilken faggruppe, der skal stå for visitationen til skadebehandlingen på sygehusene.

Det er forskelligt i de regioner, som allerede har indført visitation til skadebehandling, om visitationen foretages af sygeplejersker eller læger, og regionerne har valgt forskellige modeller med hensyn til i hvilket regi visitation/rådgivning er placeret:

- Akutmodtagelserne
- Praksissektoren
- AMK-vagtcentralen

Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Nordjylland har indført visitation til skadebehandlingen.

Region Syddanmark og Region Hovedstaden har ikke endnu indført visitation til skadebehandlingen.

Table 1. Oversigt over skadevisitation i regionerne

Region Syddanmark	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Sjælland	Region hovedstaden
Der er ikke visitation til skadebehandling. På Ærø visiterer de praktiserende læger til skadebehandling på Ærø Sygehus.	Fra den 10. april 2012 visiterer praksissektoren til skadebehandling i hele regionen. Indtil da var der uvisiteret adgang til skadebehandling i Aalborg.	I den vestlige del af regionen visiterer praksissektoren til skadebehandling. I den østlige del af regionen visiterer sygeplejersker på Århus universitetshospital til skadebehandling. Fra den 4. sep. 2012 har praksissektoren visiteret til skadebehandling i hele regionen.	3. oktober 2011 blev der indført visitation til skadebehandling. Visitationen foretages af sygeplejersker på de fire akutmodtagelser.	30. januar 2012 blev der indført en akuttelefon i regionen med rådgivning, hvor man kan få rådgivning. Der er uvisiteret adgang til skadebehandling i regionen.

Region Midtjylland etablerer den 1. september 2012 en samlet visitation til skadebehandling i praksissektoren for at samle visitationen til sundhedssystemet i praksissektoren og etablere et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem praksissektoren og sygehusene.

Region Midtjylland, der i mange år har haft visitation til skadebehandling på sygehusene havde i 2011 19 % færre skadebehandlingskontakter pr. 1.000 indbyggere end Region Syddanmark. Hovedforklaringen på forskellen i skadebehandlingsfrekvens skyldes formentlig visitationen.

I Region Sjælland der har indført visitation til skadebehandling på sygehuse i oktober 2011 er antallet af skadebehandlingskontakter på behandlingsstederne på regionens sygehuse faldet med 27 % i perioden oktober 2011 til april 2012 i forhold til den tilsvarende periode året før, hvilket vurderes, at skyldes indførelse af visitation. I Region Sjælland henvises telefonisk ca. 10 % af henvendelserne om skadebehandling på sygehusene til selvbehandling.

Det vurderes på baggrund af erfaringerne fra naboregionerne, at indførelse af visitation til skadebehandling på sygehusene i Region Syddanmark vil medføre et fald på 20 – 30 % i skadebehandlingskontakter på sygehusene.

Hvor skal visitationen være

Der er tre muligheder for placeringen af visitationen: akutmodtagelserne på sygehusene, i praksissektoren og på AMK-vagtcentralen.

Akutmodtagelserne på sygehusene

Visitationen vil kunne foretages på en eller flere af regions akutmodtagelser og foretages af sygeplejersker.

Hvis opgaven placeres her vil det være mest hensigtsmæssigt at lade sygeplejersker med skadebehandlingserfaring fra sygehusene forestå visitationsopgaven. Ved placering af visitationen på en eller flere skademodtagelser vil sygeplejerskerne kunne arbejde med skadebehandling sideløbende med visitationsopgaven og således opretholde erfaringen fra skadebehandlingen.

Praksissektoren

Visitationen vil kunne foretages af læger i praksissektoren i dagtiden ved henvendelse til egen praktiserende læge/lægehus og i vagttiden ved henvendelse til vagtlægeordningen.

Hvis skadevisitationen ligger i praksissektoren vil praksissektorens involvering i visitationen kunne medvirke til et tættere samarbejde mellem praksissektoren og sygehusene om patienter med småskader.

AMK-vagtcentralen

Visitationen vil kunne foretages af sundhedsfaglige medarbejdere på AMK-vagtcentralen. Personalet på AMK-vagtcentralen er vant til at tage sig af visitation af 1-1-2-opkald, og har derfor har erfaring i sundhedstelefonvisitation og også vil kunne tage sig af skadevisitation.

