

# Praksisplan

Praktiserende speciallæger

Udkast

Oktober 2009.

## Indholdsfortegnelse

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Indledning .....                                                                           | 3  |
| 1.1 Praksisplanens udarbejdelse .....                                                         | 3  |
| 1.2 Praksisplanens opbygning .....                                                            | 4  |
| 2. Lidt om speciallægepraksis .....                                                           | 5  |
| 2.1 Generelt .....                                                                            | 5  |
| 2.2 Kapacitetsplanlægning. ....                                                               | 6  |
| 2.3 Mindsteomsætning og knækgrænser .....                                                     | 7  |
| 3. Demografiske udfordringer i befolkningen .....                                             | 9  |
| 3.1 Befolkningstal hele regionen .....                                                        | 9  |
| 3.2 Befolkningstal fordelt på kommuner .....                                                  | 11 |
| 4. Kapacitet, aktivitet og økonomi for speciallægepraksis i Region Midtjylland                | 13 |
| 4.1 Geografisk fordeling af speciallægepraksis i Region Midtjylland. ....                     | 13 |
| 4.2 Økonomi i forbindelse med speciallægepraksis .....                                        | 15 |
| 5. Visioner og mål for udviklingen af speciallægepraksis i Region Midtjylland.                | 17 |
| 5.1 Visioner og overordnede målsætninger for speciallægepraksis i Region<br>Midtjylland ..... | 17 |
| 5.2 Speciallægepraksis i et integreret sundhedsvæsen .....                                    | 19 |
| 5.3 Uddannelsesmæssige og økonomiske overvejelser i forbindelse med<br>opgaveflytning .....   | 20 |
| 5.4 Forskellige roller for speciallægepraksis i de enkelte specialer .....                    | 21 |
| 5.5 Knækgrænser .....                                                                         | 23 |
| 5.6 Adgangskrav .....                                                                         | 24 |
| 5.7 Kvalitetssikring i speciallægepraksis .....                                               | 25 |
| 5.8 Direkte visitation fra hospital til speciallægepraksis .....                              | 26 |
| 6. anbefalinger. ....                                                                         | 28 |
| 6.1 Overordnede anbefalinger .....                                                            | 28 |
| 6.2 Anbefalinger på baggrund af delpraksisplanerne .....                                      | 29 |
| 7. Bilag: Delpraksisplaner .....                                                              | 2  |
| 7.1 Øjenlæger (oftalmologi) .....                                                             | 2  |
| 7.2 Øre næse hals (oto-rhino-laryngologi) .....                                               | 8  |
| 7.3 Dermatologi .....                                                                         | 15 |
| 7.4 Gynækologi .....                                                                          | 23 |
| 7.5 Reumatologi .....                                                                         | 28 |
| 7.6 Kardiologi .....                                                                          | 34 |
| 7.7 Lungemedicin .....                                                                        | 39 |
| 7.8 Kirurgi .....                                                                             | 47 |
| 7.9 Neurologi .....                                                                           | 53 |
| 7.10 Ortopædkirurgi .....                                                                     | 60 |
| 7.11 Pædiatri .....                                                                           | 65 |
| 7.12 Psykiatri .....                                                                          | 73 |
| 7.13 Børne – og ungdomspsykiatri .....                                                        | 78 |
| 7.14 Plastikkirurgi .....                                                                     | 83 |
| 7.15 Patologi .....                                                                           | 86 |
| 7.16 Anæstesiologi .....                                                                      | 90 |
| 7.17 Diagnostisk radiologi .....                                                              | 95 |

## **1. Indledning**

Ifølge Landsoverenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) skal der i regionerne udarbejdes en praksisplan for speciallægepraksis.

Den foreliggende praksisplan er den første speciallægepraksisplan for Region Midtjylland. Planen er således udarbejdet i lyset af strukturreformens udfordringer, hvor forskellige kulturer og traditioner er blevet samlet i en ny organisatorisk struktur. Samtidig er det en praksisplan, som er udarbejdet i en periode præget af forandring.

Dertil kommer, at Danske Regioner har igangsat en debat om speciallægepraksis' rolle og udvikling, som også i nogen grad har påvirket denne praksisplan.

Jf. afsnit 3.2 nedenfor, har regionen ansvar for - og kompetence i forhold til - udarbejdelse af en praksisplan, der skal sikre, at

- der foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren – med udgangspunkt i det enkelte speciale
- der dannes grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og fremmer udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- der ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikres koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis.

Inden godkendelse af praksisplanen skal den forelægges samarbejdsudvalget med henblik på bemærkninger.

### **1.1 Praksisplanens udarbejdelse**

Samarbejdsudvalget vedtog på sit møde den 29. november 2006 et kommissorium for det videre arbejde med udarbejdelse af praksisplanen.

I henhold til dette kommissorium skal planen indeholde forslag til en styrkelse af primærsektoren med henblik på at øge muligheden for at flytte opgaver fra hospitalernes ambulatorier til speciallægepraksis.

Parterne er enige om, at det kan være ønskeligt at løse flere opgaver i primærsektoren. Opgaveflytningen til praksisområdet skal være begrundet i, at de konkrete sundhedsydelser kan produceres billigere eller til samme pris med mindst samme

kvalitet og gerne tættere på borgeren, end ydelserne i dag produceres – eller i fremtiden vil blive produceret - på offentlige eller private hospitaler.

Med henblik på at aflaste hospitalerne og sikre, at sundhedsydelserne produceres så omkostningseffektivt som muligt, er parterne enige om at diskutere alle barrierer for opgaveflytning såsom knækgrænser, antal ydernumre og andre foranstaltninger, der kan sikre kapaciteten (seniorordninger, delepraksis, assisterende speciallæger mv.).

I forbindelse med udarbejdelse af delpraksisplaner for de enkelte specialer, har der været nedsat specialespecifikke arbejdsgrupper. Disse arbejdsgrupper har typisk bestået af en cheflæge som formand, 2 deltagere der repræsenterede overlægerne og 2 som repræsenterede de praktiserende speciallæger. Herudover deltog Region Midtjylland med repræsentanter i og var sekretariat for arbejdsgrupperne.

## **1.2 Praksisplanens opbygning**

I afsnit 2 er hovedelementer i overenskomstens bestemmelser om tilrettelæggelse af speciallægepraksis kort gennemgået, herunder bestemmelserne om praksisplanlægning og knækgrænser.

I afsnit 3 er de demografiske udfordringer, som den ambulante speciallægekapacitet i regionen står over for, vurderet, efterfulgt af en overordnet beskrivelse i afsnit 4 af kapacitet og økonomi i de eksisterende speciallægepraksis i regionen.

I afsnit 5 er Region Midtjyllands overordnede visioner og målsætninger for udviklingen af speciallægepraksis præsenteret. Målsætningerne omfatter bl.a. en øget koordinering og integrering af speciallægepraksis i regionens samlede sundhedsvæsen, overvejelser om speciallægepraksis' forskellige sundhedsmæssige "roller" i forskellige specialer, uddannelses- og økonomiske problemstillinger i forbindelse med opgaveflytning, samt overvejelser om knækgrænser, effektivitets- og produktivitetskrav og kvalitetssikring.

På baggrund heraf, samt de efterfølgende gennemgange af de enkelte specialer i afsnit 7, er der i afsnit 6 opstillet en række anbefalinger til den kommende udvikling af speciallægepraksis i regionen.

Delpraksisplanerne i afsnit 7 er i hovedtrækkene bygget over samme skabelon, men der er dog en række forskelle, idet de enkelte arbejdsgrupper har haft differentierede ønsker til formen samtidigt med, at der er tale om meget forskellige specialer med uensartede vilkår, volumen og rolle i Region Midtjyllands sundhedstilbud til borgerne.

## 2. Lidt om speciallægepraksis

### 2.1 Generelt

Praktiserende speciallæger, der har tiltrådt overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) er underlagt overenskomstens vilkår.

For at speciallægerne kan tage patienter i behandling og blive honoreret for det, skal patienterne være henvist af en alment praktiserende læge. Til undersøgelse og behandling hos praktiserende øjenlæger og ørelæger kræves dog ikke henvisning.

Speciallægerne honoreres pr. ydelse. Der er 3 hovedtyper af ydelser: Kontaktydelser, undersøgelsesydelser og behandlingsydelser. I almindelighed kan speciallægerne honoreres for alle de ydelser, der er opregnet i overenskomsten. For visse ydelser kræves det dog, at visse forudsætninger er opfyldt.

Speciallægepraksis kan drives i fire former: **Fuldtidspraksis**, **deltidspraksis**, **overlægepraksis** (3 timers praksis) og **delepraksis**. Endelig er der mulighed for, at speciallægerne efter særlig tilladelse kan ansætte **assisterende speciallæger**.

- **Fuldtidspraktiserende speciallæger** skal have praksisdrift som hovedbeskæftigelse, og de skal levere en mængde af og en bredde i antallet af ydelser, der sikrer optimal speciallægebetjening og forhindrer en uhensigtsmæssig subspecialisering og sikrer, at speciallægen lever op til normal praksisomsætning.
- **Deltidspraksis** er defineret ved maksimal årlig omsætning. For visse specialer er omsætningsloftet 852.000 kr. om året, for de resterende specialer er omsætningsloftet 715.000 kr. årligt.
- **Overlægepraksis** (eller 3-timers praksis) er defineret ved dels en maksimal årlig omsætning på 206.000 kr., dels at der er tale om overlæger, der driver praksis maksimalt 3 timer om ugen på det hospital, hvor de er ansat.
- **Delepraksis** er fuldtidspraksis, der drives af 2 eller flere speciallæger i kompagniskab. Det forudsættes, at mindst én af speciallægerne ikke har fuldtidsbeskæftigelse ved siden af.
- **Assisterende speciallæger**. Efter ansøgning til samarbejdsudvalget mellem regionen og de praktiserende speciallæger kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte en eller flere assisterende speciallæger. Det er et krav, at principallægen udfører mindst 50 % af ydelserne i den pågældende praksis.

## 2.2 Kapacitetsplanlægning.

I henhold til overenskomsten udarbejdes praksisplanen af regionen med henblik på at sikre samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen, jf. overenskomstens § 13, hvori det blandt andet er anført:

*"Med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren foretager regionen, med udgangspunkt i de enkelte specialer, en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.*

*Praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Praksisplanen behandles i henhold til § 206 i sundhedsloven en gang i hver kommunal valgperiode.*

*Praksisplanlægningen skal ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.*

*Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang.*

*(...)*

*Samarbejdsudvalget forelægges regionens udkast til praksisplan og kan meddele regionen bemærkninger hertil. De lægelige medlemmer af samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan."*

Regionen træffer således den endelige beslutning om, hvor og hvor mange speciallægepraksis og med hvilke praksisformer der skal være, dog gives tilladelse til delepraksis af samarbejdsudvalget.

Regionen kan på baggrund af praksisplanen beslutte at oprette, flytte eller reducere antallet af speciallægepraksis.

- Oprettelse af nye speciallægepraksis i regionen sker efter overenskomstens § 23 om tiltrædelse af overenskomsten.
- Reduktion af antallet af praksis kan ske ved en speciallæges naturlige afgang eller efter nærmere aftale mellem regionen og speciallægen, jf. overenskomstens §18. Såfremt en praksis ophører ved naturlig afgang, uden at den kan sælges inden for en periode på 12 måneder, kan regionen vælge at nedlægge praksis. Hvis regionen beslutter at nedlægge en etableret praksis, skal regionen imidlertid i henhold til overenskomstens §18 yde speciallægen en godtgørelse for det tab, der påføres

ved, at praksis ikke kan videreføres eller overdrages efter overenskomstens regler. Godtgørelsen er fastsat til 90 % af gennemsnittet af udbetalingen fra regionen i de seneste 3 regnskabsår. Overlægepraksis nedlægges dog uden kompensation ved overlægens ophør.

- Flytning af praksis kan i henhold til overenskomstens §20 ske ved at regionen anmoder speciallægen om flytning af praksis. Dette forudsætter imidlertid, at der indgås aftale herom mellem regionen og speciallægen. Derudover kan flytning ske ved, speciallægen anmoder regionen om flytning, hvilket skal godkendes med mindre det vurderes at ændre væsentligt på praksisforholdene i regionen eller er i modstrid med en vedtaget praksisplan.

### **2.3 Mindestomsætning og knækgrænser**

Det er i overenskomsten for speciallægepraksis forudsat, at fuldtidspraktiserende speciallæger har deres fuldtidsbeskæftigelse i praksis. Derfor er der i overenskomsten fastsat mindestomsætningsgrænser, som svarer til 50% af gennemsnitsomsætningen for fuldtidspraksis i det pågældende speciale i 2006, jf. nedenstående tabel.

Derudover er der inden for de enkelte specialer fastsat såkaldte knækgrænser. De indebærer, at når omsætningen i en speciallægepraksis i løbet af et år overstiger en bestemt grænse, sker der et honorarfradrag på 40 % af den resterende omsætning.

Knækgrænserne i de enkelte specialer for 2009 fremgår af nedenstående tabel 2.1.

**Tabel 2.1 Specialespecifikke mindsteomsætnings- og knækgrænser (i 2007-prisniveau)**

| Speciale                    | Nedre omsætningsgrænse (kr.) | Knækgrænse gældende fra 2009 (kr.) |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Anæstesiologi               | 886.343                      | 3.621.266                          |
| Dermato-venerologi          | 1.785.400                    | 4.108.414                          |
| Reumatologi (Fysiurgi)      | 839.016                      | 2.770.481                          |
| Gynækologi og obstetrik     | 1.202.669                    | 3.641.372                          |
| Intern medicin              | 1.557.974                    | 3.383.203                          |
| Kirurgi                     | 2.091.258                    | 4.179.836                          |
| Klinisk biokemi             | 804.535                      | 2.584.280                          |
| Neurologi                   | 804.535                      | 2.584.280                          |
| Øjenlægehjælp (Oftalmologi) | 1.430.910                    | 3.511.566                          |
| Ortopædisk kirurgi          | 1.861.116                    | 4.267.796                          |
| Ørelægehjælp (Otologi)      | 1.479.755                    | 3.817.916                          |
| Plastikkirurgi              | 1.048.278                    | 3.399.116                          |
| Psykiatri                   | 804.535                      | 2.783.585                          |
| Pædiatri                    | 892.670                      | 3.316.052                          |
| Børne- og ungdomspsykiatri  | 804.535                      | 2.584.280                          |

Der er ikke fastsat mindsteomsætning eller knækgrænser for specialerne diagnostisk radiologi og patologisk anatomi.

Knækgrænserne har i en del år været suspenderet i tidligere Ringkøbing Amt for øjenlæger, ørelæger, hudlæger og anæstesiologer. I tidligere Viborg Amt er der ingen honorarreduktion for øjen- og ørelæger og ½ reduktion (20 %) for øvrige specialer. I den øvrige region er knækgrænserne gældende i henhold til overenskomstens bestemmelser.

Begrundelsen for at suspendere knækgrænserne har typisk været rekrutteringsmæssige problemstillinger samt forbedrede muligheder for at sikre den ønskede kapacitet i et område.



### 3. Demografiske udfordringer i befolkningen

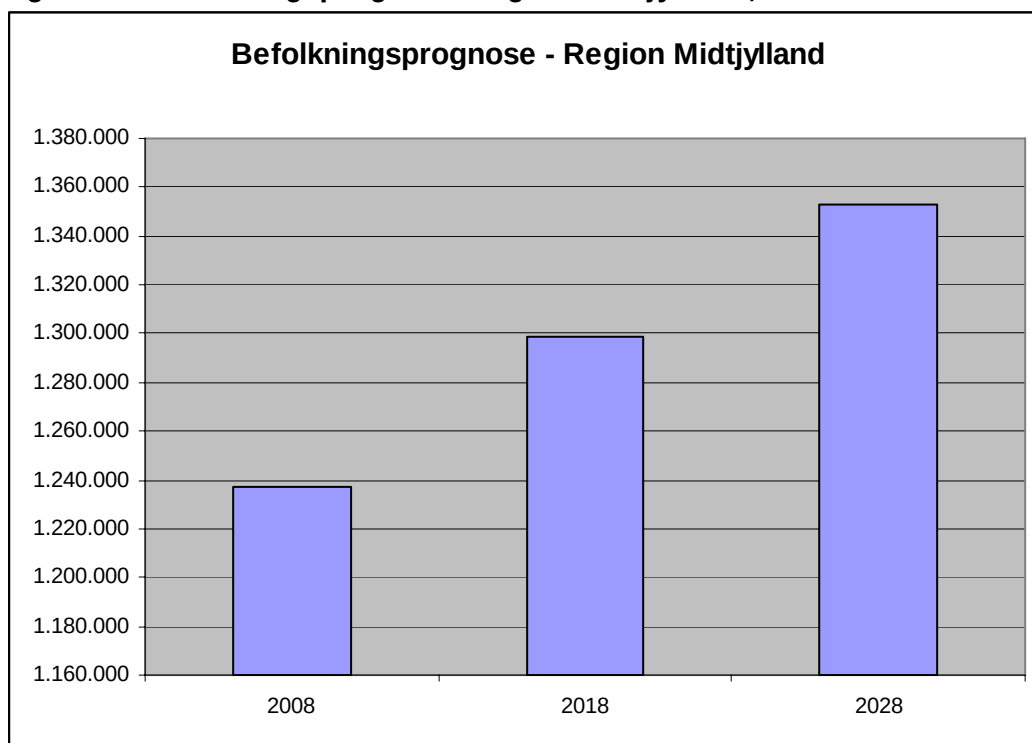
#### 3.1 Befolkningstal hele regionen

I dette kapitel vil der blive givet en generel overordnet beskrivelse af demografien i Region Midtjylland. I de specialespecifikke afsnit i praksisplanen, vil der kort blive redegjort for, hvilke konsekvenser den forventede befolkningsudvikling vil få for de enkelte specialer. Alle de demografiske opgørelser og fremskrivninger er hentet fra Danmarks Statistik.

Som det fremgår af figur 3.1 vil befolkningstallet i Region Midtjylland stige fra 1.238.042 i 2008 til 1.298.861 i 2018 og til 1.353.138 i 2028.

Det vil sige at det samlede befolkningstal forventes at stige med ca. 5 % (61.819 indbyggere) frem til 2018 og med 9,4 % (116.096 indbyggere) frem til 2028.

**Figur 3.1 Befolkningsprognose Region Midtjylland, 2008-2028.**



Befolkningstilvæksten er kendetegnende ved, at det – som i resten af landet – primært er blandt de ældre befolkningsantallet stiger.

I tabel 3.1 og figur 3.2 ses, at der bliver færre borgere mellem 0 og 19 år i løbet af de næste 10 år, idet denne aldersgruppe falder med 2 % frem til 2018 for så at stige til 2008-niveauet i 2028.

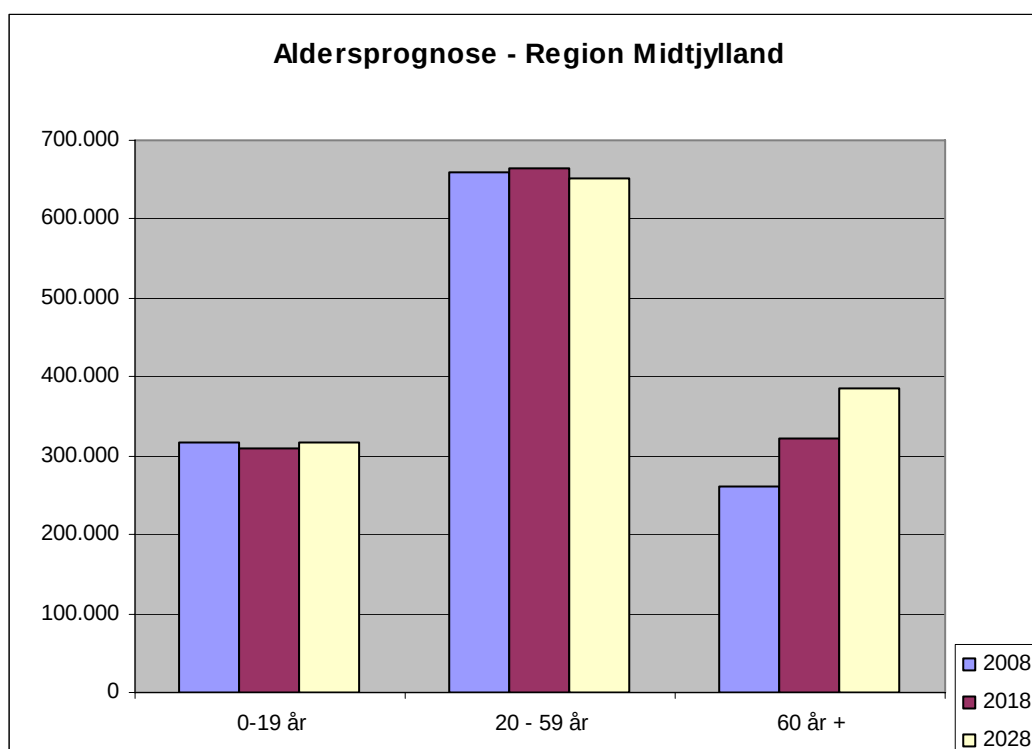
Der kan forventes en mindre stigning på 1 % af de 20 – 59 årige frem til 2018, hvorefter denne befolkningsandel falder med 1,2 % i forhold til 2008-niveauet.