Personalet på AMK-vagtcentralen vil imidlertid ikke have skadebehandlingsviden som erfarne skadestuesygeplejersker, der arbejder på et skadebehandlingssted og vil derfor ikke kunne visitere og rådgive på samme niveau som skadestuesygeplejersker.

Det vurderes dog ikke at være hensigtsmæssigt at placere skadevisitationfunktionen på regionens AMK-vagtcentral i Odense, da AMK-vagtcentralen er optaget af at indføre en ny kontrolrumsløsning, og det fysisk vil være meget vanskeligt at finde plads til skadevisitationsopgaven på AMK-vagtcentralen.

Fordele/ulemper ved læger eller sygeplejersker varetager visitationen.

Der er fordele og ulemper både ved en sygeplejerske- og lægevisiteret visitation til skadebehandling.

Der eksisterer ikke nogen dansk dokumentation for eller undersøgelse af, om det i det danske sundhedssystem giver bedst kvalitet, at det er læger eller sygeplejersker, der foretager visitation til skadebehandlingen på sygehusene.

En fordel ved at anvende læger til visitation er, at læger har et højere kompetenceniveau end sygeplejerske. Det er imidlertid spørgsmålet, hvordan de mere sparsomme og dyre lægeresurser bør anvendes i sundhedssystemet.

En anden fordel ved at lade læger stå for visitationen til skadebehandling er, at der allerede eksisterer en lægebetjent telefonordning i regionen: vagtlægeordningen, som vil kunne udbygges til også at tage sig af visitation af skadebehandling.

En fordel ved at anvende praksissektoren til visitation er, at praksissektoren generelt fungerer som borgerens indgang til sundhedssystemet, og at de eksisterende telefonnumre til praksis/vagtlægen kan benyttes, så der ikke skal oprettes et nyt telefonnummer til skadevisitation.

En ulempe ved praksissektoren som visitator er, at det givet strukturen med mange selvstændige praksisser med forskellig telefonkultur er vanskeligt i dagtiden at skabe et højt og ensartet serviceniveau med hensyn til telefonbetjening.

En anden ulempe ved at anvende praktiserende læger er, at der er mangel på praktiserende læger, hvilket taler i mod at placere en ny stor opgave i praksissektoren. Ved udgangen af august 2012 manglede regionen at få besat 22 lægestillinger ud af 782 i praksissektoren. Det er især stillinger i yderområder, der mangler at blive besat.

En sygeplejerske med skadeerfaring, der er uddannet til visitationsopgaven vil kunne vurdere på et fuldt tilstrækkeligt niveau, hvad borgeren skal gøre vedrørende en småskade.

Det er desuden også sygeplejersker, der foretager den sundhedsfaglige visitation af 1-1-2-opkald om præhospital indsats på regionens AMK-vagtcentral. Opkaldene om mindre skader er af mindre alvorlig karakter end 1-1-2-opkaldene.

En sygeplejerske betjent visitation kan sammenkobles med lægelig backup ligesom det foregår på AMK-vagtcentralen og skadestuerne i dag, hvor sygeplejerskerne ved de få telefoniske henvendelser der overstiger sygeplejerskens kompetenceniveau kan konsultere en læge.

Visitation til skadebehandlingen på sygehusene vil reducere opgaveomfanget på sygehusene. Placering af visitationen på akutmodtagelserne vil gøre at de resurser

(primært sygeplejerskeresurser) som vil blive frigjort som følge af færre behandlinger af småskader vil kunne anvendes til visitation i stedet.

Da der er usikkerhed om effekten af læge- eller sygeplejerskevisitation med hensyn til, hvad der er bedst og billigst, så foreslås det at lade sygeplejersker med skadeerfaring forestå visitationen, da regionen har sygeplejerskerne i forvejen.

Økonomi

Læger er alt andet lige en dyrere resurse at benytte til telefonvisitation end sygeplejersker.

Beregnes udgiften i forhold til fuld tilstedeværelse af hhv. en sygeplejerske og en overlæge over en uge med fuld effektiv tid inkl. pension, så er udgiften til en sygeplejerske på trin 6 (10 års erfaring) og med lokallønstillæg svarende til 10.000 kr. (2006-niveau) i gennemsnit over en uge per time ca. 228 kr. per time inkl. pension i aktuelt krone-niveau. Der er indregnet arbejdstidsbestemte særydelser for alle ugens dage.