Den store stigning skal som nævnt findes blandt borgerne over 60 år. Antallet af ældre stiger med 61,570 svarende til en tilvækst på 23,5 % frem til 2018 og med 124.459 svarende i 2028, hvilket er en stigning på 47,6 % i forhold til 2008.

**Tabel 3.1 Befolkningsudvikling i Region Midtjylland, 2008-2028, fordelt på aldersgrupper.**

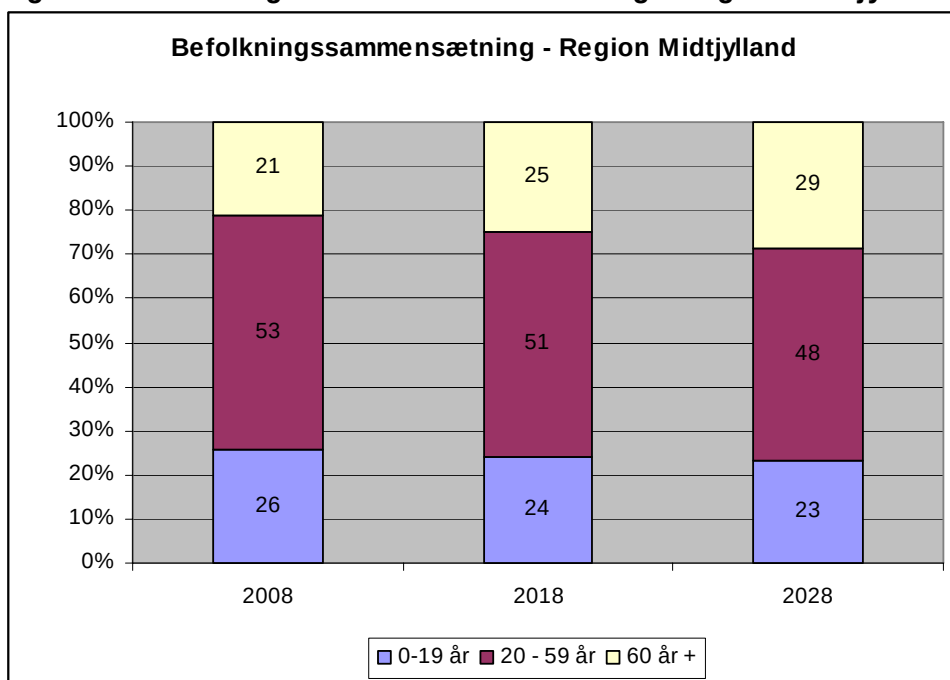
|               | 2008      | 2018      |           | 2028      |           |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|               | Antal     | Antal     | Vækst i % | Antal     | Vækst i % |
| 0-19 årige    | 316.517   | 310.149   | -2,0      | 316.380   | 0,0       |
| 20 - 59 årige | 659.062   | 665.679   | 1,0       | 650.836,0 | -1,2      |
| 60 årige +    | 261.463   | 323.033   | 23,5      | 385.922   | 47,6      |
| I alt         | 1.238.042 | 1.298.861 | 5,0       | 1.353.138 | 9,4       |

**Figur 3.2 Prognose for udvikling i aldersfordeling i Region Midtjylland, 2008-2028.**



Af figur 3.3 ses, at de ældre over 60 år bliver en væsentlig procentvis større del af den samlede befolkning end tilfældet er i dag, hvor de udgør 21 %.

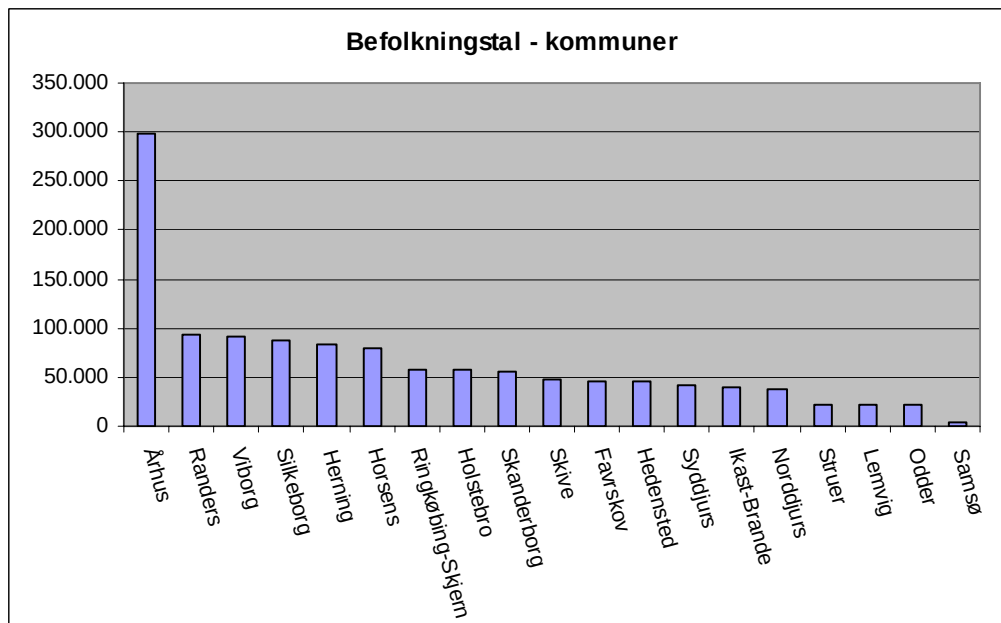
**Figur 3.3 Udvikling i alderssammensætning i Region Midtjylland, 2008-2028.**



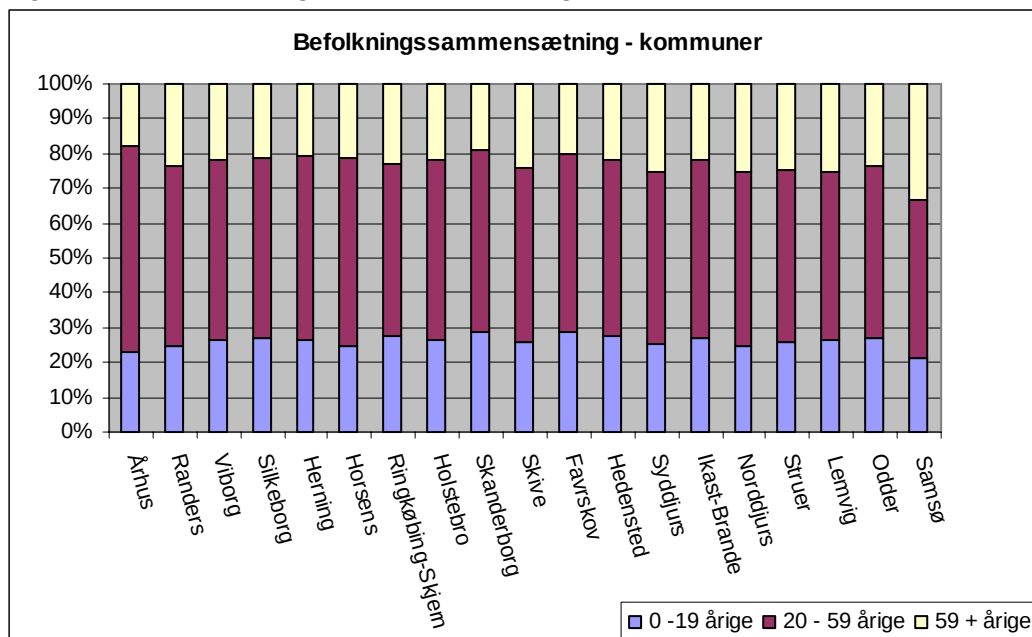
### 3.2 Befolkningstal fordelt på kommuner

Af figur 3.4 ses de enkelte kommuners indbyggertal og figur 3.5 viser befolkningssammensætningen inden for kommunerne.

**Figur 3.4 Befolkningstal i kommunerne i Region Midtjylland.**



**Figur 3.5. Befolkningssammensætningen i kommunerne.**

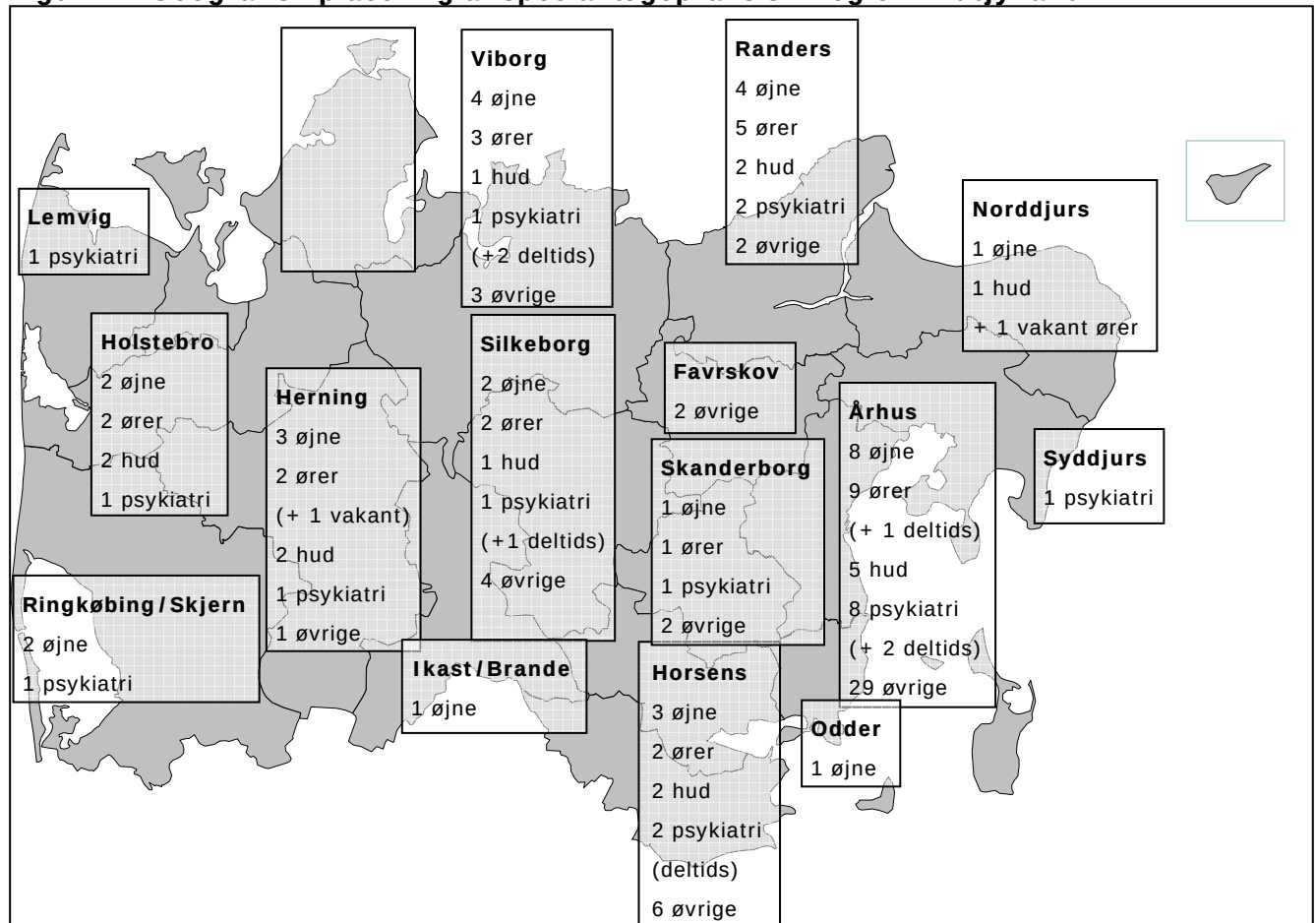


## 4. Kapacitet, aktivitet og økonomi for speciallægepraksis i Region Midtjylland

### 4.1 Geografisk fordeling af speciallægepraksis i Region Midtjylland.

Figur 4.1 viser den geografiske placering af speciallægepraksis i Region Midtjylland fordelt på kommuner.

**Figur 4.1 Geografisk placering af speciallægepraksis i Region Midtjylland.**



"Øvrige" speciallæger fordeler sig på specialer som følger:

- Århus: 2 Reumatologer, 2 ortopædkirurger, 2 fuld- og 2 deltidskirurger, 2 børnelæger, 2 børne- og ungdomspsykiatere, 2 neurologer, 1 fuld- og 3 deltidslungemedicinere, 2 kardiologer, 3 gynækologer, 1 fuld og 3 deltidspplastikkirurger, 1 billeddiagnostiker, 1 patolog
- Randers: 1 Børnelæge, 1 gynækolog
- Viborg: 1 Kirurg, 1 neurolog, 1 gynækolog
- Silkeborg: 1 Lungemedicinere, 2 gynækologer, 1 børnelæge
- Herning: 1 Ortopædkirurg
- Horsens: 2 Børnelæger, 1 børne- og ungdomspsykiater, 1 neurolog, 1 kirurg, 1 gynækolog

Skanderborg: 1 Reumatolog, 1 neurolog  
 Skive: 1 Gynækolog  
 Favrskov: 1 fuld- og 1 deltids neurologer

Der har indtil efteråret 2008 været en ørelægepraksis i Grenaa. Denne har ikke kunnet sælges videre, men er under opslag i efteråret 2009.

Tabel 4.1 viser i hvor høj grad borgerne fra de enkelte kommuner har benyttet sig af de praktiserende speciallæger i 2008. Opgørelsen er baseret på, hvor mange 1. konsultationer de praktiserende speciallæger har foretaget i 2008. Dette giver en god indikation for, hvor ofte borgerne benytter speciallægepraksis, idet speciallægen registrerer en "1. konsultation" første gang patienten henvender sig med et givent problem. Tabellen viser antal 1. konsultationer pr. 1.000 borger for de 5 største praksisspecialer.

**Tabel 4.1. Antal 1.gangskonsultationer i 2008 fordelt på bopælskommuner.**

| Kommune                  | Dermatologi          |                            | Gynækologi           |                            | Øjenlæge             |                            | Ørelæge              |                            | Psykiatri            |                            |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
|                          | antal<br>1.<br>kons. | 1.kons./<br>1.000<br>indb. | antal<br>1.<br>kons. | 1.kons./<br>1.000<br>indb. | antal<br>1.<br>kons. | 1.kons./<br>1.000<br>indb. | antal<br>1.<br>kons. | 1.kons./<br>1.000<br>indb. | antal<br>1.<br>kons. | 1.kons./<br>1.000<br>indb. |
| <b>Hele regionen</b>     | 54.780               | 44                         | 18.767               | 14                         | 141.338              | 114                        | 110.951              | 90                         | 3.795                | 3                          |
| <b>Favrskov</b>          | 1.913                | 42                         | 700                  | 15                         | 4.492                | 99                         | 4.733                | 104                        | 92                   | 2                          |
| <b>Hedensted</b>         | 1.272                | 28                         | 341                  | 7                          | 2.737                | 60                         | 1.325                | 29                         | 46                   | 1                          |
| <b>Herning</b>           | 3.730                | 44                         | 542                  | 6                          | 11.696               | 139                        | 6.300                | 75                         | 230                  | 3                          |
| <b>Holstebro</b>         | 2.440                | 43                         | 532                  | 9                          | 6.402                | 112                        | 4.324                | 76                         | 236                  | 4                          |
| <b>Horsens</b>           | 4.584                | 57                         | 1.213                | 15                         | 10.250               | 128                        | 6.044                | 75                         | 110                  | 1                          |
| <b>Ikast-Brande</b>      | 1.455                | 36                         | 565                  | 14                         | 4.460                | 112                        | 2.280                | 57                         | 99                   | 2                          |
| <b>Lemvig</b>            | 670                  | 30                         | 104                  | 5                          | 2.389                | 108                        | 1.230                | 56                         | 74                   | 3                          |
| <b>Norddjurs</b>         | 1.842                | 48                         | 247                  | 6                          | 4.969                | 129                        | 3.908                | 101                        | 124                  | 3                          |
| <b>Odder</b>             | 591                  | 27                         | 152                  | 7                          | 3.160                | 147                        | 1.454                | 67                         | 30                   | 1                          |
| <b>Randers</b>           | 5.096                | 54                         | 936                  | 10                         | 14.426               | 154                        | 14.234               | 152                        | 130                  | 1                          |
| <b>Ringkøbing-Skjern</b> | 2.004                | 34                         | 150                  | 3                          | 8.651                | 131                        | 3.025                | 52                         | 241                  | 4                          |
| <b>Samsø</b>             | 65                   | 16                         | 13                   | 3                          | 127                  | 31                         | 151                  | 37                         | 5                    | 1                          |
| <b>Silkeborg</b>         | 3.724                | 43                         | 2.536                | 29                         | 9.913                | 113                        | 8.561                | 98                         | 275                  | 3                          |
| <b>Skanderborg</b>       | 2.332                | 42                         | 723                  | 13                         | 6.219                | 111                        | 5.253                | 94                         | 163                  | 3                          |
| <b>Skive</b>             | 2.242                | 46                         | 1.018                | 21                         | 5.122                | 106                        | 3.933                | 81                         | 171                  | 4                          |
| <b>Struer</b>            | 782                  | 34                         | 162                  | 7                          | 2.328                | 103                        | 1.589                | 70                         | 97                   | 4                          |
| <b>Syddjurs</b>          | 2.143                | 52                         | 545                  | 13                         | 4.473                | 108                        | 3.434                | 83                         | 147                  | 4                          |
| <b>Viborg</b>            | 4.185                | 45                         | 2.399                | 26                         | 12.864               | 140                        | 10.997               | 119                        | 403                  | 4                          |
| <b>Århus</b>             | 13.671               | 46                         | 4.880                | 16                         | 28.483               | 92                         | 28.083               | 94                         | 1.122                | 4                          |

## 4.2 Økonomi i forbindelse med speciallægepraksis

I dette afsnit vil der kort blive redegjort for, hvordan udgifterne til speciallægepraksis har udviklet sig fra 2007 til 2008. Tallene er opgjort efter fradrag som følge af knækgrænsen.

**Tabel. 4.2 Samlede udgifter til speciallægepraksis i Region Midtjylland i 2007 og 2008 (årets priser).**

| (Beløb i årets priser, kr.)                      | Regnskab 2007 | Regnskab 2008 |
|--------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Øre-/næse-/halslæger                             | 101.431.378   | 112.334.121   |
| Øjenlæger                                        | 105.651.176   | 124.155.475   |
| Øvrige speciallæger                              | 223.745.961   | 248.168.499   |
| Fondsbetalinger <sup>1)</sup> m.m. <sup>2)</sup> | 9.826.298     | 11.668.826    |
| I alt                                            | 440.654.813   | 495.325.921   |

<sup>1)</sup> Fondsbetalinger er henholdsvis sygefonden og fonden til faglig udvikling.

<sup>2)</sup> "m.m." dækker bl.a. betaling af masker mv. i forbindelse med § 3-aftale om behandling af søvnnapnø, leasingaftaler, laboratorieanalyser og IT-pulje på FAS-området. Der er i 2007 reduceret med ca. 282.000 kr. vedrørende 2006-betaling.

**Tabel. 4.3. Samlede udgifter til øvrig Primær Sundhed<sup>1)</sup> i Region Midtjylland i 2007 og 2008 (årets priser).**

| (Beløb i årets priser, kr.)                     | Regnskab 2007 | Regnskab 2008 |
|-------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Øvrig Primær Sundhed <sup>1) 2)</sup>           | 2.719.990.256 | 2.898.908.315 |
| Speciallæger i alt                              | 440.654.813   | 495.325.921   |
| Primær Sundhed i alt <sup>2)</sup>              | 3.160.645.069 | 3.394.234.236 |
| Speciallægeudgifter i % af Primær Sundhed i alt | 13,9 %        | 14,6 %        |

<sup>1)</sup> Øvrig Primær Sundhed dækker bl.a. udgifter til alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, psykologer, fodterapeuter og fysioterapeuter.

<sup>2)</sup> Excl. medicinudgifter.

I tabel 4.4 er tallene fremskrevet til 2009-prisniveau, og det fremgår, at udgiftsudviklingen renset for pris- og lønudvikling er på ca. 10% set over årene 2007-2008.

**Tabel 4.4. Udgifter til speciallægepraksis i 2007 og 2008 (2009-prisniveau)**

| (Beløb i 2009-niveau)                            | Regnskab 2007 | Regnskab 2008 | Index |
|--------------------------------------------------|---------------|---------------|-------|
| Ørelæger                                         | 106.300.084   | 115.142.474   | 108   |
| Øjenlæger                                        | 110.722.432   | 128.259.362   | 115   |
| Øvrige speciallæger                              | 234.485.767   | 253.346.686   | 108   |
| Fondsbetalinger <sup>1)</sup> m.m. <sup>2)</sup> | 10.297.960    | 11.960.546    | 116   |
| I alt                                            | 461.806.244   | 508.709.069   | 110   |

En af forklaringerne på stigningen i udgifter til praktiserende speciallæger, skal findes i overenskomsten af april 2008. Der blev fjernet en knækgrænse på 25 %, og den høje knækgrænsen på 40 % reduktion blev hævet, således at speciallægepraksis kan have en større indtjening, før der foretages fradrag.

Endvidere skete der et generationsskifte i nogle praksis, hvor de nye speciallæger har en højere indtjening end den tidligere.



## 5. Visioner og mål for udviklingen af speciallægepraksis i Region Midtjylland

I dette afsnit præsenteres forslag til retningslinjer og strategier for, hvordan speciallægepraksis i fremtiden kan indgå i det samlede fremtidige sundhedstilbud til borgerne i Region Midtjylland.

Der er tale om overordnede sigtelinier i forhold til udviklingen af speciallægepraksis. Sigtelinierne skal i den kommende planperiode gennemarbejdes og beskrives nærmere med inddragelse af de relevante parter.

De overordnede sigtelinier vedrører i den sammenhæng:

- Visioner og overordnede mål for speciallægepraksis i Region Midtjylland.
- Speciallægepraksis' rolle i et integreret sundhedsvæsen.
- Afklaring af speciallægepraksis' forskellige roller i forskellige specialer.
- Fremtidig anvendelse af knækgrænser.

### 5.1 Visioner og overordnede målsætninger for speciallægepraksis i Region Midtjylland

Det er en del af Region Midtjyllands overordnede visioner at skabe et sundhedsvæsen på højt internationalt niveau til gavn for alle.

Regionsrådet har tidligere vedtaget målsætninger, hvoraf følgende visioner for Region Midtjyllands sundhedsvæsen fremgår:

*"Region Midtjylland vil opretholde et decentraliseret, offentligt sundhedsvæsen, som er baseret på let, lige og fri adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet samt størst mulig nærhed og valgfrihed i forhold til ydelserne. Et sundhedsvæsen, hvor der tænkes i samarbejde mellem sygehusenhederne og på tværs af sektorer med ydelser, som for den enkelte borger fremtræder sammenhængende og veltilrettelagte på tværs af sygehuse og sektorer. Praksissektoren skal fortsat varetage hovedparten af borgernes behov for sundhedsmæssig behandling. Det er derfor visionen, at praksissektorens indsats bliver endnu stærkere integreret i den øvrige del af sundhedsvæsenet, bl.a. for at understøtte en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem den primære sundhedstjeneste og de mere specialiserede tilbud. Kvaliteten skal være høj og dokumenteret med let adgang til relevant information for borgerne".*

I sundhedsplanen fra 2009 indgår 6 pejlemærker omhandlende:

- Patientforløb – den enkeltes møde med sundhedsvæsenet

- Grænsebrydning i sundhedsvæsenet
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Lighed i sundhed
- Medarbejderne – den vigtigste ressource
- Sammenhæng mellem psykiatri og somatik

Det er et gennemgående træk, at der i Region Midtjyllands sundhedsvæsen arbejdes på et integreret sundhedsvæsen, hvor alle dele af sundhedsvæsenet bidrager til, at patientens møde med sundhedsvæsenet bliver præget af effektivitet, sammenhæng og høj kvalitet.

I den forbindelse bidrager speciallægepraksis til at sikre, at de specialiserede sundhedsydelser foregår på effektivt og højt fagligt niveau så nær på borgeren som muligt. Det skal i den fremtidige udvikling af speciallægepraksis sikres, at disse karakteristika udnyttes og integreres i den bedst mulige samlede anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

Speciallægepraksis har en række særlige karakteristika, som overordnet set betyder, at de både nu og i fremtiden har og vil have en væsentlig funktion i det samlede sundhedsvæsen.

På den ene side er de en del af det specialiserede sundhedsvæsen, hvor speciallæger på højt niveau udfører funktioner, der som udgangspunkt ellers kun kan foregå på hospitalerne. Den medicoteknologiske og anæstesiologiske udvikling har gjort og vil givet fremover medføre, at endnu flere undersøgelser og behandlinger vil kunne foregå i speciallægepraksis. Dog vil mere specialiserede funktioner ikke kunne foregå i speciallægepraksis, f.eks. på grund af teknologiske forudsætninger, særligt personalekrævende forhold, krav om tilstedeværelse af flere specialer, det samlede antal behandlinger, særlige uddannelsesforudsætninger el.l.

På den anden side er speciallægepraksis organiseret i mindre enheder, der i højere grad end hospitalerne kan indgå som borgernes nære specialiserede sundhedsvæsen, ikke mindst set i lyset af det øgede centraliserede hospitalsvæsen.

I den sammenhæng vil det være oplagt at undersøge mulighederne for, at speciallægepraksis indgår som en naturlig del af de nye sundheds-/behandlerhuse og kommunale sundhedscentre og lignende, hvor sådanne etableres i regionen.

Det er Region Midtjyllands målsætning, at de særlige karakteristika ved speciallægepraksis udnyttes optimalt i tilrettelæggelsen af den samlede specialiserede sundhedskapacitet. Det indebærer, at der i visse tilfælde kan være behov for i fremtiden at øge behandlingskapaciteten i speciallægepraksis, såfremt det vurderes relevant i en fælles kapacitetsplanlægning på tværs af speciallægepraksis og hospitalerne. Dette kan ske både ved at oprette flere ydernumre, give tilladelse til

ansættelse af assisterende speciallæger eller øge incitamenterne til at produktionen øges i speciallægepraksis.

Det er samtidig en målsætning, at de praktiserende speciallæger i højere grad indgår i sundhedsvæsenet med de samme rettigheder og forpligtelser som øvrige parter i sundhedsvæsenet, herunder krav til kvalitetsdokumentation og udveksling af information m.m.

## **5.2 Speciallægepraksis i et integreret sundhedsvæsen**

Det er Region Midtjyllands ambition, at speciallægepraksis generelt set bliver en endnu mere integreret del af det samlede sundhedsvæsen i regionen. Det gælder ikke mindst i forhold til den samlede planlægning på sundhedsområdet og effektiv kapacitetstilrettelæggelse.

Speciallægepraksis skal tænkes ind dels som en væsentlig og nødvendig del af det borgernære ambulante tilbud til regionens indbyggere, og dels som samarbejdsparter med hospitaler i forbindelse med spidsbelastninger, ventetidsproblemer mv.

For at sikre dette er det for det første vigtigt, at planlægningen på speciallægepraksisområdet tænkes sammen med regionens øvrige planer inden for sundhedsområdet – hospitalsplaner, akutplaner, specialeplacering – og at praksisplanlægningen fremover foregår som en del af en samlet planlægning på det ambulante område.

Dertil er der behov for et tættere samarbejde mellem hospitalerne og speciallægepraksis, således at de praktiserende speciallægers kapacitet ses i tæt sammenhæng med hospitalernes kapacitet og produktion. Den samlede behandlingskapacitet i et område tilrettelægges mest effektivt og optimalt ved at tage udgangspunkt i de særlige muligheder og forudsætninger, som gælder for henholdsvis hospital og speciallægepraksis. Samtidig tages udgangspunkt i de faglige anbefalinger for, hvilke behandlinger der kan og bør placeres i hvilket regi, jf. bl.a. de enkelte delpraksisplaners anbefalinger.

Her tænkes i 2 spor:

1. Opgaver der helt eller delvist løses i speciallægepraksis, som følge af henvisning fra almen praktiserende læge (samt hos øjen- og ørelæger hvortil der ikke kræves henvisning). Disse undersøgelser og behandlinger vil naturligt være en del af overenskomstens ydelser, men vil for en række specialers vedkommende også foregå i hospitalernes ambulatorier.

Der kan være opgaver, som ikke umiddelbart er en del af overenskomsten, men som regionen vælger at indgå § 3-aftale med de praktiserende speciallæger om, at de varetager.

## 2. Opgaver der løses efter aftale med hospitalerne

I situationer hvor hospitalerne har spidsbelastninger eller (for) lang ventetid inden for undersøgelser eller behandlinger, som alle eller enkelte af de praktiserende speciallæger inden for specialet kan løfte, kan det være hensigtsmæssigt, at der udvikles et tættere samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitalerne, således at speciallægepraksis kan være behjælpelig med løsningen af kapacitetsproblemerne.

I praksis kan kapaciteten fastlægges via formaliserede samarbejdsaftaler mellem hospital og speciallægepraksis i de enkelte områder, idet der i den forbindelse lægges vægt på en optimal ressourceudnyttelse med inddragelse af de praktiserende speciallægers kompetencer og kapacitet i et udviklet samspil mellem sektorerne. Sådanne aftaler kan enten indgå som særskilte aftaler eller som aftaler baseret på udbud.

Aftalerne kan eksempelvis indebære, at et antal nærmere aftalte patienter/patientgrupper visiteres til de speciallæger, der ønsker at indgå i de aftalte produktionsbetingelser, og at speciallægerne foretager det aftalte antal forundersøgelser/behandlinger på de nærmere aftalte vilkår.

Det skal undersøges nærmere, hvordan de faglige anbefalinger i de enkelte specialer kan danne grundlag for aftaler mellem hospital og speciallæger, som eventuelt kan danne grundlag for, at en større del af den samlede behandlingskapacitet i et område i fremtiden tilrettelægges i speciallægepraksis.

Det foreslås således, at der i den kommende planperiode iværksættes en nærmere vurdering af kapacitetsbehovet i de enkelte specialer og områder med henblik på udarbejdelse af aftaler mellem hospitaler og speciallægepraksis.

## 5.3 Uddannelsesmæssige og økonomiske overvejelser i forbindelse med opgaveflytning

Hvis der flyttes opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis, er det vigtigt, at konsekvenserne for de yngre lægers uddannelse indtænkes. Det skal sikres, at hospitalerne har volumen nok af de givne undersøgelser og behandlinger til at sikre uddannelsen og/eller at speciallægepraksis i højere grad inddrages i uddannelsesansvaret.

Generelt er det væsentlig, at der i forbindelse med opgaveflytninger tages stilling til konsekvenserne for den lægelige videreuddannelse. Hvor opgaveflytning medfører, at centrale kompetencer fra det pågældende speciale målbeskrivelse ikke længere kan opnås på hospitalet, skal der laves aftaler om uddannelse i speciallægepraksis, inden iværksættelse af opgaveflytningen.

Videreuddannelse i speciallægepraksis er i blandt andet de funktionsbærende praksisspecialer en meget værdifuld del af speciallægeuddannelsen, men den kunne indgå med større vægt i disse specialer eller i andre specialer. Der er i den forbindelse behov for en afklaring af de økonomiske konsekvenser.

Det skal endvidere sikres, at hospitalerne har opgaver nok til at dække bemanningen og vagtberedskabet.

I forbindelse med flytning af opgaver eller samarbejdsaftaler mellem speciallægepraksis og hospitalerne om konkrete undersøgelser/behandlinger, vil der være behov for at finde løsninger på de økonomiske mellemregninger.

#### **5.4 Forskellige roller for speciallægepraksis i de enkelte specialer**

Speciallægepraksis i Region Midtjylland er, som blandt andet beskrevet i de enkelte delpraksisplaner, en meget heterogen størrelse. Der er stor variation på tværs af specialerne i forhold til speciallægepraksis' rolle og betydning, teknologier, økonomiske forudsætninger og rammer m.v.

I lyset af de meget forskellige forudsætninger og roller, som er gældende i de forskellige specialer, vil sigtepunkterne ikke være de samme på tværs af specialerne.

Sigtepunkterne for speciallægepraksis i Region Midtjylland tænkes således ind i en ramme bestående af tre grupper af praksisspecialer:

Gruppe 1. Funktionsbærende praksisspecialer

Gruppe 2. Aflastende / supplerende praksisspecialer

Gruppe 3. Specialer med mindre behov for speciallægepraksis

I det følgende vil de tre grupper blive nærmere karakteriseret. Der opstilles et forslag til, hvilke specialer der skal indgå i gruppe 1. Hvordan specialerne i øvrigt skal fordeles i de to øvrige grupper, vil der ikke blive taget endelig stilling til her. Endvidere beskrives sigtepunkterne for specialerne i henholdsvis gruppe-1 specialerne og specialerne i de to andre grupper.

##### ***Gruppe 1. Funktionsbærende praksisspecialer***

Funktionsbærende praksisspecialer er karakteriseret ved, at en betydelig del af regionens behandlingskapacitet og behandlingsindsats på hovedfunktionsniveau foregår i speciallægepraksis.

Funktionsbærende praksisspecialer skal ikke være en kopi af hospitalerne. Udviklingen i de funktionsbærende praksisspecialer vil imidlertid være præget af synliggørelse og udvikling af speciallægepraksis som det borgernære højt kvalificerede sundhedstilbud. Der vil derfor være fokus på sikring af et fortsat decentraliseret tilbud, med fokus på mere lige adgang på tværs af geografi og social status m.v.

I forhold til udviklingen af det borgernære sundhedstilbud ses speciallægepraksis – ikke mindst inden for de funktionsbærende praksisspecialer – som en integreret del af de funktioner, der i fremtidens sundhedsvæsen forventes at foregå i behandler- og sundhedshuse.

Som en naturlig følge af speciallægepraksis' meget centrale rolle i Region Midtjyllands sundhedsvæsen inden for de funktionsbærende praksisspecialer, er det intentionen, at der kan og skal stilles særlige krav til speciallægepraksis. F.eks. kan der på kvalitetsområdet være behov for at understøtte tiltag, forsøg m.v., som kan medvirke til systematisk kvalitetsudvikling og –sikring.

#### *Specialer i Region Midtjylland i denne gruppe*

I Region Midtjylland er de funktionsbærende praksisspecialer:

- Øre-, næse-, halsspecialet
- Øjenspecialet
- Dermatologi

#### *Sigtepunkter for funktionsbærende praksisspecialer:*

Som anført ovenfor vil Region Midtjylland i forhold til de funktionsbærende praksisspecialer arbejde på sikre et bredt dækkende tilbud til befolkningen. Endvidere ses disse speciallægepraksis gerne etableret i forbindelse med behandler-/ sundhedshuse og lignende.

Da speciallægepraksis i disse specialer dækker hovedparten af behovet for sundhedsydelse, er det imidlertid vigtigt, at der er tilstrækkeligt med kapacitet i hele regionen. I den kommende planperiode vil dette blive analyseret nærmere.

Ved stillingtagen til eventuel opgaveflytning til speciallægepraksis vil dette for de funktionsbærende specialer blive vurderet konkret med afsæt i delpraksisplanernes faglige anbefalinger og under forudsætning af, at der i Region Midtjyllands samlede økonomi kan tilvejebringes finansiering.

Kapacitet kan tilvejebringes gennem såvel udvidelse af antal ydernumre som gennem udvidelse af produktionen hos de eksisterende speciallægepraksis. Sidstnævnte hænger bl.a. sammen med, i hvilket omfang der gives fritagelse for knækgrænseafregning i hele eller dele af regionen. Det foreslås, at der iværksættes en nærmere analyse med henblik på at afdække det lokale behov for kapacitet, herunder muligheder for at rekruttere og udnytte speciallæger inden for disse specialer i hele regionen og for evt. at anvende differentierede knækgrænser.

#### ***Gruppe 2 og 3: Aflastnings- / suppleringspecialer samt specialer med mindre behov for speciallægepraksis.***

Aflastnings- eller suppleringspecialer er karakteriseret ved, at de i et vist omfang supplerer hospitalskapaciteten. Endvidere er der typisk tale om specialer, som for

nuværende er uden et egentligt regionsdækkende tilbud, men i højere grad et mindre antal speciallægepraksis, som i en konkret geografisk kontekst varetager en på ingen måde ubetydelig behandlingsindsats.

Samtidig er der i forhold til aflastnings- eller suppleringspecialer tale om specialer, der, på grund af de særlige rammer og vilkår i speciallægepraksis, er i stand til at være en buffer i forhold til det øvrige offentlige sundhedsvæsen. Styringsmekanismen vil i højere grad være baseret på, at speciallægepraksis fungerer som aftalepart i forhold til hospitalernes kapacitetsbehov, end på traditionel stram kapacitetsstyring på antallet af ydere.

I forhold til specialer med mindre behov for speciallægepraksis er der grundlæggende tale om specialer, hvor regionen vurderer, at der er principiel mulighed for, at hele funktionen kan hjemtages til hospitalerne. Det kan blandt andet være begrundet i betydelig speciallægemangel i forhold til behovet for at opretholde centrale hospitalsfunktioner, eller der kan være tale om, at funktionen inden for specialet forudsætter så betydelige anlægsinvesteringer i forhold til det samlede antal patienter, at funktioner uden for hospitalsvæsenet ikke er hensigtsmæssige.

*Specialer i Region Midtjylland i disse to grupper.*

Det vil ikke inden for rammerne af denne praksisplanlægning blive nærmere specificeret, hvilke specialer der tænkes at indgå i henholdsvis gruppe 2 og gruppe 3.

Specialer i grupperne 2 og 3 vil således være de specialer, som ikke er nævnt under gruppe 1

*Sigtepunkter for aflastnings-/suppleringspecialer samt specialer med mindre behov for speciallægepraksis:*

Kapaciteten i speciallægepraksis inden for disse specialer tager udgangspunkt i en nærmere vurdering af, hvordan det samlede behandlingsbehov i et område kan tilrettelægges mest effektivt og hensigtsmæssigt med inddragelse af delpraksisplanernes faglige anbefalinger for tilrettelæggelse af kapaciteten, jf overvejelser om aftalebaseret kapacitet.

Stillingtagen til eventuel opgaveflytning til speciallægepraksis vil således tage udgangspunkt i de faglige anbefalinger i delpraksisplanerne samt hospitalernes behov for at indgå en aftale herom.

I forhold til knækgrænser på gruppe 2 og 3 specialer vil Region Midtjylland som udgangspunkt arbejde på en harmonisering svarende til det overenskomstaftalte.

## **5.5 Knækgrænser**

Som antydnet i tidligere afsnit skal der med nærværende praksisplan tages principiel stilling til knækgrænseproblematikken.

Knækgrænserne indebærer, at når omsætningen i en speciallægepraksis i løbet af et år overstiger en bestemt grænse, foretages der som udgangspunkt et honorarfradrag på 40 % af den resterende omsætning.

I dag er honorarreduktionen suspenderet i tidligere Ringkøbing Amt for øjenlæger, ørelæger, dermatologer og anæstesiologer. I tidligere Viborg Amt er der pt. ingen honorarreduktion for øjen- og ørelæger og ½ reduktion (20 %) for øvrige specialer. I resten af regionen er knækgrænserne fortsat gældende svarende til overenskomstens bestemmelser.