Lønnen til en overlæge med lokallønstillæg svarende til 25.600 kr. (2000-niveau) koster i gennemsnit over en uge per time ca. 711 kr. per time inkl. pension i aktuelt krone-niveau. Der er indregnet vagthonorarer for tilstedeværelsesvagt for alle ugens dage.

Der er lavet en beregning (bilag 1.), der giver som resultat, at visitation til skadebehandling på sygehusene foretaget af praksissektoren i Region Syddanmark vil medføre en merudgift årligt på ca. 26,9 mio. kr. til honorarer til praksissektoren. Beregningen er lavet med udgangspunkt i de 218.000 skadestuebesøg i 2011 (Forventning om 200.000 telefonopkald årligt). Tages der udgangspunkt i Region Midtjyllands beregningsforudsætninger om, hvad visitation af praksissektoren vil koste, så vil den årlige merudgift være 16 mio. kr.

Der er lavet en beregning (bilag 2), der giver som resultat, at visitation til skadebehandling på sygehusene foretaget af sygeplejersker på en eller af akutmodtagelserne i Region Syddanmark.

Modellen for beregning af nødvendigt antal sygeplejersker på en sygeplejerske betjent telefon viser, at der skal bruges ca. 25 - 30 sygeplejersker årligt til telefonen, hvis én akutmodtagelse visiterer, hvilket vil medføre en årlig merudgift på ca. 11 -13 mio. kr. Hvis flere akutmodtagelser visiterer, så kan udgiften evt. blive dyrere.

Årsagen til det kan koste mere at have en visitation på fire akutmodtagelser i forhold til en akutmodtagelse, er at det kan kræve mere bemanning, og den teknologiske løsning kan blive dyrere. Dette ville skulle undersøges i det videre arbejde.

Det forventes, at både læge- og sygeplejerskevisitation på akutmodtagelserne vil kunne reducere antallet af årlige skadebehandlinger på sygehusene og medføre en mindre reduktion i antallet af telefoniske henvendelser til praksissektoren.

Der vil derfor skulle ses på kapaciteten i skadebehandlingen i forbindelse med beslutningen om indførelse af visitation til skadebehandling på sygehusene. Alt andet lige bør indførelse af visitation reducere antallet af ydelser på skadeklinikkerne og skadestuerne, og det er derfor naturligt, at finansieringen af visitation sker ved besparelser indenfor regionens eksisterende kapacitet til behandling af småskader.

Det vil ved indførelse af visitation især være de lettere skader, som i størst grad foregår på skadeklinikker, der vil falde bort på sygehusene, pga. henvisning til selvbehandling. Regionens fem skadeklinikker/skadestuefunktion: Sønderborg, Haderslev, Tønder, Grindsted, Middelfart og Fredericia koster ca. 23,1 mio. kr. i årlig drift. Det samlede antal årlige besøg på disse klinikker er ca. 32.000, hvilket svarer til en udgift pr. besøg på ca. 727 kr.

Både læge- og sygeplejerskevisitation vil desuden medføre udgifter til IT-løsning, ledelse/administration og evt. udgifter til lokaler mv., hvis telefonvisitationen ikke kan placeres i de eksisterende lokaler på akutmodtagelserne.

Der vil være etableringsudgifter til teknologiløsning, uddannelse, informationskampagne mv.

Beregningerne er behæftet med usikkerhed, da de er baseret på forventninger om fremtidig adfærd.

Sammenfatning af fordele og ulemper

Ud fra en samlet kvalitativ og økonomisk vurdering, så vurderes det, at det er mest hensigtsmæssigt at etablere en sygeplejerskevisitation i Region Syddanmark placeret på en eller flere akutmodtagelser.

Det vurderes, at erfarne skadestuesygeplejersker der til daglig arbejder med skadebehandling vil kunne foretage visitation til småskadebehandling på sygehusene og give råd og vejledning om småskader.

Det vurderes også, at de årlige udgifter til en sygeplejerskevisitation vil være væsentligt lavere end udgifterne til en lægebetjent visitation.

Visitation til skadebehandlingen på sygehusene vil reducere omfanget af behandlinger af småskader på sygehusene. Placering af visitationen på akutmodtagelserne vil gøre, at den frigjorte arbejdskraft kan tilbydes beskæftigelse, som visitatorer.

Det vurderes, at der kan skabes sammenhængskraft mellem praksissektoren og akutmodtagelserne via fortsættelse og udbygning af de igangsatte samarbejdsaftaler.