Knækgrænsen har i de tidligere Ringkøbing og Viborg amter været brugt som rekrutteringsværktøj. Dette kan fortsat være et relevant instrument til at sikre speciallægedækning i regionens yderområder.

I stedet for en generel forhøjelse eller ophævelse af knækgrænserne kan der alternativt være mulighed for at udvælge bestemte ydelser og aftale, at honorarerne for disse ikke tælles med i knækgrænseomsætningen. Dette vil eksempelvis være oplagt, hvis der indgås § 3 aftaler om ydelser, som ikke er omfattet af overenskomsten, hvilket ofte er blevet brugt af de tidligere amter. Men det vil principielt også være muligt i forhold til ydelser, der er omfattet af overenskomsten.

#### Sigtepunkter for fremtidig anvendelse af knækgrænser i speciallægepraksis i Region Midtjylland:

Det anbefales, at knækgrænserne i Region Midtjylland som udgangspunkt harmoniseres til det i landsoverenskomsten fastsatte. Men for de funktionsbærende praksisspecialer vil der være behov for overvejelser om, hvorvidt knækgrænserne af kapacitetsmæssige årsager skal fjernes eller ændres i konkrete situationer.

F.eks. kan knækgrænsen være baseret på behovet for ydelser i den praktiserende speciallæges optageområde. Hvis der i et område er et meget stort befolkningsgrundlag i forhold til antallet af speciallægepraksis, kan det overvejes eventuelt at tilpasse knækgrænsen til områdets behandlingsbehov. Det foreslås, at behov og muligheder herfor analyseres nærmere i den kommende planperiode.

## **5.6 Adgangskrav**

Det er intentionen at alle speciallægepraksis i regionen skal have handicapvenlig adgang. Det betyder, at der ved fremtidige nynedsættelse og flytninger vil blive stillet klare krav til adgangsforholdene.

Der er i overenskomsten mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn indarbejdet krav om, at der ved nynedsættelser skal sikres handicapvenlige adgangsforhold til speciallægepraksis. Endvidere er det i §13 om



praksisplanlægning og samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen angivet, at

*"ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang".*

*Endelig er det i protokollat af 26/10 2007 om adgangsforhold angivet:*

*"Parterne er enige om, at speciallægepraksis i videst muligt omfang skal tilgodeses etablering af handicapvenlige adgangsforhold, enten i form af etablering af praksis i lokaler - der rummer mulighed for en indretning - som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede eller i form af etablering af adgangsforhold og indretning i øvrigt i eksisterende praksislokaler. Lokalplanbestemmelser kan imidlertid være en hindring for at fremfinde egnede lokaler hertil. Parterne er derfor enige om, at regionerne bør medvirke til at finde lokaler, hvilket kan ske ved, at region og speciallæge i fællesskab retter henvendelse til de relevante myndigheder om problemstillingen".*

Det må i den sammenhæng også vurderes, at en mere integreret og sammenhængende speciallægepraksis også forudsætter, at adgangsforholdene er tilfredsstillende og opfylder normale krav og forventninger til sundhedsvæsenet.

På den baggrund skal der i den kommende tid fokuseres på adgangsforholdene til speciallægepraksis med henblik på at sikre, at de er tilstrækkeligt gode. Herunder bør det kræves, at der ved flytning af speciallægepraksis etableres handicapvenlige adgangsforhold, eller at der som minimum sker væsentlige forbedringer af adgangsforholdene.

Såfremt der fra konkrete speciallægepraksis vurderes at være problemer med at finde relevante praksislokaler, hvor adgangsforholdene er opfyldt, vil regionens administration medvirke til at tage kontakt til de relevante kommuner.

## **5.7 Kvalitetssikring i speciallægepraksis**

Overenskomstens parter har iværksat et kvalitetsprojekt (KVIS II) med 7 delprojekter med henblik på at skabe én model for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Sigtepunktet for projektet er, at speciallægepraksis kan dokumentere, at kvaliteten i det udførte arbejde er fuldt på højde og dermed sammenlignelig med kvaliteten i det øvrige sundhedsvæsen.

Aktuelt findes ingen systematisk kvalitetsmonitorering i speciallægepraksis. Det betyder, at sektoren i øjeblikket ikke kan dokumentere kvaliteten i eget arbejde.

Speciallægepraksis bør derfor være en integreret del af det generelle arbejde omkring udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet.

Det er på den ene side vigtigt, at kvalitetssikring og –udvikling sker på samme grundlag og vilkår som for det øvrige sundhedsvæsen. På den anden side er det også vigtigt, at kvalitetssikring/-udvikling tager højde for de vilkår og forudsætninger, der findes i speciallægepraksis. Speciallægepraksis må derfor deltage i og indgå i arbejdet med at fastlægge metoder og modeller for arbejdet, herunder via Den Danske Kvalitetsmodel.

For at speciallægepraksis kan møde disse udfordringer, har Foreningen af Speciallæger sammen med Danske Regioner iværksat et KVIS-projektet, som har til formål, at udvikle en struktur og et forløb for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, herunder at udvikle, afprøve og skabe grundlag for at implementere metoder og modeller for målrettet at arbejde med kvalitetsmonitorering og –udvikling i speciallægepraksis.

Projektet omfatter 7 delprojekter:

- *Delprojekt A – Kliniske retningslinier for endoskopier*
- *Delprojekt B – Undersøgelse af patientoplevelse kvalitet – patienttilfredshed*
- *Delprojekt C – Faglige indikatorer*
- *Delprojekt D – Generiske standarder – kvalitetssikring af sektorovergange i patientforløb*
- *Delprojekt E – Generel kvalitetsorganisering og arkitektur for kvalitetsunderstøttende IT-værktøjer*
- *Delprojekt F – Elektronisk indberetning til databaser*
- *Delprojekt G – Indrapportering af utilsigtede hændelser*

Det anbefales, at kvalitetsudviklingsarbejdet for speciallægepraksis i Region Midtjylland følger og indgår i det landsdækkende KVIS-projekt, idet det løbende vurderes, om der kan – og bør – igangsættes særlige projekter i Region Midtjylland.

### **5.8 Direkte visitation fra hospital til speciallægepraksis**

I forbindelse med udredningerne i delpraksisplanerne er det i mange tilfælde vurderet, at et hensigtsmæssigt patientforløb og en optimal inddragelse af speciallægepraksis forudsætter, at der kan henvises direkte fra hospital til speciallægepraksis.

Det vurderes således, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til praktiserende speciallæger uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet. Med henblik på at smidiggøre arbejdsgangen anbefales det derfor i flere delpraksisplaner, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende speciallæger, uden at den praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres).

Det bemærkes i den forbindelse, at en viderehenvielse fra hospital til speciallægepraksis bør tage højde for, at der hos egen læge kan være en viden om den enkelte patient, der gør, at viderevisitering ikke er hensigtsmæssig, og at det blandt andet af den grund er en forudsætning, at egen læge altid skal orienteres. Derved har egen læge mulighed for at korrigere, supplere eller andet i nødvendigt og relevant omfang.

Endvidere bemærkes, at der samtidig kan være behov for, at hospitalerne i øget omfang tager initiativ til at beskrive over for de praktiserende læger, hvilke patienttyper der ikke skal ind på hospitalsafdelingerne, men som bør henvises direkte til speciallægepraksis.

## 6. anbefalinger.

I dette afsnit er der foretaget en sammenskrivning af anbefalingerne i praksisplanen. Det være sig såvel overordnede anbefalinger som anbefalinger om opgaveflytning, kapacitet, henvisninger, kvalitetssikring og uddannelse mv.

Efter praksisplanens politiske vedtagelse i regionsrådet vil der blive arbejdet videre med anbefalingerne med henblik på, at der senere tages konkret politisk stilling til de enkelte anbefalingers implementering, herunder nærmere beskrivelser af, hvordan, hvornår og på hvilke vilkår den eventuelle gennemførelse skal finde sted.

Udover anbefalingerne i praksisplanen er der kommet - og vil givet også fremover komme - ønsker, ansøgninger og anbefalinger fra de praktiserende speciallæger, om vilkår for deres praksisdrift og deres muligheder for at foretage undersøgelser/behandlinger, som ligger ud over overenskomsten. Disse henvendelser vil blive behandlet sideløbende med anbefalingerne fra praksisplanen.

### 6.1 Overordnede anbefalinger

På baggrund af ovenstående overvejelser om overordnede udviklingsmål for speciallægepraksis, samt på baggrund af de konkrete overvejelser og anbefalinger i delpraksisplanerne, anbefales det i forhold til den kommende planperiode:

- At der udarbejdes en samlet planlægning for aktivitet og kapacitet i hospitalsambulatorier og speciallægepraksis. På denne baggrund kan der udarbejdes udkast til samarbejdsaftaler mellem hospitaler og speciallægepraksis inden for de aflastende/supplerende praksisspecialer.
- At der gennemføres en analyse af behovet for speciallægekapacitet i de funktionsbærende specialer med henblik på stillingtagen til eventuelt behov for udvidelse eller flytning af kapacitet.
- At der i relation til eksisterende og kommende ansøgninger om opgaveflytning og kapacitetsudvidelse - herunder anbefalinger fra praksisplanen - tages kontakt til de relevante hospitaler med henblik på høring og eventuel indgåelse af en aftale herom.
- At der tages initiativ til at harmoniseres knækgrænserne i regionen. Der kan dog i særlige tilfælde være behov for efterfølgende at analyseres nærmere, om der kan være kapacitetsmæssigt grundlag for differentierede knækgrænser.
- At der i den kommende tid sættes fokus på adgangsforholdene i speciallægepraksis.

- At kvalitetsudviklingsarbejdet for speciallægepraksis i Region Midtjylland foregår i regi af det landsdækkende KVIS-projekt, idet det løbende vurderes, om der kan – og bør – igangsættes særlige projekter i Region Midtjylland.
- At der tages initiativ til at udarbejde en aftale om, at der på en række nærmere angivne områder kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende speciallæge (udenom, men med orientering til, den alment praktiserende læge).

Som nævnt vil der i den kommende planperiode blive arbejdet videre med anbefalingerne med henblik på konkretisering og forelæggelse med henblik på politisk beslutning.

## **6.2 Anbefalinger på baggrund af delpraksisplanerne**

### **Anbefalinger om opgaveflytning**

Der anbefales en række opgaveflytninger mellem hospitaler, speciallægepraksis, almen praksis og kommuner m.fl., jf. nærmere nedenfor og i de enkelte delpraksisplaner.

Det er imidlertid i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at opgaveflytningerne skal ske under hensyntagen til, at en række forhold kan opfyldes, herunder:

- opretholdelse af den nødvendige viden og rutine på hospitalerne
- sikring af uddannelseskrav og -forløb
- kvalitetssikring på såvel hospital som i speciallægepraksis
- sikring af den nødvendige ekspertise i speciallægepraksis. I nogle tilfælde kan det derfor være nødvendigt at flytte ydelser til et begrænset antal praktiserende speciallæger (med den fornødne ekspertise og interesse), idet der i nogle tilfælde ikke vil være patientunderlag nok til, at alle praktiserende speciallæger kan opnå den nødvendige viden og rutine til at udføre ydelserne.

Endvidere bemærkes, at aftaler om opgaveflytning forudsætter, at der kan indgås aftale om honorering og nærmere vilkår for flytningen, idet det skal sikres, at behandlingen i speciallægepraksis vil være mindst lige så omkostningseffektiv som på hospitalerne. Bl.a. derfor forudsætter opgaveflytningerne, at der er indgået konkrete §3-aftaler, både med speciallægerne generelt, men også med den enkelte praksis af hensyn til tilrettelæggelsen af den samlede kapacitet.

Nedenstående er delpraksisplanernes konkrete anbefalinger om opgaveflytning oplistet. Der henvises i øvrigt til delpraksisplanerne for nærmere beskrivelse af anbefalingerne.

**Anbefalinger om opgaveflytning fra speciallægepraksis til almen praksis eller andre.**

- o Øjenlæger:
  - Brille- og kontaktlinsekorrektion anbefales at foregå hos optikere
- o Dermatologer:
  - Behandling af vorter og kontrol af simpel hudkræft anbefales at foregå hos alment praktiserende læger.
- o Patologi:
  - Det anbefales, at hospitalspatologien på længere sigt overtager aktiviteten fra praksis vedrørende prøver fra patienter i Region Midtjylland

**Anbefalinger om opgaveflytning fra hospital til speciallægepraksis.**

- o Øjenlæger:
  - Operationer for grå stær
- o Øre-/næse-/halslæger:
  - Lapning af hul i trommehinden (Myringoplastik med frit transplantat)
  - Mellemøreoperation med defekte eller manglende mellemøreknogler (Tympanoplastik og evt. mastoidectomi)
  - Stritøreoperation (rammeaftale)
  - Operation på næseskillevæg (septumplastik)
  - Monitorering og CPAP behandling af obstruktiv søvnapnø syndrom
  - Endoskopisk bihulekirurgi (FESS-operationer)
  - Postoperative kontroller
- o Dermatologi:
  - Udvidelse af kapaciteten til laserbehandling (som allerede delvist foregår i speciallægepraksis).
  - PDT-behandling (fotodynamisk terapi) af cancer og vorter (rammeaftale)
  - Behandling af eksem og andre svære hudsygdomme (systemisk immunhæmmende behandling)
  - Biologisk behandling
  - Botox behandling af abnorm svedproduktion (hyperhidrosis)
- o Gynækologi:
  - Ingen anbefalinger om opgaveflytning (eller kapacitetsændringer)
- o Reumatologi:
  - Der anbefales beskrevet en række nærmere beskrevne visitationsretningslinjer, jf. nærmere i delpraksisplanen.
- o Kardiologi:
  - Ingen anbefalinger om opgaveflytning
- o Lungemedicin:
  - Søvnapnø
  - Opfølgning og kontrol af KOL, astma og andre kroniske sygdomme

- Allergivaccinationer (i det omfang, der bliver behov for øget kapacitet)
- o Kirurgi:
  - Diagnostiske endoskopier
  - Laparaskopiske operationer
  - Rådgivning, kontrol og opfølgning på stomipatienter.
  - Rådgivning i forhold til incontinens.
  - Sterilisation af mænd (rammeaftale).
- o Neurologi:
  - Kontrol af epilepsi- og parkinsonpatienter.
  - Inddragelse i udredning om smertepatienter.
  - Lumbalpunktur til udredning af neuroinflammatoriske lidelser (f.eks. neuroborreliose og betændelseslignende reaktioner i hjernevæv) samt til udredning for eksempel multipel sklerose.
  - Botulinum-toksin behandling af f.eks. patienter med spasticitet.
  - Udredning og behandling af neurologiske patienter fra Randers og Silkeborg.
- o Ortopædkirurgi:
  - Indgåelse af 5 af 6 rammeaftaler i overenskomsten med de praktiserende speciallæger
  - Ikke i øvrigt behov for flytning af opgaver i større omfang.
- o Pædiatri:
  - Ultralydscanning af blæren med henblik på resturin og uroflowundersøgelser (enuresis).
  - Øget brug af allergivaccination (hyposensibilisering) af børn og forældre
  - Behandling af for tidlig pubertet (injektion med GnRH-analog præparat)
  - Kontroller i forbindelse med almen pædiatri som f.eks. gluten allergi og reflux.
- o Psykiatri:
  - Ingen anbefalinger om opgaveflytning.
- o Plastikkirurgi:
  - Ingen anbefalinger om opgaveflytning
- o Radiologi:
  - Ingen anbefalinger om opgaveflytning.

### **Anbefalinger om kapacitet:**

Praksisplanernes anbefalinger om kapacitet peger i varierende udstrækning på et behov for øget kapacitet i speciallægepraksis. Samtidig peges dog på, at en eventuel øget kapacitet skal ske under skyldig hensyntagen til en generel og konkret mangel på speciallæger.

Delpraksisplanerne omfatter således følgende anbefalinger om kapacitet:

- Øre-/næse-/halsområdet:  
Der anbefales en mindre kapacitetsudvidelse baseret på anbefalinger om flytning af ydelser til speciallægepraksis.
- Dermatologi:  
Evt. ønske om kapacitetsudvidelse under skyldig hensyntagen til den generelle mangel på speciallæger inden for dermatologi. Konkret anbefales en nærmere drøftelse mellem specialerådet og Århus Universitetshospital om mulighederne for evt. kapacitetsudvidelse ved brug af deltidsydernumre.
- Gynækologi:  
Ingen ønsker om kapacitetsudvidelse
- Reumatologi:  
Evt. ønske om kapacitetsudvidelse under skyldig hensyntagen til den generelle mangel på speciallæger inden for reumatologi, f.eks. ved deleydernumre og/eller assisterende speciallæger.
- Kardiologi:  
Behov for lidt større kapacitet i speciallægepraksis under skyldig hensyntagen til den store mangel på kardiologiske speciallæger, f.eks. ved assisterende (hospitalsansatte) speciallæger, suppleret med forhøjelse af knækgrænser. Et evt. yderligere ydernummer skal i givet fald placeres i den vestlige del af regionen.
- Lungemedicin:  
Ønske om større kapacitet i speciallægepraksis, under skyldig hensyntagen til den generelle mangel på speciallæger inden for specialet, f.eks. ved deltidsydernumre eller ved opgradering af en eller flere af de eksisterende lungemedicinske deltidspraksis til fuldtidspraksis.
- Kirurgi:  
Behov for større kapacitet i speciallægepraksis under skyldig hensyntagen til den generelle mangel på kirurgiske speciallæger, f.eks. ved assisterende (hospitalsansatte) speciallæger, suppleret med forhøjelse af knækgrænser. Det anbefales konkret, at der oprettes et kirurgisk ydernummer i den vestlige del af regionen.
- Neurologi:  
Ingen ønsker om kapacitetsudvidelse. Evt. på et senere tidspunkt udvidelse i den vestlige del af regionen.
- Ortopædkirurgi:  
Ingen behov for kapacitetsudvidelse. Evt. på et senere tidspunkt udvidelse i den vestlige del af regionen.
- Pædiatri:  
Behov for kapacitetsudvidelse under skyldig hensyntagen til manglen på pædiatriske speciallæger. Udvidelsen bør så vidt muligt ske ved fuldtidsydernumre, dog evt. ved deltidsydernumre eller assisterende speciallæger.
- Psykiatri:  
Det anbefales, at der sker en udvidelse af antallet af praktiserende psykiatere, under skyldig hensyntagen til manglen på psykiatriske speciallæger. Udvidelsen bør ske ved deltidsydernumre eller ansættelse som assisterende speciallæger.



- **Børne- og ungepsykiatri:**  
Det anbefales, at der sker en udvidelse af antallet af praktiserende børne- og ungepsykiatere, under skyldig hensyntagen til manglen på speciallæger. Udvidelsen bør så vidt muligt ske ved fuldtidsydernumre, dog evt. ved deltidsspraksis eller ansættelse af assisterende speciallæger.
- **Plastikkirurgi:**  
Ingen behov for kapacitetsudvidelse.
- **Patologi:**  
Det anbefales, at den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis (én deltidsspraksis) udfases i forbindelse med generationsskifte.
- **Anæstesiologi:**  
Det anbefales, at den eksisterende kapacitet fastholdes, idet dog ét særligt tidsbegrænset deltidssydernummer nedlægges, og at kapacitetsbehovet på sigt løses ved hjælp af overlægeydernumre frem for deltidssydernumre.
- Det anbefales, at den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis fastholdes..

### **Anbefalinger om direkte henvisning fra hospitaler til praktiserende speciallæger**

Der er i stort set alle delpraksisplaner beskrevet et behov for, at samspillet mellem hospitaler og speciallægepraksis smidiggøres ved, at hospitalerne får mulighed for at henvise direkte til speciallægepraksis uden om – men med orientering til - den alment praktiserende læge.

Det anbefales:

- at der gives mulighed for, at der på en række nærmere angivne områder kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende speciallæge (udenom, men med orientering til, den alment praktiserende læge).

### **Anbefalinger om kvalitetssikring**

Der er i delpraksisplanerne en række anbefalinger, som sigter på at kvalitetssikre de ydelser, der foregår i speciallægepraksis, således at det sikres, at ydelserne udføres efter samme standarder og på samme kvalitetsniveau, som når de foregår på hospitalerne.

Det anbefales:

- At der udarbejdes fælles retningslinjer, standarder og kliniske vejledninger for undersøgelse, behandling og kontrol på relevante områder.
- At der iværksættes konkrete kvalitetssikringsprojekter, f.eks. i forbindelse med opgaveflytning.
- At der etableres forsøg med opsamling af data i speciallægepraksis med henblik på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.

## Anbefalinger om uddannelse

Delpraksisplanerne indeholder en række anbefalinger om styrkelse af uddannelsen.

Det anbefales:

- Mulighederne for efteruddannelse af praktiserende psykiatere og børne-/ungepsykiatere styrkes.
- At der forsøgsvis etableres formelt samarbejde om uddannelsen af kommende speciallæger indenfor det enkelte speciale og om den kontinuerlige uddannelse af regionens speciallæger (reumatologi).
- At læger under uddannelse til speciallæge skal i "praktik" hos praktiserende speciallæger i f.eks. en måned.
- At der indgås aftaler om tilskud i forbindelse med deltagelse i fast ugentlig undervisning og månedlig konference på hospitalet med henblik på at udveksle behandlingsstrategier og sikre fagligt samarbejde.
- At der indgås aftale om tilskud til yderligere 3 uddannelsesdage/år udover de i overenskomsten fastsatte 7 uddannelsesdage/år.

## Andre anbefalinger:

Endelig omfatter delpraksisplanerne en række øvrige anbefalinger, som dels vedrører konkrete forhold i det enkelte speciale, dels er anbefalinger, som i varierende omfang kan udbredes til flere eller alle specialer. I nedenstående korte gennemgang er der henvist til, hvilket speciale anbefalingen "stammer fra":

Det anbefales:

- At det ligeværdige samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitalsafdelinger i forhold til diagnostik, behandling, forskning og uddannelse styrkes (reumatologi).
- At der skabes incitament til forøgelse af kapaciteten hos de praktiserende speciallæger med henblik på varetagelse af flere opgaver (øjelæger, kardiologi, kirurgi).
- Øget information til alment praktiserende læger om de enkelte specialeråds visitationsretningslinjer.
- Etablering af konsulentfunktion på hospitalsafdelinger, bl.a. med henblik på, at praktiserende speciallæger kan blive opdateret inden for de nyeste udredninger og behandlingstiltag (dermatologi).
- At adgang til diagnostiske og terapeutiske procedurer så vidt muligt er ens for speciallægepraksis og sygehusafdeling (reumatologi).
- At der etableres kvalitets- og forskningssamarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusafdeling, eksempelvis etablering af universitært samarbejde i form af lektorater (reumatologi).
- At der arbejdes videre med at de praktiserende kirurger får mulighed for at gøre

brug af anæstesiologer (kirurgi).

- At "forskelsbehandling" mellem patienter henvist fra speciallægepraksis og patienter henvist direkte fra almen praksis i forhold til ventetidsgarantien fjernes (neurologi).
- Ulighederne for at inddrage øvrige personalegrupper i praksisdriften bør undersøges og understøttes (psykiatri og børne- og ungepsykiatri).
- Der gennemføres forsøg med henvisning af patienter fra psykiatere til undersøgelse og behandling hos praktiserende psykologer (psykiatri og børne- og ungepsykiatri).
- Mulighederne for øget samarbejde om konkrete patienter (shared care) mellem praktiserende psykiatere og alment praktiserende undersøges og understøttes (psykiatri).
- Samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, praktiserende speciallæger, almen læger og kommunerne, herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR), bør styrkes, bl.a. via information/undervisning i visitationsretningslinjer, supervision, patientforløbsbeskrivelser m.m. (børne- og ungepsykiatri).
- Det anbefales, at der arbejdes med mulighederne for, at de praktiserende speciallæger med overlægeydernumre kommer til at afregne elektronisk (anæstesiologi).
- Det anbefales, at det på længere sigt overvejes, om kapaciteten i speciallægepraksis skal liberaliseres yderligere – f.eks. via udbud eller lignende (anæstesiologi).

# Praksisplan

Praktiserende speciallæger

Delpraksisplaner

## **7. Bilag: Delpraksisplaner**

### **7.1 Øjenlæger (oftalmologi)**

#### **7.1.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på øjenlægeområdet har bestået af:

Cheflæge Hans Peder Graversen  
Praktiserende øjenlæge Michael Kjær Hansen  
Praktiserende øjenlæge Jens Aagaard  
Overlæge Torben Autzen  
Ledende overlæge Toke Bek  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Holger Schildt Knudsen, Hospitalsplanlægning

#### **7.1.2 Kort beskrivelse af øjenspecialet (oftalmologi)**

Oftalmologien indgår som et væsentligt område i det diagnostiske og behandlingsmæssige samarbejde ved ekstraokulære medicinske og kirurgiske sygdomme. Oftalmologien møder i sin hverdag både nyfødte, børn, unge, voksne og ældre patienter. Dertil kommer en bred berøringsflade med øvrige lægelige specialer samt ortoptister, optikere, sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale.

Det oftalmologiske speciale omfatter emner inden for:

- Kirurgisk og medicinsk oftalmologi.
- Opsporing, overvågning, behandling og kontrol af oftalmologiens folkesygdomme (grå stær, grøn stær, aldersbetinget makuladegeneration (forkalkning), diabetes og skelen).
- Diagnostik og behandling af sjældne øjensygdomme defineret som lands-landsdelsfunktioner, herunder kræft i øjet og sygdomme som kræver specielt apparatur eller specialiserede kliniske kompetencer.
- Diagnostik og kongenitte (medfødte) og akkvisitte (erhvervede) øjenlidelser
- Socialoftalmologi med blindhedsforebyggelse og rehabilitering.
- Opbygning af regionale og nationale registre vedrørende øjensygdomme og synshandicap.

#### **7.1.3 Demografiske konsekvenser**

Antallet af øjenpatienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel ældre, vil medføre en stigning i antallet af patienter med øjenproblemer.

#### **7.1.4 Oftalmologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være to afdelinger i regionen, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau:

- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Derudover vil der fortsat være elektive øjenklinikker på:

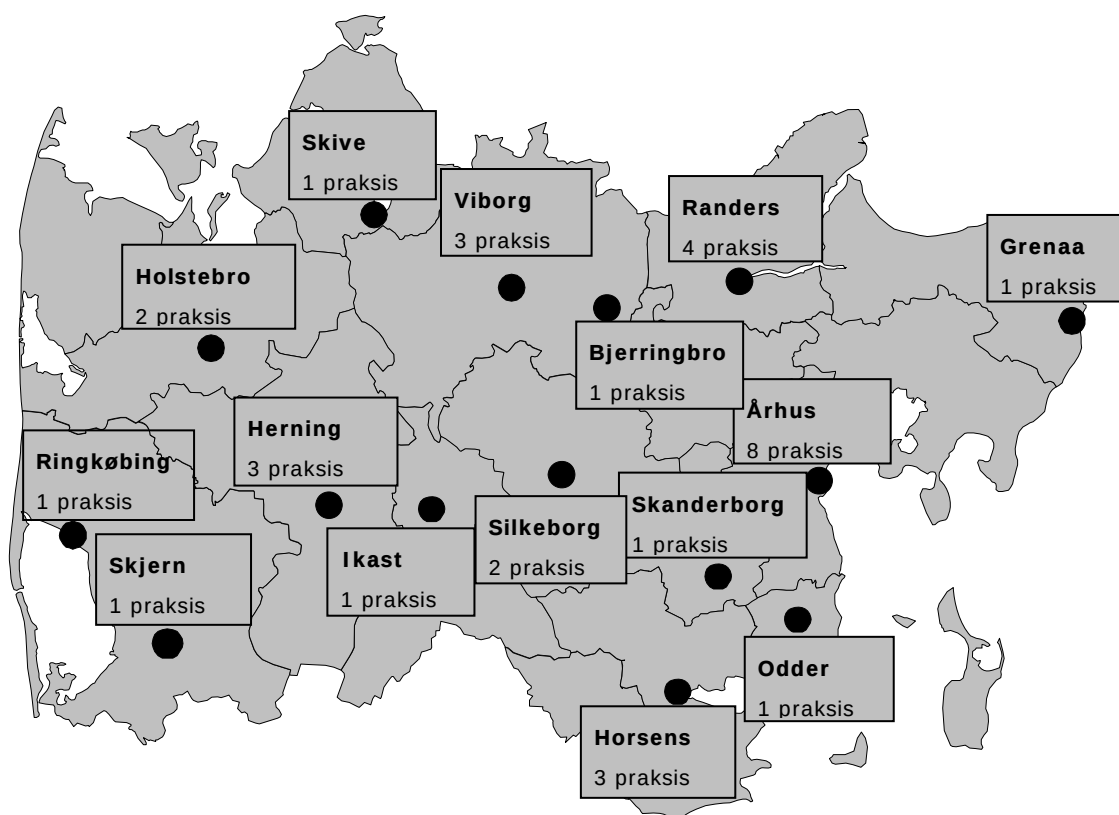
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Viborg (medicinsk oftalmologi)

Der etableres et samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest og Århus Universitetshospital, som skal bidrage til at styrke de enkelte funktioners rekruttering samt sikre et tilstrækkeligt patientunderlag. Retningslinjerne for samarbejdet skal beskrives nærmere.

### 7.1.5 Praksiskapacitet

Pr. 1. august 2009 er der fordelt over hele Region Midtjylland er der 34 praktiserende øjenlæger. 32 er fuldtidspraktiserende og 2 øjenlæger driver i fællesskab en delepraksis.

#### Geografisk placering af praktiserende øjenlæger i Region Midtjylland



## Køn- og aldersprofil

| Køn       | Gennemsnits-<br>alder | Antal 60 år + |
|-----------|-----------------------|---------------|
| 27 mænd   | 54,2                  | 13            |
| 7 kvinder | 50,4                  | 1             |
| 34 i alt  | 53,4                  | 13            |

Som det fremgår af aldersprofilen, må det påregnes, at der i de nærmest kommende år skal rekrutteres et betydeligt antal øjenlæger til at overtage praksis efter øjenlæger, der går på pension.

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende øjenlæger er generelt lang. Hos visse øjenlæger op til 12 måneder for ikke akutte problemstillinger. Alle praktiserende øjenlæger har dog dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

Som tidligere nævnte forventes behovet for øjenlægeydelser at stige, idet andelen af ældre mennesker i befolkningen vil stige og dermed også aldersrelaterede sygdomme, herunder øjensygdomme.

I forhold til praksiskapaciteten er der altså en dobbelt udfordring, idet der skal rekrutteres mange nye øjenlæger i de kommende år, og der skal skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser. Udfordringerne skal ses i lyset af, at der er mangel på øjenlæger og vil være det i en længere årrække. Alligevel må en oprustning af praksissektoren anbefales.

### 7.1.6 Arbejdsopgaverne i øjenlægepraksis og muligheder for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger.

En meget betydelig del af øjenpatienterne undersøges, behandles og kontrolleres hos de praktiserende øjenlæger. I modsætning til mange andre lægefaglige specialer er der på øjenområdet flere speciallæger i praksissektoren end på hospitalerne.

Traditionelt har det overvejende været medicinske øjensygdomme, der har været varetaget i praksis. Men i de senere år er der dog sket en flytning af et stigende antal operationer for grå stær til nogle praktiserende øjenlæger. Flytningen er sket i takt med, at behovet for operationer er øget, og at der i praksis har nedsat sig øjenlæger med fornødne kvalifikationer og rutine i operation for grå stær.

Opgaverne i øjenlægepraksis består hovedsageligt af diagnostik, eventuel behandling og kontrol af:

- Grå stær
- Grøn stær
- AMD (Aldersbetinget Macula Degeneration)
- Andre nethindesygdomme

- Skelen
- Børn med nedsat syn og brille-/kontaktlinsekorrektion
- Regnbuehindebetændelse
- Hornhindesygdomme
- Øjeninfektioner
- Øjenlågssygdomme
- Neurooftalmologiske sygdomme

Kirurgisk behandling af:

- Grå stær (ikke alle praktiserende øjenlæger)
- Øjenlågssygdomme
- Fjernelse af fremmedlegemer
- Skelekirurgi
- Tårevejskirurgi

Kontrol for øjenmanifestationer i forbindelse med sygdomme i andre organsystemer:

- Diabetes
- Forhøjet blodtryk
- Hovedpine
- Gigt (børn)
- Andet (eksempelvis bivirkninger af medicinsk behandling for leddegigt og hud- og bindevævssygdomme)

Opsporing af øjensygdomme:

- Undersøgelse af familiemedlemmer til patienter med grøn stær
- Undersøgelse af søskende til et barn med øjensygdom (fx skelen, "dovent øje")

Brille- og kontaktlinsekorrektion:

- Denne opgave varetages i stigende omfang af optikere, der dermed medvirker til at aflaste de praktiserende øjenlæger for den stigende efterspørgsel efter øjenlægeydelser.

Der kræves ingen henvisning til praktiserende øjenlæger, og de fleste patienter er selvhenviste. Andre patienter er henvist fra optikere, alment praktiserende læger og andre speciallæger, herunder hospitalsafdelinger.

På grund af muligheden for uvisiteret adgang til øjenlægepraksis varetager de praktiserende øjenlæger en betydelig opgave som visitatorer til hospitalernes øjenafdelinger. En opgave som for de fleste øvrige specialers vedkommende varetages af alment praktiserende læger.

Dette medfører, at der er en ret klar arbejdsdeling mellem praksissektoren og hospitalssektoren på øjenområdet. Der er derfor ikke noget stort potentiale for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger til øjenlægepraksis.



Som følge af det overordnede princip om undersøgelse og behandling på laveste omsorgs-/omkostningsniveau (LEON) bør flest mulige patienter med øjenproblemer ses hos praktiserende øjenlæger, alment praktiserende læger og optikere. Der er dog behov for, at der ses patienter på øjenafdelingerne. Gennemførslen af LEON-princippet er sket i stor udstrækning på øjenområdet.

Operation for grå stær er ikke omfattet af overenskomsten mellem RLTN og FAS, hvorfor de praktiserende øjenlæger ikke kan honoreres for ydelsen, med mindre de har indgået en særlig aftale efter overenskomstens § 3 med regionen. I takt med at der i praksis har nedsat sig øjenlæger med kvalifikationer til og rutine i at operere for grå stær, er der indgået individuelle aftaler om operationer med nogle af de praktiserende øjenlæger. Men der er ønske fra flere øjenlæger om aftaler, og der er således et potentiale for at få gennemført flere operationer for grå stær i praksissektoren. Det vil dog fortsat være nødvendigt at udføre et betydeligt antal operationer på øjenafdelingerne i regionen. Dels kan komplikationer hos patienten nødvendiggøre hospitalsbehandling, dels skal der være et tilstrækkeligt antal operationer til, at uddannelsen af speciallæger kan varetages. Det er således nødvendigt, at de opererende øjenlæger på hospitalerne opererer tilstrækkeligt mange patienter til, at de kan opretholde rutinen. Det vurderes, at opererende øjenlæger bør udføre mindst 300 operationer årligt, uanset om de er i praksis eller på en hospitalsafdeling.

Manglende udstyr, klinikpersonale og efteruddannelse kan være begrænsninger for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger til praktiserende øjenlæger. Skabelse af incitamenter for investering i medicoteknisk udstyr, ansættelse af klinikpersonale og for efteruddannelse kan være en vej til at flere patienter kan diagnosticeres, behandles og kontrolleres i øjenlægepraksis. I den forbindelse kan det overvejes at øge de praktiserende øjenlægers muligheder for indtjening ved en selektiv forhøjelse eller ophævelse af de såkaldte knækgrænser, som betyder, at der sker fradrag i honorarerne, når øjenlægens overenskomstmæssige omsætning overstiger bestemte grænser. Dette vil også give praktiserende øjenlæger mulighed for at ansætte assisterende øjenlæger.

#### **7.1.7 anbefalinger**

Det anbefales, at

- de praktiserende øjenlæger medvirker til, at patienter, der kan få tilstrækkelig undersøgelse og behandling hos optikere eller alment praktiserende læger, så vidt muligt henvises dertil,
- der indgås aftaler om operationer for grå stær med flere praktiserende øjenlæger på en måde, så det sikres at alle opererende øjenlæger både i praksis og på hospitalerne gennemfører mindst 300 operationer årligt, og under forudsætning af, de praktiserende øjenlæger er konkurrencedygtige,
- der skabes incitamenter til forøgelse af kapaciteten hos de praktiserende øjenlæger med henblik på disse kan varetage flere opgaver,
- der i regi af specialrådet udarbejdes retningslinjer og vedtages standarder for undersøgelse, behandling og kontrol på udvalgte områder,

- der iværksættes kvalitetssikringsprojekter på udvalgte områder, ikke mindst i forbindelse med flytning af opgaver fra øjenafdelingerne til øjenlægepraksis, og
- at det eksisterende antal øjenlægepraksis så vidt muligt opretholdes

## **7.2 Øre næse hals (oto-rhino-laryngologi)**

### **7.2.1 Indledning**

Arbejdsgruppen har bestået af følgende:

Cheflæge Morten Noreng  
Praktiserende ørelæge Britt Tommerup  
Praktiserende ørelæge Bo Karlsmose  
Professor, overlæge Therese Ovesen  
Overlæge Claus Gregers Petersen  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Holger Schildt Knudsen, Hospitalsplanlægning

### **7.2.3 Specialebeskrivelse**

Specialet oto-rhino-laryngologi omfatter diagnosticering, behandling og kontrol af såvel medfødte som erhvervede kirurgiske og medicinske sygdomme og lidelser i ører, næse, bihuler, mundhule, spytkirtler, svælg, den øvre del af spiserøret, strube, halsens bløddeler og kranie basis, herunder traumatologi samt den kirurgiske behandling af sygdomme i skjoldbruskkirtlen og biskjoldbruskkirtlerne, der dog også finder sted på andre kirurgiske afdelinger.

Desuden foretages der endoskopisk diagnostik og behandling af sygdomme i luft- og spiserør samt bronchier og mediastinum.

Specialet kan deles i følgende 4 grupper:

- øresygdomme
- næse- og bihulelidelser
- lidelser i svælg og strube
- hoved-hals kirurgi

Desuden varetager specialet den otoneurologiske udredning af patienter med neurologiske udfald i hoved/halsregionen i tæt samarbejde med bl.a. det neurologiske speciale. Endelig varetages udredning og behandling for taleforstyrrelser i samarbejde med taleterapeuter (evt. fonokirurgisk behandling).

Audiologi (læren om hørelsen), der er et fagområde inden for specialet Øre-næse-halssygdomme, vil ikke blive behandlet i denne praksisplan, da det er blevet vurderet, at dette felt kræves sin egen analyse.

### **7.2.4 Demografiske data**

Antallet af øre-næse-hals-patienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel ældre, vil medføre en stigning i antallet af

patienter med især høremæssige problemer. Dette vil give anledning til, at høreapparatstilpasning og cochlear implant operationer til ældre vil øges. Desuden vil antallet af cancer i hoved/halsområdet stige med deraf følgende forøgelse i antallet af hoved/halskirurgiske indgreb.

### **7.2.5 Oto-rhino-laryngologi hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være tre afdelinger i regionen, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau:

- Hospitalsenheden Vest
- Regionshospitalet Viborg
- Århus Universitetshospital

Der vil fortsat være modtagelse af elektive øre-næse-halspatienter på Regionshospitalet Randers, hvor afsnittet bemannes fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Ovenstående struktur betyder, at det eksisterende afsnit på Regionshospitalet Silkeborg, som bemannes med læger fra Århus, nedlægges. Der vil dog fortsat være audiologisk funktion på Regionshospitalet Silkeborg. Der vil desuden være audiologisk funktion på Regionshospitalet Grenaa.

Der etableres et samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenheden Vest og Århus Universitetshospital, som skal bidrage til at styrke de enkelte funktioners rekruttering samt sikre et tilstrækkeligt patientunderlag. Retningslinjerne for samarbejdet skal beskrives nærmere.