Det foreslås, at det vurderes om der skal være en eller flere akutmodtagelser, der foretager visitation ud fra en vurdering af de fysiske rammer på akutmodtagelserne og de teknologiske muligheder for at viderestille telefoner mellem sygehusenhederne.

Evaluering

Det foreslås, at det forslag der beslattes evalueres efter en to årig periode evt. i samarbejde med Region Midtjylland, hvilket vil give mulighed for at vurdere fordele og ulemper ved læge- og sygeplejerskevisitation.

Indstilling

Det indstilles,

- At der arbejdes videre med etablering af visitation til skadebehandlingen på regionens sygehuse, i stedet for at arbejde videre med en skaderådgivningstelefon,
- At der arbejdes videre ud fra en forudsætning om, at visitationen foretages af sygeplejersker, og at visitationen foregår på en eller flere af de fire akutmodtagelser, og
- at visitation til skadebehandlingen evalueres efter to år.

Bilag 1. Skønnet udgift ved at almenlægerne og lægevagten varetager telefonvisitationen til regionens skadestuer og -klinikker

Skadestuerne og –klinikkerne på sygehusene i Region Syddanmark er uvisiterede, hvilket betyder at patienter, som kan transportere sig selv kan henvende sig direkte på skadestuerne. Praktiserende Lægers Organisation har fremsat forslag om, at alle henvendelser til skadestuer/skadeklinikker visiteres via egen læge (i dagtiden) og lægevagtens telefonvisitation.

I dette bilag er det forsøgt at udarbejde et skøn over hvor mange henvendelser de praktiserende læger vil kunne håndtere og hvor mange de vil henvise til skadestuerne. På denne baggrund er foretaget et skøn over, hvad udgiften ville blive, hvis almenlægerne overtager visitationen til skadestuerne i regionen.

Der er gjort en række forudsætninger, som er forbundet med usikkerhed, idet der ikke findes relevante opgørelser, som kan give mere præcise forventninger til, hvad almenlægerne må forventes at kunne håndtere og med hvilken indsats.

Det vurderes, at der årligt vil være ca. 200.000 henvendelser om visitation til skadestuer og -klinikker i Region Syddanmark.

Af disse henvendelser ved vi, at knap 72.000 henvendelser sker i almen praksis' almindelige åbningstid på hverdage mellem kl. 8 og 16.

De resterende ca. 128.000 henvendelser, som sker uden for lægernes åbningstid skal af hensyn til honorarberegningen opdeles på henholdsvis A-vagt og B-vagt. Fordelingen er i dette regnestykke baseret på det eksisterende henvendelsesmønster i lægevagten.

Der er nemlig forskellige takster for henholdsvis dagtid i egen praksis, i A-vagt (hverdage 16 – 22 og lørdage 8- 20) og B-vagten (nattevagt alle dage, aftenvagt lørdage samt dag- og aftenvagt på søn- og helligdage).

Dagtid.

I almenlægerne dagtid på hverdage skønnes det, at knap 72.000 patienter vil henvende sig telefonisk. Af disse henvendelser skønnes almenlægerne at kunne håndtere 10 pct. af henvendelserne alene pr. telefon, idet man må forvente, at en del henvendelser kan klares med et godt råd og evt. ved medicinordination. Hertil kommer, at nogle forventes at få en tid i lægepraksis en af de følgende dage.

Det er herudover forudsat, at 20 pct. af henvendelserne håndteres af praksis ved at patienten møder op i lægens klinik og bliver undersøgt og behandlet der.

De resterende 70 pct. forudsættes at blive henvist til skadestue/-klinik. Der er ved beregningen af antallet af henvisninger til skadestue ikke taget højde for, at enkelte patienter set i almen lægens klinik efterfølgende henvises til skadestue, hvilket vil forøge antallet af henvendelser til skadestuerne.

Der er endelig forudsat, at udlændinge og danske statsborgere på ophold uden for egen læges område kontakter en lokal lægeklinik.

Beregning af udgifter til almenlægelig visitation hverdage i dagtid til skadestuer og -klinikker i RSD.