### **7.2.6 Praksiskapacitet**

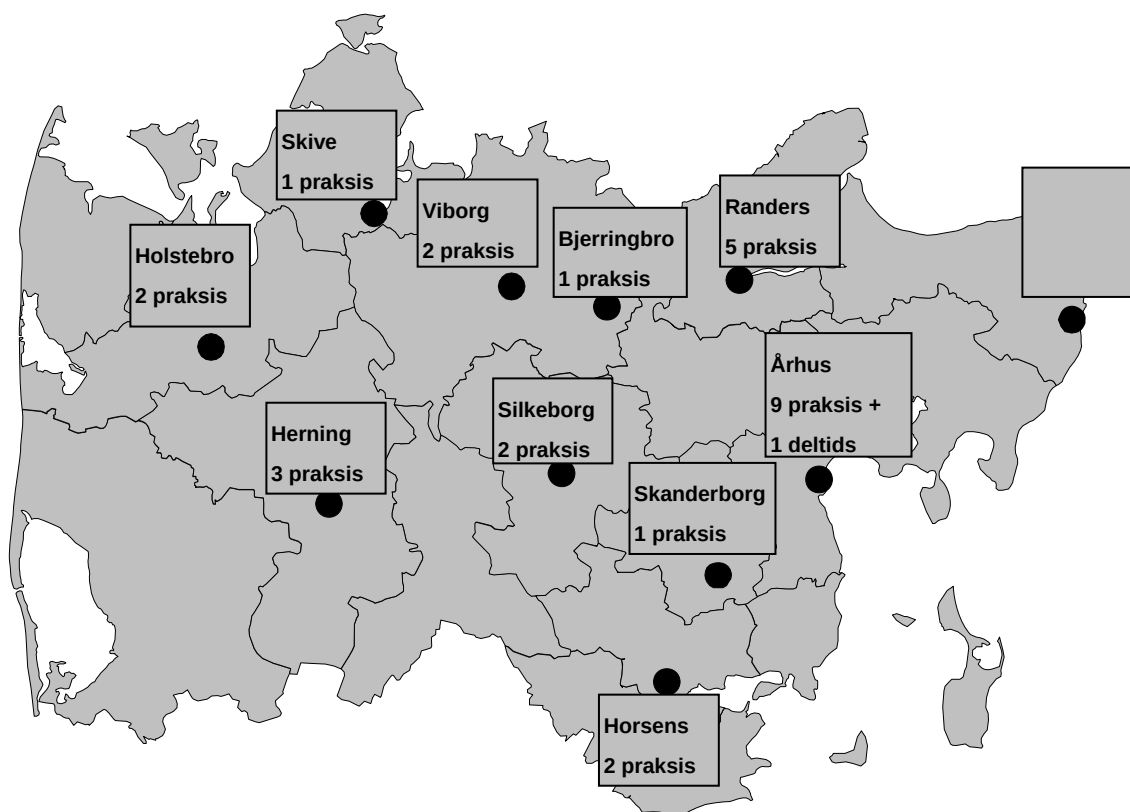
Pr. 1. august 2009 er der 27 fuldtids- og 1 deltidspraktiserende øre-, næse-, halslæger i Region Midtjylland.

Der har indtil efteråret 2007 været 1 fuldtidspraktiserende ørelæge i Grenaa. Dette ydernummer er under besættelse i efteråret 2009.

I forbindelse med, at en tidligere ørelægepraksis i Ringkøbing ikke kunne afhændes, indgik Ringkøbing Amt en aftale om, at praksis "Ørelægerne i Holstebro" kan udvides med yderligere en ørelæge.

Indtil videre er udvidelsen sket ved ansættelse af en assisterende speciallæge. Hvis der ikke inden for en periode på 5 år (hvoraf der resterer 2) har nedsat sig yderligere en ørelæge hos Ørelægerne i Holstebro skal aftalen revurderes.

## Geografisk fordeling



## Køns- og aldersprofil

|           | Gennemsnits- | Antal 60 år |
|-----------|--------------|-------------|
| Køn       | alder        | +           |
| 20 mænd   | 54,5         | 10          |
| 9 kvinder | 53,6         | 3           |
| 29 i alt  | 54,1         | 13          |

Som det fremgår af tabellen, er knap halvdelen af regionens 29 praktiserende øre-, næse- og halslæger 60 år eller ældre.

Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af en del ørelæger i årene fremover.

### 7.2.6 Opgaver der kan flyttes fra hospitaler til praksissektoren

En række opgaver varetages udelukkende på hospitalernes øre-, næse, halsafdelinger. Andre opgaver varetages næsten udelukkende af praktiserende øre-, næse- halslæger. Med enkelte undtagelser anbefales det, at der ikke ændres på denne arbejdsdeling.

Derimod er der en række behandlinger mv., som i dag ligger begge steder, der i højere grad – under visse forudsætninger - kan løses hos praktiserende øre-, næse-, halslæger.

En række af disse behandlinger/operationer er kun i begrænset omfang hidtil blevet løst i praksissektoren, selvom overenskomsten giver mulighed herfor.

Dette skyldes flere faktorer, f.eks.:

- Nogle af operationerne forudsætter erfaring og rutine, som de fleste nuværende praktiserende ørelæger ikke har.
- Det kan dreje sig om operationer, der kræver en vis volumen for at operatøren bevarer rutinen.
- Der har – indtil for nyligt – været ét honorar for bistand til generel anæstesi uanset indgrebets varighed. Dette er ændret, så honoraret hæves ved længerevarende operationer.
- Operationerne kan kræve specielt udstyr og krav til tilrettelæggelsen i praksis, som de fleste nuværende praksis ikke opfylder.

Høreapparatbehandling vil ikke blive behandlet i denne sammenhæng, da det på grund af kompleksiteten analyseres særskilt.

### **Myringoplastik med frit transplantat (lapning af hul i trommehinden)**

Hullet i trommehinden dækkes **med frit transplantat**, hvor det dækkes med et transplantat fra øreflip, muskelhinde i tindingeregion eller bruskhinde fra øret. Indgrebet foregår i lokal-anæstesi, dog i fuld narkose hos børn. Indgrebet kræver ret dyrt instrumentarium og assistance. Der er tale om en tidskrævende operation.

### **Mellemøreoperation med Tympanoplastik**

Defekte eller manglende mellemøreknogler erstattes med transplantater enten fra patienten selv eller fra en knoglebank og i visse tilfælde bruges kunsttransplantater. Indgrebet er omfattende og tidskrævende. Overenskomstens parter forudsætter, at praktiserende ørelæger, der udfører denne ydelse, dokumenterer deres kendskab til ydelsen og vedligeholder deres færdigheder ved at udføre indgrebet jævnligt, og ifølge et overenskomstprotokollat om kvalitetssikring i ørelægepraksis kræves det, at ørelægen skal udføre minimum ca. 20 indgreb om året.

### **Mellemøreoperation med tympanoplastik og mastoidectomi**

Operationen udføres ved kroniske mellemørebetændelser med destruktion af øreknogler og betændelsesprocesser i mellemøre og bagved liggende knoglevæv. Omfattende og tidskrævende indgreb. Der gælder samme forudsætninger og krav til ørelægen som ved ydelsen tympanoplastik.

### **Stritøreoperation (rammeaftale)**

Operationen kræver assistance og diverse specialinstrumenter. Stort materialeforbrug. Foregår oftest i fuld narkose.

Operation for stritøre er en rammeaftale, som er indgået for hele Region Midtjylland. I realiteten er operationerne koncentreret på en praksis.

### **Tonsillektomi (delvis eller fuldstændig fjernelse af halsmandler)**

Dette er et indgreb, som foretages på grund af forstørrede halsmandler, hyppige eller kroniske betændelsestilstande i mandlerne og snorken. Indgrebet udføres i fuld anæstesi.

Efter operationen må patienten overvåges på grund af risikoen for efterblødning. Eventuelt tilses patienten i hjemmet samme aften. Kræver specialudstyr, opvågningsrum og udstyr til elektrokoagulation.

Indgrebet kræver anæstesiologisk assistance til fuld narkose. Smertebehandlingen er en væsentlig faktor i forbindelse med succesfuld behandling i praksis.

Tiltag der kan øge antallet af indgreb i speciallægepraksis:

Patienten kan efter operation indlægges på en børneafdelingen til observation.

Patienten kan indlægges på et patienthotel til observation.

Den praktiserende ørelæge kan tage på efterfølgende sygebesøg, hvilket forudsætter, at kun patienter fra nærområdet opereres.

### **Septumplastik (operation på næseskillevæg)**

Operationer på næseskillevæggen, hvor skævheder af denne giver nedsat luftpassage i en eller begge sider af næsen eller deformiteter af ydre næse (typisk følger af næsetraumer). Operationerne er langvarige og kræver stor ekspertise og specialudstyr. Indgrebene udføres i lokal eller generel anæstesi.

### **Monitorering af obstruktiv søvnapnø syndrom**

Udredning og behandling af patienter med snorkeproblemer udgør en stigende del af arbejdet i øre-næse-hals-praksis. Det drejer sig om et ofte tidsrøvende arbejde, især gælder dette udredningen af patienter med obstruktiv søvnapnø syndrom. Tilstanden medfører alvorlige psykologiske og psykosociale problemer, der i værste fald kan være livstruende eller invaliderende. I dag diagnosticeres obstruktiv søvnapnø syndrom overvejende under indlæggelse, men nyudviklet elektronisk automatiseret udstyr gør det nu muligt at monitorere disse patienter i hjemmet under vejledning af den praktiserende øre-næse-hals-læge. Der er fordele ved at undersøgelsen foretages i eget hjem. Det nødvendige udstyr af tilstrækkelig kvalitet til undersøgelse er kostbart. Standarder for undersøgelsens omfang forventes i fremtiden, og isoleret pulsoxymetri kan ikke anses som fyldestgørende.

Hvis monitoreringen medfører en CPAP-behandling viderevisiteres patienten til udredning og tilpasning af CPAP-behandling på hospitalerne. Undtagelse i tidligere Ringkøbing, hvor der er indgået en aftale om behandling med de praktiserende.

### **CPAP behandling for obstruktiv søvnapnø**

Denne behandling udføres kun i meget begrænset omfang i praksissektoren. Én ørelægepraksis i Region Midtjylland udfører behandlingen i henhold til § 3 aftale. Behandlingen vurderes at være velegnet til udførelse i praksissektoren, hvor dele af behandlingen kan udføres af klinik-

personale. Med henblik på udførelse i praksissektoren bør der udarbejdes standarder og retningslinjer for behandlingen.

Foretages kun i praksis hvis der er indgået en § 3-aftale på området. I Region Midtjylland er dette tilfældet for øre-, næse- og halslægerne i det tidligere Ringkøbing Amt.

Nedenstående ydelser er nogle, det med tiden muligvis vil være hensigtsmæssigt at inddrage speciallægepraksis

### **FESS-operationer (Endoskopisk bihulekirurgi)**

Kronisk rhinosinuitis og polyposis cavi nasi er to hyppige og for patienterne livskvalitetsforringende sygdomme. Ved manglende effekt af konservativ behandling har man i mange internationale studier fundet gode resultater ved brug af den forholdsvis nye funktionel endoskopisk sinuskirurgi (FESS)-teknik.

### **Postoperative kontroller**

Umiddelbart foretages postoperative kontroller af operatøren, men det kan overvejes, at inddrage praksissektoren i denne opgave.

Overvejelsen skal beskrives nærmere og forelægges specialrådet.

### **7.2.7 anbefalinger**

Det anbefales,

at ovennævnte ydelser gradvis – f.eks. i forbindelse med generationsskift i praksissektoren – flyttes fra hospitalerne til praktiserende øre-, næse-, halslæger, således at den aktivitet, der bliver tilbage på hospitalerne vedrørende disse ydelser, alene er begrundet i overlægernes/afdelingslægerens behov for at opretholde viden og rutine og begrundet i behovet for uddannelse af speciallæger,

at visse af ydelserne kun flyttes fra hospitalerne til et begrænset antal praktiserende ørelæger, da der ikke er patienter nok til, at alle praktiserende ørelæger kan opretholde tilstrækkelig rutine i at udføre ydelserne, eller at der stilles så store krav til nødvendige investeringer, at udførelsen af ydelserne i alle praksis ikke vil være rentabelt

at der i regi af Specialrådet udarbejdes standarder og kliniske vejledninger for udvalgte ydelser i praksissektoren

at flytningen af ydelser fra hospitalerne til praksis så vidt muligt tilrettelægges på en måde, så den kan forbedre mulighederne for at rekruttere ørelæger til speciallægepraksis

at der som følge af flytningen af ydelser til speciallægepraksis foretages en mindre udvidelse af den samlede kapacitet i praksissektoren. Udvidelse kan ske ved enten nyoprettelse af



praksis ud fra en konkret vurdering af, hvor behovet er størst kombineret med geografiske hensyn, eller ved ansættelse af assisterende speciallæger i eksisterende ørelægepraksis.

## **7.3 Dermatologi**

### **7.3.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på dermatologiområdet har bestået af:

Cheflæge Anne Thomassen, Århus Universitetshosp., Århus Sygehus  
Praktiserende dermatolog Kim Brocks  
Praktiserende dermatolog Erik Foged  
Praktiserende dermatolog Ulla Søderberg  
Praktiserende dermatolog Birge Knudsen Nissen  
Overlæge Knud Kragballe  
Overlæge Mette Deleuran,  
Overlæge Mette Sommerlund (suppleant)  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Holger Schildt Knudsen, Hospitalsplanlægning

### **7.3.2 Specialet dermatologi og vigtige udviklingstendenser**

Dermato-venerologi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af hudsygdomme og seksuelt overførte sygdomme.

Venerologi omfatter smitsomme sygdomme, som er seksuelt overført.

Hudsygdommene omfatter sygelige tilstande i hud, hår, negle, mund- og genitalslimhinder – herunder bl.a. infektioner (virus, bakterier og svampe), eksemsygdomme, psoriasis, bindevævslidelser, hud- og modermærkekræft, arvelige sygdomme samt problemsår. De inflammatoriske hudsygdomme udgør en væsentlig andel.

Der er i dag beskrevet over 1.000 forskellige hudsygdomme. Diagnostik af hudsygdomme er baseret på direkte inspektion af hudforandringerne samt af en række undersøgelsesteknikker herunder mikroskopisk undersøgelse af hudbiopsier, undersøgelse for allergifremkaldende stoffer i miljøet, mikrobiologisk diagnostik, avanceret lystestning og dermoskopi til differentiering mellem hudens tumorer. Problemsår er sår, hvor den normale helingsproces er standset. Diagnose af sår kræver ofte perifer blodtryksmåling samt forskellige scanninger.

Der er et bredt samarbejde med andre lægelige specialer (infektionsmedicin, reumatologi, intern medicin, plastikkirurgi, ortopædkirurgi, karkirurgi, pædiatri, gynækologi, arbejdsmedicin, geriatri, neurologi og onkologi).

### **7.3.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Antallet af ældre er stigende. Sygdomme, som er hyppigt forekommende hos ældre, såsom skinnenssår, forstadier til hudkræft og hudkræft forventes derfor at stige. Hyppigheden af

hudkræft og modermærkekræft forventes at stige betydeligt. Antallet af tilfælde kan forventes fordoblet inden for de næste 10 år.

Dermatologer varetager i væsentligt omfang diagnostik og behandling af forstadier til ondartede hudtumorer, hudkræft og modermærkekræft. Tiltagende brug af solarier og udsættelse for sollys er risikofaktorer og vil nødvendiggøre øget fokus på forebyggelse.

#### **7.3.4 Dermatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være én afdeling i regionen, som varetager højt specialiserede funktioner og hovedfunktioner inden for specialet. Afdelingen er placeret på:

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Til afdelingen er knyttet en venereaklinik (kønssygdomsklinik), hvor patienterne uden henvisning kan henvende sig med henblik på undersøgelse og behandling for seksuelt overførbare sygdomme.

Der dermatologiske funktion på Regionshospitalet Viborg fortsætter inden for det allerede etablerede samarbejde med Århus Universitetshospital.

#### **7.3.5. Arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læge, dermatologiske speciallægepraksis hospitalerne og specialafdelingen**

Diagnostik og behandling af hudsygdomme foregår for størstedelens vedkommende ambulant i almen praksis og i speciallægepraksis. Sværere eller diagnostisk uafklarede tilfælde henvises til undersøgelse og behandling på dermatologisk specialafdeling. Der foregår dog også meget dermatologisk behandling på medicinske og kirurgiske afdelinger. De praktiserende dermatologer giver ofte konsulenthjælp eller yder tilsyn på hospitalsafdelingerne. For venerologi foregår diagnostik og behandling især i almen praksis men også i venereaklinikker.

De fleste behandlinger kan foregå ambulant, men indlæggelse kan være påkrævet ved svære tilfælde.

Der er blandt arbejdsgruppens medlemmer enighed om, at der er en forholdsvis klar arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren. Flere patientkategorier behandles i begge sektorer, men sygdommens sværhedsgrad og behandlingens kompleksitet er afgørende for, om patienterne behandles i den ene eller den anden sektor, idet patienter med de sværeste sygdomme og med behov for flerfaglig behandling behandles i sekundærsektoren.

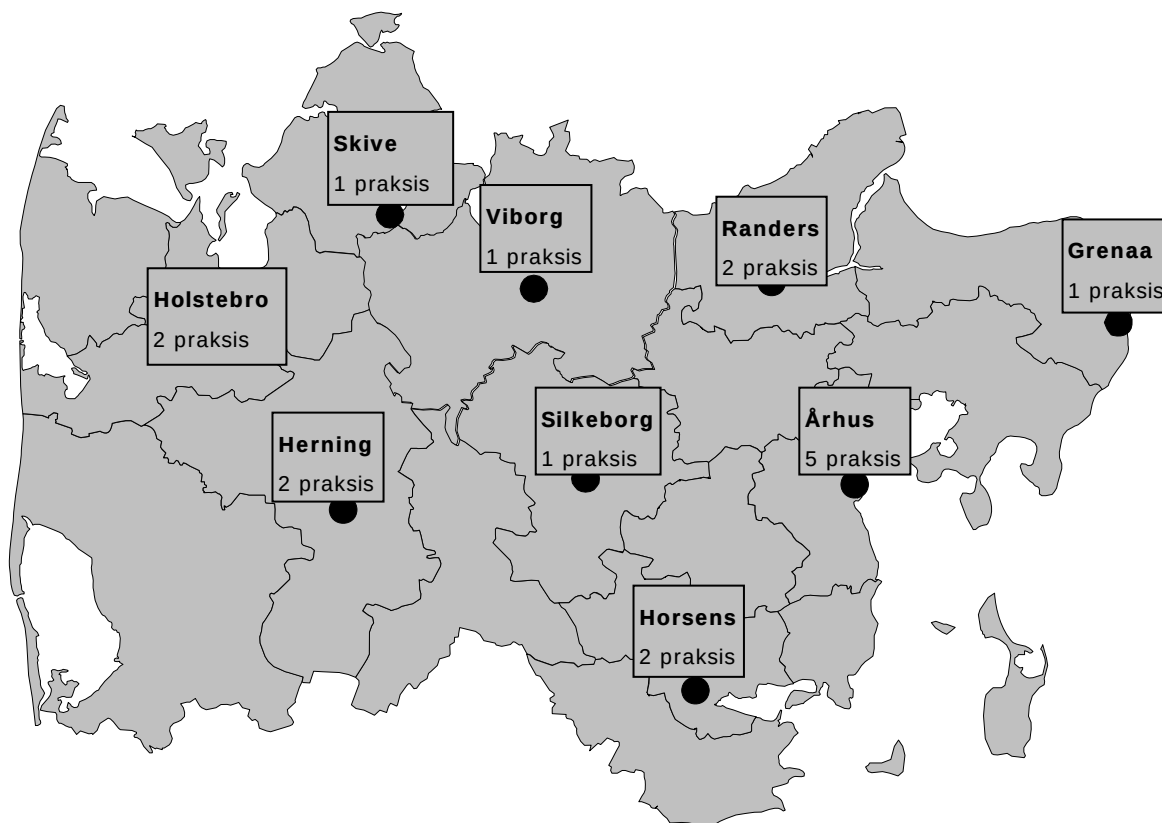
#### **7.3.6 Dermatologisk speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 17 fuldtidspraktiserende dermatologer i Region Midtjylland – 14 mænd og 3 kvinder

Gennemsnitsalderen er 58,4 år og 10 er 60 år eller derover.

Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af en del praktiserende dermatologer i årene fremover.

### Geografisk placering af dermatologiske speciallægepraksis



### Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende dermatologer

Der er typisk 2 – 6 måneders ventetid hos praktiserende dermatologer - alle har dog akutte og subakutte tider.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

### 7.3.7 Dermatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

#### Dermatologisk afsnit på Regionshospitalet Viborg

Under Medicinsk Afdeling på Regionshospitalet Viborg er der en dermatologisk funktion, som varetager både basisbehandlinger og en del specialiserede behandlinger. Afsnittet er bemandet med en speciallæge (normering: 2 speciallæger og 1 yngre læge), sygeplejersker, der er specialuddannet i at varetage dermatologiske behandlinger, og sekretærer. På grund af udtalt

speciallægemangel inden for dermato-venerologi er det besluttet pr. 1. marts 2008 at samle hele den lægelige hospitalsfunktion i dermato-venerologi på specialafdelingen i Århus men samtidig opretholde sygeplejebehandlinger i Viborg. Der arbejdes aktuelt med at beskrive modellen i detaljer.

### **Afdeling for dermato-venerologi på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus**

Der er en højt specialiseret dermato-venerologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, som varetager land- og landsdelsfunktioner for både Region Midtjylland og Region Nordjylland. Til afdelingen er knyttet en venereaklinik (kønssygdomsklinik), hvor patienterne uden henvisning kan henvende sig med henblik på undersøgelse og behandling for seksuelt overførbare sygdomme.

Landsdelsafdelingen varetager den højt specialiserede behandling samt forskning, udvikling og uddannelse. En række hud- og seksuelt overførte sygdomme forudsætter p.g.a. deres sjældenhed og/eller sværhedsgrad en særlig klinisk erfaring, særlig diagnostisk eller behandlingsmæssig teknologi og er derfor landsdelsfunktion.

Med undtagelse af akutte/subakutte tilfælde er der ventetider over garantien på 1 måned til behandling.

### **7.3.8 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Der er ikke i arbejdsgruppen noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen, dog er der enighed om, at der ses en del patienter i den sekundære sektor, som efter arbejdsgruppens opfattelse kunne undersøges og behandles hos de praktiserende dermatologer, ligesom der i speciallægepraksis på nogle områder vil være mulighed for opgaveglidning til almen praksis:

#### **Laserbehandlinger**

Laserbehandling i dermato-venerologisk speciallægepraksis blev indført som en ny ydelse i speciallægepraksis i 1994. Indtil 2006 har der alene foreligget en kortfattet teknisk beskrivelse af ydelsen.

I dag er der 1 speciallægepraksis i Viborg, 1 i Horsens, 1 i Herning, 1 i Randers og 2 i Århus, som har laserudstyr.

Indtil 2006 forelå der alene en kortfattet teknisk beskrivelse af ydelsen, men parterne er blevet enige om en beskrivelse af laserydelsen, der skal udgøre grundlaget for det aftalte honorar.

#### *Kapaciteten til laserbehandling i dag og fremover*

I løbet af 2008, har de 6 praksis med forskellige typer lasere i Region Midtjylland foretaget følgende antal laserbehandlinger:

|           |                                              |
|-----------|----------------------------------------------|
| Praksis 1 | 555 behandlinger (fordelt på 2 speciallæger) |
| Praksis 2 | 31 behandlinger (fordelt på 2 speciallæger)  |

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| Praksis 3 | 122 behandlinger                               |
| Praksis 4 | 1.188 behandlinger                             |
| Praksis 5 | 1.330 behandlinger (fordelt på 2 speciallæger) |
| Praksis 6 | 205 behandlinger                               |

Forskellen i ydelsesmønsteret afspejler bl.a., at der forefindes forskellige lasertyper, som bruges i forskellige sammenhænge (en enkelt praksis har også kirurgisk laser).

Samtlige speciallæger i Region Midt, der råder over laserudstyr, har tilkendegivet, at de har ledig laserkapacitet, så de vil have mulighed for at behandle ekstra patienter.

Det forudsættes dog, at de ekstra laserbehandlinger fordeles jævnt mellem klinikkerne under behørig hensyntagen til geografiske forhold, samt at de holdes uden for knækgrænserne og honoraret forhandles.

De ekstra laserbehandlinger kan tages ind som ekstrapatienter, så det ikke går ud over ventetiden for de patienter, som i forvejen henvises til klinikkerne.

### **PDT – behandling (fotodynamisk terapi)**

PDT-behandling er et alternativ til de mere kendte behandlingsformer af almindelig hudkræft (f.eks, kirurgi og frysning). Behandlingen består i at smøre en salve (Metvix) på det angrebne hudområde og derefter belyse cellerne med rødt lys.

I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at behandle vorter med PDT. Det kan dreje sig om meget aggressive vorter i forbindelse med cancer eller vorter der er behandlingsrefraktære.

PDT-behandlingen kan give bedre kosmetiske resultater end kirurgi og frysning, hvorfor det især anbefales på synlige hudområder såsom ansigt.

I henhold til overenskomsten kan der indgås rammeaftaler om PDT-behandling af cancer og af vorter.

De tidligere Ringkøbing og Viborg amter har indgået rammeaftalen om PDT–cancer og det tidligere Ringkøbing Amt har endvidere indgået rammeaftalen om PDT–vorter.

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at indgå rammeaftalen om PDT-cancer for hele regionen, da det er en behandlingsform, der vil være i vækst de kommende år.

### **Systemisk Immunhæmmende Behandling (eksem og andre svære hudsygdomme)**

Systemiske midler påvirker hele kroppen i modsætning til lokale midler, som kun virker der, hvor de bliver placeret, for eksempel i form af creme der smøres på. Systemisk behandling vil typisk være i form af tabletter eller indsprøjtninger. Der findes i dag flere forskellige tabletbehandlinger beregnet til svær eller invaliderende psoriasis.

Arbejdsgruppen vurderer, at systemisk behandling kan udføres i speciallægepraksis, såfremt der foreligger uddannelse, og der kan opnås tilstrækkelig erfaring.

Endvidere mener arbejdsgruppen, at der kan sikres et mere sammenhængende patientforløb og bedre patientsikkerhed, hvis de praktiserende speciallæger selv initierer behandlingen eller overtager patienten direkte fra hospitalerne.

### **Biologisk behandling**

Biologiske lægemidler anvendes til behandling af flere svære hudsygdomme, som ikke kan behandles på anden vis. Biologiske lægemidler anvendes især til behandling af svær psoriasis. Behandlingen kan tilbydes psoriasispatienter, som er så hårdt ramt af sygdommen, at traditionel behandling (PUVA, UVA, cyclosporin, methotrexat, retinoider, etc.), der normalt reducerer sygdomsaktiviteten, ikke er tilfredsstillende. Biologisk behandling har en hurtig indsættende virkning på hudsymptomerne. Mange oplever, at deres hudsymptomer næsten forsvinder med biologisk behandling og dermed giver en forbedret og nemmere hverdag.

Biologisk behandling gives sædvanligvis på landsdelsafdeling, men visse biologiske behandlinger (Enbrel, Raptiva) af psoriasis kan gives i speciallægepraksis. Dette sker ved at behandlingen iværksættes i speciallægepraksis eller overdrages fra hospitalsafdelingen.

Arbejdsgruppen vurderer, at samarbejdet om biologisk behandling af psoriasis bør styrkes, således at flere patienter kan kontrolleres/behandles i speciallægepraksis.

### **Botox behandling af hyperhidrosis axillae**

Patienter med konstant abnorm kraftig svedproduktion i armhulerne. Behandlingen tilsigter at reducere eller helt at eliminere svedproduktionen og kan inddeles i medicinsk og kirurgisk behandling.

Den konservative behandling består af anvendelse af lokal applikation af svedhæmmende midler, medikamentel behandling, iontoforese og injektion af botulinumtoksin.

Ved kirurgisk behandling fjernes de svedbærende områder.

Injektionsbehandlingen foregår i dag hovedsageligt på hospitalerne, men kan i større udtrækning udføres i praksis. Det er vigtigt, at der sikres en vis volumen på hospitalerne på grund af uddannelsesforpligtelse mv.

### **7.3.9. Anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

#### **Laserbehandling**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at Specialerådets visitationsretningslinier for laserbehandling kommunikeres til de alment praktiserende læger.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indledes forhandling med de praktiserede dermatologer, om honorering og vilkår for at foretage yderligere laserbehandlinger (under forudsætning af at en nærmere analyse af forbruget af laserbehandlinger under udvidet frit sygehusvalg indikerer, at det vil være hensigtsmæssigt – de seneste opgørelser tyder på, at der ikke længere visiteres til privathospitalerne i så stor udstrækning som i 2006). En eventuel visitation til ekstra laserbehandlinger sker via Patientkontoret.

#### **PDT - behandling**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at rammeaftale om PDT-cancer indgås for hele Region Midtjylland, men at den suppleres med klare retningslinier for, hvornår behandlingen skal bruges.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at rammeaftale om PDT-vorter indgås for hele Region Midtjylland, men at den suppleres med klare retningslinier for, hvornår behandlingen skal bruges.

#### **Systemisk Immunhæmmende Behandling (eksem og andre svære hudsygdomme)**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at systemisk behandling i højere grad udføres i praksis.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende dermatologer (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge).

#### **Biologisk behandling**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at biologisk behandling i højere grad udføres i praksis under de anførte forudsætninger.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for at der kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende dermatologer (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge).

#### **Botox behandling af hyperhidrosis axillae**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at Botox behandling af hyperhidrosis ved hjælp af injektion af botulinumtoksin på sigt i højere grad udføres i praksis.

#### **7.3.10 Anbefalinger vedrørende opgaver som kan flyttes til almen praksis**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at behandling af simple vorter ud fra en faglig vurdering kan ligge i almen praksis.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at kontrol af simpel hudkræft ud fra en faglig vurdering i stor udstrækning kan finde sted i almen praksis. Retningslinier for efterkontrol skal udarbejdes af specialerådene.



### **7.3.11 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, at kapaciteten udvides. Der er dog generel mangel på speciallæger inden for dermatologi, så det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren, kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitaler.

Det kan muligvis være en mulighed at styrke praksissektoren ved hjælp af deltidsydernumre. Dette kan muligvis styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren, være positivt i forhold til de praktiserende speciallægers faglige efteruddannelse, styrke praksissektoren med begrænsede u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne og være en metode til at give speciallægerne på hospitalerne mulighed for at yde en ekstra indsats.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at Specialerådet og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus diskuterer holdningen til at løse kapacitetsproblemet i praksissektoren ved hjælp af deltidsydernumre.

### **7.3.12 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen oplever, at det er u hensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende dermatologer uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende dermatologer, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

Arbejdsgruppen finder, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis de praktiserende dermatologer kan varetage en funktion som konsulenter på Dermatologisk Afdeling for at blive opdateret indenfor de nyeste udredninger og behandlingstiltag. Dette kunne også være en støtte for Dermatologisk Afdeling, idet der er ganske få speciallæger til at varetage uddannelsesfunktionen for kursister og introduktionslæger. I dag er der en enkelt af de praktiserende dermatologer, som indgår i en sådan ordning.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at de praktiserende speciallæger kan varetage en funktion som konsulenter på Dermatologisk Afdeling.

## **7.4 Gynækologi**

### **7.4.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på det gynækologiske område har bestået af:

Cheflæge Morten Noreng, Regionshospitalet Randers  
Praktiserende gynækolog Jørn Rolighed, Skive  
Praktiserende gynækolog Jørn Aagaard, Århus.  
Overlæge Finn Hald, Brædstrup.  
Overlæge Astrid Højgaard, Randers  
Postgraduat Klinisk Lektor Gitte Eriksen  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Kontorchef Rikke Skou, Sundhedsplanlægning  
Fuldmægtig Mette Byrial Sørensen, Hospitalsplanlægning

### **7.4.2 Specialet gynækologi**

Gynækologi og obstetrik er et samlet speciale.

Gynækologi omfatter forebyggelse, diagnosticering og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, diagnostik og behandling af fertilitetsproblemer, svangerskabsforebyggelse, svangerskabsafbrydelse og kønshormonbehandling af kvinder. Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik (fødselshjælp) omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, undersøgelser og behandling under svangerskab, fødsel og i barselsperioden. Desuden varetager specialet en stor del af den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre. Føtalmedicin er en del af obstetrikken og omhandler fosterundersøgelse ved ultralydsscanning, biokemiske og invasive metoder.

### **7.4.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Med hensyn til den kvindelige del af befolkningen ses frem mod 2018 en tilvækst på 4,8 % (ca. 30.000 flere kvinder) når hele gruppen betragtes samlet. Der ses en lille stigning på 0,9 % (1.400 kvinder) i gruppen af kvinder i den fødedygtige alder (20-39 år) og en stor stigning på 20,5 % af kvinder over 60 år (ca. 28.800 kvinder).

I 2028 vil der være 9,3 % flere kvinder (58.500 kvinder) end i 2008. I den fødedygtige alder mellem 20 og 39 år vil stigningen være på 6 % (9.400 kvinder) mens der vil være 42,7 % (60.160 kvinder) flere kvinder over 60 år i 2028 end der er i dag.

#### Udvikling i antal kvinder, 2008-2028

|                      | 2008    | 2018    |                |            | 2028    |                |            |
|----------------------|---------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|
|                      | Antal   | Antal   | Vækst<br>antal | Vækst<br>% | Antal   | Vækst<br>antal | Vækst<br>% |
| <b>Kvinder i alt</b> | 620.136 | 650.168 | 30.032         | 4,8 %      | 678.634 | 58.498         | 9,3 %      |
| <b>20 – 39 årige</b> | 156.154 | 158.562 | 1.408          | 0,9 %      | 165.550 | 9.396          | 6,0 %      |
| <b>60 årige +</b>    | 140.778 | 169.605 | 28.827         | 20,5 %     | 200.938 | 60.160         | 42,7 %     |

#### 7.4.4 Arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læge, gynækologiske speciallægepraksis, hospitalerne og specialafdelingen

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Akutbehandling inden for det gynækologiske-obstetriske speciale vil blive varetaget på hovedfunktionsniveau fem steder i regionen herunder på Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau. Herudover vil der være fødsler på Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Holstebro.

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens (forventede normale fødsler i et samarbejde med RH Randers)
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Regionshospitalet Silkeborg (forventede normale fødsler i et samarbejde med RH Viborg)
- Århus Universitetshospital, Skejby

Som udgangspunkt vil samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau blive varetaget på matrikler med fælles akutmodtagelse.

Fødslerne visiteres således, at såvel de komplicerede som de normale fødsler finder sted i Randers, Viborg, Herning og Århus, mens kun de forventede normale fødsler finder sted i Silkeborg, Horsens og Holstebro. I forlængelse heraf etableres pædiatrisk samarbejde – herunder neonatologisk beredskab.

Specialeudredningen har peget på, at der af hensyn til den faglige kvalitet, skal ske en samling af behandling for ovariecancer på Århus Universitetshospital, Skejby. Dette er sket pr. 1.1.2008.

Fertilitetsbehandling vil varetages på Århus Universitetshospital, Skejby, i Skive, på Regionshospitalet Brædstrup og på Regionshospitalet Randers (transport IVF).

Hertil kommer Center for Voldtægts ofre, som er placeret ved Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Der er specialelægepraksis på 9 lokaliteter i regionen: Randers (1), Århus (4), Silkeborg (2), Viborg (1), Skive (1). Der udføres udredning og behandling inden for almen gynækologi, inkl. fertilitetsudredning og mere end 1.000 inseminationer årligt – nærmere beskrevet i kapitel 6.

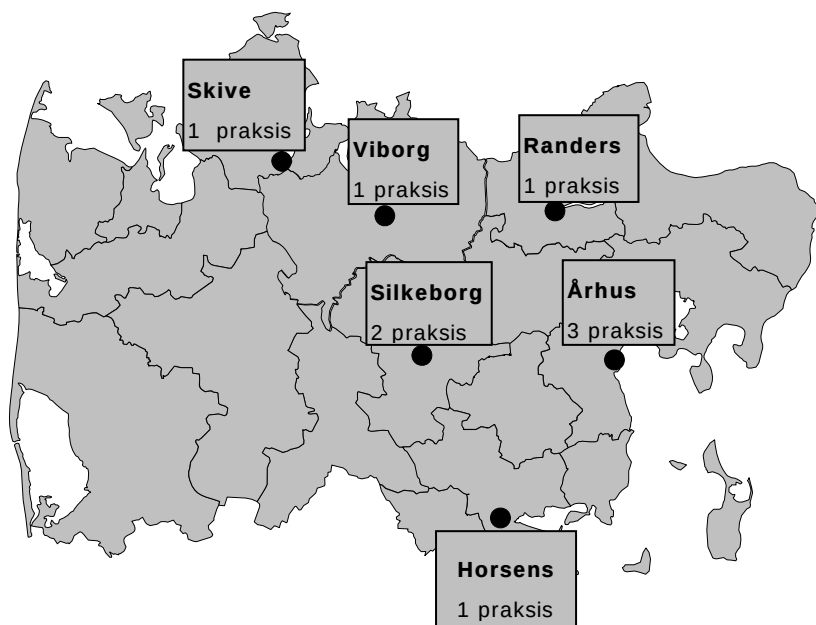
#### **7.4.5 Gynækologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 9 fuldtidspraktiserende gynækologer i Region Midtjylland – 4 mænd og 5 kvinder.

Gennemsnitsalderen er 54 år og 2 er over 60 år. På den baggrund bliver der formentlig ikke noget væsentligt behov for rekruttering af praktiserende gynækologer i de nærmeste år.

Det vurderes dog som mindre hensigtsmæssigt, at der ikke findes adgang til gynækologisk speciallægepraksis i den sydvestlige del af Region Midtjylland.

#### **Geografisk placering af gynækologiske speciallægepraksis**



#### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende gynækologer**

Der er typisk op til 2 måneders ventetid og i visse tilfælde mere hos praktiserende gynækologer afhængig af patientens problemstilling - alle har dog akutte og subakutte tider.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

#### **7.4.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

De privatpraktiserende speciallæger tilbyder udredning og behandling inden for

- 1. trimester i graviditeten med vurdering af graviditetslokalisering og levedygtighed.
- Celleforandringer – dysplasi
- Conisation
- Blødningsforstyrrelser
- Vandladningsgener
- Svangerskabsforebyggelse
- Overgangsalder-gener
- Betændelsestilstande
- Tumorudredning
- Underlivssmerter
- Små vaginale operationer
- Fertilitetsudredning og –behandling
- Medicinske og kirurgiske aborter
- Simpel nedsynkning - prolaps
- Tidlige scanninger
- Medicinske og kirurgiske aborter

Alle gravide tilbydes i løbet af 11. – 13. uge en nakkefoldscanning. I dag foretages langt de fleste scanninger på hospitalernes ambulatorier, men de kan foretages i gynækologisk speciallægepraksis under forudsætning af, at speciallægen og/eller klinikpersonale, der foretager scanningen, har gennemgået uddannelse og er certificeret sonograf og kan foretage risikoberegning.

Det bør dog vurderes nærmere hvilke kvalitetskrav, der skal opfyldes ved flytning af NF scanninger og tilhørende risikoberegninger til primær sektoren. Endelig bør det undersøges, hvilke kvalitetsmæssige konsekvenser det får for afledte handlinger i form af moderkagebiopsier og ab pro.

De praktiserende speciallæger i Region Midtjylland har tilsammen ca. 40.000 ambulante konsultationer og knap 20.000 telefonkonsultationer.

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at der er en forholdsvis klar arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren, og der er ikke noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen. Flere patientkategorier behandles i begge sektorer, men sygdommens sværhedsgrad og behandlingens kompleksitet er afgørende for, om patienterne behandles i den ene eller den anden sektor, idet patienter med de sværeste sygdomme og med behov for flerfaglig behandling behandles i sekundærsektoren. På hospitalerne ses dog en del patienter, som efter arbejdsgruppens opfattelse kunne undersøges og behandles hos de praktiserende gynækologer.

På de gynækologiske/obstetriske afdelinger er det nødvendigt med et omfattende vagtberedskab. Sammenhængende hermed er afdelingerne i stand til at foretage

undersøgelser og behandlinger uden lang ventetid for patienterne. På den baggrund er det ikke hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalsafdelingerne til de praktiserende gynækologer.

Der kan dog opstå perioder med spidsbelastning på hospitalsafdelingerne. I sådanne situationer vil det være en fordel, at der kan omvisiteres patienter til praktiserende gynækologer. Men hvis der skal ske en større forøgelse af aktiviteten i gynækologiske speciallægepraksis, vil det være nødvendigt at hæve eller fjerne knækgrænsen.