Tidspunkt kode	Ydelse	Antal	Pris	Udgift
Dagtid	0201 Telefonkonsultation, alene 10 pct.	7.184	25,83	185.574
	0101 Konsultation, 20 pct. af henvendelser	14.369	131,93	1.895.689
	Tillægsydelser i 2/3 af kons.	9.579	200,00	1.915.851
	Laboratorydelser i 1/3 af kons.	4.789	50,00	239.458
	0201 Telefonkonsultation, 70 pct.	50.291	25,83	1.299.020
	Skadestue eller -klinik, 70 pct.	50.291		
	Sum			5.535.592

Udgiften til at visitere de ca. 72.000 henvendelser i dagtiden kan således skønnes til ca. 5,5 mio. kr. Og de ca. 72.000 årlige skadestuebesøg anslås reduceret til ca. 50.000.

Vagttid.

I vagttiden sker henvendelserne pr. telefon til lægevagten's telefonnummer.

Ved fordeling imellem A- og B-vagt er anvendt den fra lægevagten kendte fordelingsnøgle, hvilket giver 64.924 i A-vagt og 63.231 B-vagten.

I **A-vagten** forudsættes det endvidere, at 10 pct. af henvendelserne alene håndteres i telefonen og at 90 pct. ses af læge i lægevagten eller i skadestue, svarende til 58.432 patienter.

Af disse 58.432 henvendelser forudsættes 25 pct. håndteret i lægevagtskonsultation, 5 pct. at modtage besøg og de resterende 70 pct. henvises til skadestue eller -klinik.

**Beregning af udgifter til almenlægelig visitation i A-vagten til skadestuer og
-klinikker i RSD.**

Tidspunkt kode	Ydelse	Andel	Antal	Pris	Udgift
A-vagt	I alt henvendelser	1	64.924		9.863.815
	Tlf. konsultation uden besøg/kons/henv.	0,1	6.492	89,62	581.850
	Antal set i klinik eller skadestue i alt	0,9	58.432		
	Tlf. kons. med besøg/kons, 30 pct. af 58.432		17.530	38,75	679.269
	Konsultation, 25 pct. af 58.432		14.608	182,97	2.672.813
	Tillægsydelse til 1/3 af konsultationer		4.869	150,00	730.396
	Besøg, 5 pct. af 58.432		2.922	525,00	1.533.832
	Tlf. konsultation med henvisning til skadestue			40.902	89,62
	<i>Skadestue eller -klinik, 70 pct. af 64.624:</i>		40.902		

I **B-vagten** forudsættes 63.231 henvendelser om året. Heraf forudsættes endvidere, at 10 pct. af henvendelserne alene håndteres pr. telefon og at 90 pct. ses af læge, svarende til 56.908 patienter.

Af disse 56.908 henvendelser forudsættes de 20 pct. håndteret i lægevagtskonsultation, 5 pct. at modtage besøg og de resterende 75 pct. henvises til skadestue eller -klinik.

**Beregning af udgifter til almenlægelig visitation i B-vagten til skadestuer og
-klinikker i RSD.**

Tidspunkt kode	Ydelse	Andel	Antal	Pris	Udgift
B-vagt	I alt henvendelser	1	63.231		11.504.798
	Tlf. konsultation uden besøg/kons/henv.	0,1	6.323	113,22	715.906
	Antal set i klinik eller skadestue i alt	0,9	56.908		
	Tlf. kons. med besøg/kons, 25 pct. af 56.908		14.227	47,94	682.045
	Konsultation, 20 pct. af 56.908		11.382	227,17	2.585.569
	Tillægsydelse til 1/3 af konsultationer		3.794	150	569.082
	Besøg, 5 pct. af 56.908		2.845	745	2.119.832
	Tlf. konsultation med henvisning til skadestue			42.681	113,22
	<i>Skadestue eller -klinik, 75 pct. af 63.231</i>		42.681		

Forskellen i andelen af patienter, der kan behandles i lægens klinik og i lægevagtskonsultation bygger på en vurdering af, at lægerne i egen klinik (specielt på landet) har bedre udstyr og behandlingsmuligheder end i de mere sparsomt udstyrede lægevagtskonsultationer.

Samlet set giver denne beregning en merudgift i Region Syddanmark på 26,9 mio. kr. (5,5 + 9,9 + 11,5). Antallet af skadestuebesøg forudsættes reduceret fra ca. 200.000 til ca. 134.000 eller med ca. 66.000 skadestuebesøg svarende til ca. 33 pct.

Region Midtjylland har foretaget en beregning over, hvad indførelse af skadevisitation foretaget af praksissektoren i Region Midtjylland vil koste. Det vil koste ca. 16. mio. kr. overført til Region Syddanmarks patienttal. Region Midtjyllands beregning bygger på nogle andre forudsætninger end Region Syddanmarks beregning.

De væsentligste forskelle, der gør Region Syddanmark kommer frem til en større udgift, er følgende:

- Region Midtjylland forudsætter (men har ikke aftalt med lægerne), at honoraret for telefonvisitationer til skadestue af vagtlægerne afregnes som telefonkonsultation med besøg/konsultation. Region Syddanmark har forudsat, at vagtlægerne som hidtil afregnes for en telefonkonsultation uden besøg/konsultation, når ambulance rekvireres eller patienten skal henvises til akut sygehusbehandling. Denne forskel betyder 4 - 5 mio. kr.
- Region Syddanmark har forudsat, at en lille andel (4-5 pct.) af henvendelserne vil blive håndteret ved besøg i hjemmet af vagtlæge. Region Midtjylland forudsætter, at der ikke vil blive tale om aflæggelse af besøg i hjemmene. Denne forskel betyder 3 – 4 mio. kr.
- Region Midtjylland regner med 25 % af opkaldene i praksistiden og 30 % af opkaldene udenfor praksistiden kan klares ved telefonkonsultation alene. Region Syddanmark regner med 10 %. Denne forskel betyder ca. 2 mio. kr.
- Region Midtjylland regner med, at 15 % af telefonopkaldene i dagtiden, der ikke hurtigt nok bliver besvaret i praksissektoren, går videre til en visitation på en akutmodtagelse (der ikke er prissat). Denne forskel betyder ca. 0,8 mio. kr.

Bilag 2. Skønnet udgift ved at sygeplejersker på en eller flere akutmodtagelser varetager telefonvisitationen til regionens skadestuer og -klinikker

Estimeret bemandingsbehov for en sygeplejerske bemandet visitation til skadebehandling på sygehusene hvis ventetiden ikke må overstige 2 min. for 80 % vedkommende 3 min. for 85 % vedkommende er et behov på 25 - 30 sygeplejersker årligt til at løse opgaven, hvis én akutmodtagelse tager sig af opgaven. Hvis flere akutmodtagelser visiterer, kan det blive dyrere. Beregningen er foretaget pba. af en bemandingsmodel for antal personer til telefonbetjening, som også har været benyttet ved udregningen af bemanningen på AMK-vagtcentralen.

Medarbejderne på skaderådgivningstelefonen forventes at have en gennemsnitsløn på ca. 420.000 kr. og øvrige årlige faste og øvrige variable udgifter på ca. 15.000 kr. Den årlige udgift til løn og personaleafhængige variable udgifter vil være ca. 11,0 mio. kr., hvis een akutmodtagelse visiterer.

Der til kommer udgifter til IT-løsning, ledelse/administration og evt. udgifter til lokaler, hvis telefonvisitationen ikke kan placeres i de eksisterende lokaler på akutmodtagelserne.

Der vil ved både læge- og sygeplejerskevisitation være etableringsudgifter til teknologiløsning og en informationskampagne.

Oversigt 2.A. Estimeret bemandingsbehov hvis ventetid ikke må overstige 2 min for 80 % vedkommende 3 min for 85 % vedkommende og 5 min for 90 % vedkommende

Klokkeslæt	Antal opkald pr. time	Antal disponenter
24-07	7,07	1,50 – 2,0
08 - 21	32,82	5,00
22-23	15,99	3,00

I oversigt 2.A. ses bemandingsbehov på forskellige tider af døgnet. Hvis visitationen foretages fra een akutmodtagelse vil det koste ca. 11,0 – 13,0 mio. kr. i årlig udgift til løn og personaleafhængige variable udgifter og dyrere, hvis flere akutmodtagelser visiterer.

Oversigt 2.B. Opkald fordelt ud fra
befolkningsunderlag

	Optageområde for akutsygehuse	%-vis andel	548 opkald dagligt fordelt	personalefordelt v. 200.000 opkald
SVS	220000	18,64%	102,17	4,72
SHS	230000	19,49%	106,81	4,93
SLB	300000	25,42%	139,32	6,43
OUH	430000	36,44%	199,69	9,22
	1180000	100,00%	548,00	25,29

I oversigt 2.B. ses, hvordan bemandingsbehovet opgavemæssigt fordelt på optageområder, hvis visitationen foregår fra en akutmodtagelse.