#### **7.4.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

Arbejdsgruppen vurderer, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til de praktiserende gynækologer. Ved spidsbelastninger på hospitalsafdelingerne vil det dog være en fordel, at der umiddelbart kan omvisiteres patienter til praksis.

Arbejdsgruppen påpeger, at hvis der flyttes opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis i større udstrækning, er det vigtigt, at eventuelle konsekvenser for de yngre lægers uddannelse indtækkes.

Arbejdsgruppen oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende gynækologer uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende gynækologer, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

#### **7.4.8 Anbefaling om praksiskapacitet**

Arbejdsgruppen anbefaler, at den nuværende kapacitet af gynækologiske speciallægepraksis er passende, og at den bevares. Hvis det senere skønnes hensigtsmæssigt at udvide praksiskapaciteten, anbefales det, at udvidelsen sker ved oprettelse af en praksis i den sydvestlige del af regionen.

## **7.5 Reumatologi**

### **7.5.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på reumatologiområdet har bestået af:

Cheflæge Christian Møller-Nielsen  
Praktiserende speciallæge, PhD Berit Schiøttz-Christensen  
Praktiserende speciallæge Erik Gustavsen  
Ledende overlæge, PhD Ulrich Fredberg  
Overlæge, dr.med. Ulrik Tarp  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Kontorchef Rikke Skou Jensen, Sundhedsplanlægning  
Fuldmægtig Maiken Hjortbak Hospitalsplanlægning

### **7.5.2 Specialet reumatologi og vigtige udviklingstendenser**

Reumatologi varetager forebyggelse, undersøgelse, behandling og forskning vedrørende inflammatoriske, autoimmune, metaboliske, degenerative og belastningsbetingede sygdomme, der afficerer led, muskler, ryg og knogler. De inflammatoriske led- og bindevævssygdomme afficerer ofte flere organsystemer og kan være livstruende. Inflammatoriske og degenerative ledsygdomme samt degenerative rygsygdomme er kvantitativt dominerende.

Specialet varetager genoptræning og rehabilitering af egne patienter.

Hovedgrupper af sygdomme inden for reumatologi:

- Inflammatoriske ledsygdomme, herunder reumatoid artrit, psoriasisartrit, reaktiv artrit, spondylartrit og urinsur artrit m.fl.
- Bindevævs- og vaskulitsygdomme, herunder systemisk lupus erythematosus, sklerodermi, Sjögrens syndrom, Wegeners granulomatose, polymyalgia rheumatica/kæmpecellearteritis m.fl.
- Degenerative ledlidelser, herunder osteoartrose i knæ- og hofteled m.fl.
- Rygsygdomme, herunder diskusprolaps, spinalstenose m.fl.
- Bløddelsreumatisme, herunder overbelastning og skader på sener, muskler, ledbånd og slimsække som følge af idræt og arbejde
- Metaboliske knoglesygdomme, herunder osteoporose
- Specialiseret rehabilitering, herunder rygmarvsskader

### **7.5.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Den demografiske ændring vil for det reumatologiske speciale betyde at antallet af potentielle patienter med degenerative sygdomme vil stige betydeligt. Regionens indbyggere forventes at blive ældre, pådrage sig flere livsstilssygdomme herunder bevægeapparatssygdomme som artrose, samtidig med at gruppen af patienter med inflammatoriske sygdomme stiger, idet behandlingen i de tidligere perioder af sygdommen bedres.

#### **7.5.4 Reumatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være reumatologisk speciallægedækning på samtlige hospitaler med fælles akutmodtagelse enten i form af en egentlig afdeling/funktion eller i form af aftaler om assistance fra andre hospitaler. Det reumatologiske speciale vil således være repræsenteret på følgende matrikler:

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Hospitalsenheden Vest
- Regionshospitalet Viborg
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

I sin egenskab af Center of Excellence, i overensstemmelse med visitationsretningslinjerne og som følge af de elektive ortopædkirurgiske opgaver inden for f.eks. rygkirurgien, vil Regionshospitalet Silkeborg desuden modtage intern medicinske patienter med henblik på forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – i tilknytning hertil etableres reumatologisk funktion.

Ovenstående struktur medfører, at de reumatologiske stationære funktioner flyttes fra Regionshospitalet Skive til Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg (Center of excellence).

#### **7.5.6 Reumatologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er pr. 1. januar 2009 3 speciallægepraksis i Region Midtjylland. 2 er beliggende i Århus og 1 i Skanderborg.

1 af de praktiserende speciallæger er over 60 år og kønsfordelingen er 1 mand og 2 kvinder.

#### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende reumatologer**

Der er hos de praktiserende speciallæger aktuelt differentieret ventetid for henviste patienter. Ventetiden er afhængig af indikation aktuelt mellem 1 uge og 5 måneder.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

#### **7.5.7 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Det er ikke muligt med baggrund i diagnosen alene at afgøre, hvorvidt en patient bør behandles i speciallægepraksis, idet det afhænger af sygdommens sværhedsgrad og behandlingsbehov.



Som led i diagnostik anvendes i speciallægeklínikken ultralyd og muskuloskeletal diagnostik. Der er mulighed for at rekvirere laboratorieanalyser og billeddiagnostik.

Behandlingen af patienter med inflammatorisk grundmorbus planlægges og følges af den enkelte speciallæge.

Der foregår i vid udstrækning socialmedicinsk samarbejde via statusattester og speciallægeerklæringer.

På den baggrund ses følgende muligheder for at flytte opgaver fra sygehus til speciallægepraksis:

1. behandling med anti-inflammatorisk medicin, herunder anti-TNF til ukomplicerede patienter.
2. diagnostisk afklaring af patienter med funktionsbegrænsning eksempelvis akutte og subakutte rygproblemer samt overbelastningsskader, herunder idrætsskader.

Speciallægepraksis har aktuelt ikke samme muligheder for tværfaglig og tværsektoriel udredning og behandling som hospitalsafdelingerne, men det vil være et vigtigt udviklingsområde.

Optimering af omvisitering kunne indgå som et værdifuldt redskab med henblik på at opnå bedst mulig visitation og derved ressourceudnyttelse mellem speciallægepraksis og sygehusafdeling.

I den reumatologiske specialeudredning anbefaler specialrådet, at samarbejdet mellem speciallægepraksis og hospitalsafdelinger styrkes i forhold til diagnostik, behandling, forskning og uddannelse.

Arbejdsgruppen har udarbejdet nedenstående vejledende retningslinier for, hvor patienten bør behandles.

### **Kronisk leddegigt og andre inflammatoriske sygdomme**

Hovedparten af disse diagnosegrupper diagnosticeres og behandles i speciallægepraksis. Det skønnes, at 20 % af alle patienter med kronisk leddegigt har behov for biologisk behandling. Patienter med aktiv sygdom med utilstrækkelig effekt af konventionel antireumatisk behandling skal på nuværende tidspunkt behandles i hospitalsafdeling. Der foreligger nu fra Dansk Reumatologisk Selskab forslag til etablering af behandling af patienter med ukomplicerede inflammatoriske sygdomme med biologiske lægemidler i speciallægepraksis. Forslaget kræver tæt samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusafdeling, uddannelse og løbende kvalitetskontrol. Dansk Reumatologisk Selskab er i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen ved at afklare kravene til at anvende biologisk behandling i speciallægepraksis forud for eventuel godkendelse i Sundhedsstyrelsen.

Specialiseret genoptræning af patienter med inflammatorisk sygdom bygger på tværfaglig indsats, som er veletableret i sygehusregi. Mulighederne for at etablere lignende tværfaglige tilbud i speciallægepraksis bør undersøges med henblik på at tilbuddet kan gælde for alle patienter med inflammatorisk ledsygdom

### **Inflammatoriske rygsygdomme**

Hovedparten af denne patientgruppe kan diagnosticeres og behandles i speciallægepraksis. Det skønnes, at 20 % af alle patienter med inflammatorisk rygsygdom har behov for biologisk behandling. Udviklingen inden for brug af biologiske lægemidler bør for denne gruppe følge gruppen af patienter med andre inflammatoriske ledsygdomme.

Specialiseret genoptræning af patienter med inflammatorisk sygdom bygger på tværfaglig indsats, som er veletableret i sygehusregi. Mulighederne for at etablere lignende tværfaglige tilbud i speciallægepraksis bør undersøges med henblik på at tilbuddet kan gælde for alle patienter med inflammatorisk grundsygdom

### **Degenerativ rygsygdom / rygsmerter**

2/3 af patienter med rygsmerter/degenerativ ryglidelse har som første kontakt den praktiserende læge. I 1/3 af tilfældene starter patienterne hos kiropraktor. Egen læge samarbejder hyppigt med praktiserende fysioterapeut. Hovedparten af patienterne kan behandles i primærsektoren, og kun en mindre del henvises til reumatologisk speciallægepraksis og de reumatologiske afdelinger.

Patienter med kroniske rygsmerter behandles især i almen praksis, men kan også behandles i speciallægepraksis og på hospitalsafdeling. Der er i forbindelse med diagnostik og behandling af sværere tilfælde behov for tværsektorielt samarbejde, som det er etableret på flere reumatologiske afdelinger. Der er i behandlingen af de komplicerede patienter ofte behov for teambaseret tværfaglig indsats, hvor der i det indledende forløb er brug for samling af flere specialer og samtidig adgang til behandlinger hos specialiseret fysioterapeut og ergoterapeut. Efter den indledende behandling henvises til genoptræningstilbud i kommunen.

### **Degenerativ ledlidelse**

Hovedparten af patienter med degenerativ ledlidelse (artrose) kan diagnosticeres og behandles i almen praksis. En mindre del henvises til speciallægepraksis. Den primære udredning og behandling foregår bedst hos alment praktiserende læge og i speciallægepraksis, hvis der er behov for lokal behandling fx injektion ved knæledsartrose. Ved fremskredne tilfælde er der ofte behov for behandling i ortopædkirurgisk regi, men kun sjældent for behandling i den reumatologiske hospitalsafdeling. Der er ofte behov for vejledning vedrørende smertebehandling, kost og træning, hvilket med fordel kan foregå hos egen læge og lokal fysioterapeut.

### **Belastningsrelaterede sygdomme**

Diagnosticering og behandling af belastningsrelaterede bevægeapparatssygdomme kan foregå hos praktiserende læge, i speciallægepraksis og i hospitalsafdeling. Behandling foregår primært hos alment praktiserende læge og i speciallægepraksis. Der er kun sjældent behov for

behandling i hospitalsafdeling. Der er ofte behov for vejledning vedr. smertebehandling og træning, hvilket med fordel kan foregå i speciallægepraksis i samarbejde med lokal fysioterapeut. Idrætsmedicinske problemstillinger behandles primært hos praktiserende læger. I svære tilfælde kan henvises til speciallægepraksis eller hospitalernes idrætsmedicinske klinikker.

### **Kroniske smertetilstande**

Diagnosticering og behandling af kroniske smertetilstande bør primært foregå hos alment praktiserende læge, der vil have de bedste muligheder for at samle de ofte komplekse problemstillinger inden for psyko-social symptomatologi, social- og arbejdssituation mm. Ved indikation for en reumatologisk vurdering, som led i udredningen, kan denne foregå enten hos speciallæge eller på hospital.

### **7.5.8 Anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at ovenstående retningslinier vedrørende reumatologiske patienter ligger til grund for arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hospitalerne.

### **7.5.9 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, at kapaciteten udvides. Der er dog generel mangel på speciallæger inden for reumatologi, så det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren, kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitaler.

Det kan være en mulighed at styrke praksissektoren ved hjælp af deleydernetumre og/eller assisterende speciallæger. Dette kan muligvis også styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren, være positivt i forhold til de praktiserende speciallægers faglige efteruddannelse, styrke praksissektoren med begrænsede uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne og være en metode til at give speciallægerne på hospitalerne mulighed for at yde en ekstra indsats.

### **7.5.10 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen anbefaler:

- At målet er at styrke det ligeværdige samarbejde mellem speciallægepraksis og hospitalsafdelinger i forhold til diagnostik, behandling, forskning og uddannelse.

Specifikt anbefales:

- At adgang til diagnostiske og terapeutiske procedurer så vidt muligt er ens for speciallægepraksis og sygehusafdeling.
- At der etableres kvalitets- og forskningssamarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusafdeling, eksempelvis etablering af universitært samarbejde i form af lektorater.

- At der forsøgsvis etableres formelt samarbejde om uddannelsen af kommende speciallæger indenfor specialet og om den kontinuerlige uddannelse af regionens reumatologiske speciallæger.

Vedrørende rygpatienter:

Region Midtjylland forventer, at der igangsættes et udredningsarbejde omkring det hensigtsmæssige forløb for rygpatienter, herunder hvorledes faglighederne i både den primære og sekundære sektor skal samarbejde på tværs til gavn for patienten.

Samtidig forventes det, at udredningsarbejdet skal fungere som tværfagligt projekt, hvor relevante faggrupper i både den primære og sekundære sektor repræsenteres i udredningsarbejdet.

Arbejdsgruppen mener, at det er en god idé at igangsætte udredningsarbejdet og bakker op om det påtænkte initiativ.

## 7.6 Kardiologi

### 7.6.1 Indledning

Arbejdsgruppen på kardiologiområdet har bestået af:

Cheflæge Steen Friberg Nielsen  
Speciallæge Inger Sihm  
Overlæge Jette Bertelsen  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Rikke Schou Jensen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Helle Hygum, Hospitalsplanlægning

### 7.6.2 Specialet kardiologi og vigtige udviklingstendenser

Det kardiologiske speciale varetager diagnostik, behandling, forebyggelse og forskning indenfor hjerte- og kredsløbslidelser. Specialet omfatter primært sygdomme i hjertet, hjertesækken, lungeblodkar og hovedpulsåren i brysthulen samt forhøjet blodtryk. Patienter med kredsløbssygdomme i hjernen og i blodkarrene til benene behandles fortrinsvis på neurologiske og karkirurgiske afdelinger.

Hjertesygdomme er karakteriserede ved hyppighed, oftest akut sygdomsbillede, høj dødelighed, evidensbaseret nytteværdi af højteknologiske undersøgelses- og behandlingsmetoder og veludbygget præhospital diagnostik og behandling ved hjælp af telemedicin, lægeambulance m.m. For den akut syge hjertepatient er hurtig diagnose og behandling afgørende for god prognose. Der bør derfor være 24 timers kardiologisk speciallægedækning på alle afdelinger, som modtager akutte hjertepatienter.

De væsentligste diagnostiske grupper af hjertesygdomme er.

1. Iskæmisk hjertesygdom (kransåreforkalkning).
2. Akut og kronisk hjertheinsufficiens (hjertesvigt).
3. Hjerterytmeforstyrrelser.
4. Hjerteklapsygdomme.
5. Hypertensio arterialis (forhøjet blodtryk).
6. Dyb venøs trombose og lungeemboli (dyb årebetændelse og blodprop i lungekredsløbet).
7. Medfødte hjertesygdomme.
8. Aortasygdomme (sygdomme i legemspulsåren).
9. Pulmonal arteriel og tromboembolisk pulmonal hypertension (forhøjet lungeblodtryk).

Kategoriseringen mellem disse grupper er ofte vanskelig, eksempelvis tidligere blodprop i hjertet forårsaget af forhøjet blodtryk og delvist arveligt betinget forhøjet blodfedt, nu forkammerflimren (rytmeforstyrrelse), utæt hjerteklap og hjertesvigt.

Blandt ambulante patienter i hjertemedicinske afdelinger dominerer ovenstående diagnosegrupper også, men dertil kommer en stigende population af undersøgelser og

langtidsopfølgningen på mistanke om arvelige sygdomme, som påvirker hjertemusklens og/eller hjertets elektriske system og kontroller og behandling af patienter med forstyrrelser i blodfedtet og blodets størkningsmekanismer.

### **7.6.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Den demografiske udvikling med flere ældre i befolkningen vil give medføre et øget pres på det kardiologiske område

### **7.6.4 Specialets organisatoriske placering og planlægning, arbejdsdeling mellem speciallægepraksis og hospitalerne**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

På hovedfunktionsniveau vil der være fem akutte afdelinger, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau.

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Skejby

Som udgangspunkt vil de ovenfor nævnte fem hospitaler varetage samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau inden for det kardiologiske speciale.

De kardiologiske vagtberedskaber skal desuden være på de hospitalsmatrikler, hvor der er fælles akutmodtagelse.

I sin egenskab af Center of Excellence og i overensstemmelse med visitationsretningslinjerne vil Regionshospitalet Silkeborg modtage intern medicinske patienter med henblik på forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser – i tilknytning hertil vil der være kardiologisk funktion. Der udarbejdes visitationsretningslinjer, idet det forudsættes, at akutte kardiologiske patienter, der køres via 112 indbringes til en fælles akutmodtagelse.

Specialeudredningen har peget på en række områder, hvor der, af hensyn til den faglige kvalitet, vurderes at være behov for en ændret organisering. Dette gælder funktionerne:

- Det telemedicinske vagtberedskab, som udredes nærmere
- CT-koronararteriografi, som udredes nærmere
- 24-timers EKG (Holter), som udredes nærmere

Ovenstående struktur medfører, at de kardiologiske funktioner samles på de fem nævnte hospitaler, og dermed flyttes fra Regionshospitalet Skive til Regionshospitalet Viborg.

### **7.6.5 kardiologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 2 fuldtidspraktiserende kardiologiske speciallæger, som begge har praksis i Århus. De er henholdsvis 57 år og 65 år.

### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende kardiologer**

Der er i dag relativ kort ventetid hos praktiserende kardiologer – ventetiderne varierer lidt alt efter patientens behov. Begge har dog akutte og subakutte tider.

Parterne er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

### **8.6.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Arbejdsgruppen vurderer, at en stor del af de ikke invasive hjertemedicinske opgaver, der varetages ambulant på regionens sygehuse, rent fagligt kan løses i speciallægepraksis.

Dog skal det påpeges at hjerterehabilitering efter AMI (blodprop i hjertet) og postoperativ opfølgning på hospitalerne samt opdosering af hjertheinsufficiens behandling også indebærer en fysisk træningsdel, som er væsentlig for patienten. I speciallægepraksis kan der kun tilbydes klinisk kontrol.

Det er endvidere arbejdsgruppens vurdering, at der i dag er en fornuftig arbejdsdeling mellem hospitalerne og speciallægepraksis. Det er stort set de samme typer patienter, der ses hos de praktiserende kardiologer og på ambulatorierne.

Da der er et meget stort pres på hospitalerne inden for kardiologien, vil det være hensigtsmæssigt, hvis speciallægepraksis i endnu højere grad end tilfældet er i dag, aflaster ambulatorierne.

Der er ikke behov for en ændring af arbejdsdelingen i forhold til opgaver men i højere grad i forhold til fordeling af patienter med samme behov for undersøgelse, behandling og kontrol.

Problemet med at speciallægepraksis skal se flere kardiologiske patienter er, at der kun findes to praktiserende speciallæger i regionen, og de har under de eksisterende forudsætninger svært ved at se flere patienter.

Justering eller ophævelse af knækgrænserne vil være en mulighed for forøgelse af kapaciteten hos de eksisterende praktiserende kardiologer. Dette vil give øget incitament til at se flere patienter og/eller til at ansætte assisterende speciallæger.

Det kan være en mulighed at opslå flere ydernumre (hel- eller deltids). Der er i dag stor mangel på kardiologiske speciallæger, så en udvidelse af praksiskapaciteten kan nemt få uheldige konsekvenser for hospitalerne, hvis de skal levere speciallægen.

Arbejdsgruppen påpeger, at hvis der opslås yderligere et ydernummer i regionen, er det vigtigt, at dette kan besættes uden uforholdsmæssigt store konsekvenser for hospitalerne, og at et nyt ydernummer i givet fald skal placeres i den vestlige del af regionen.

#### **7.6.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at den nuværende arbejdsdeling mellem hospitalerne og speciallægepraksis bibeholdes med hensyn til hvilke undersøgelser og behandlinger, der foregår i de to sektorer.

#### **7.6.7 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder, at den nuværende kapacitet af praktiserende kardiologer bør være lidt større, men at det med baggrund i den store mangel på kardiologiske speciallæger kan være uhensigtsmæssigt at opslå yderligt et ydernummer.

Kapacitetsforøgelsen kan ske ved, at fuldtidspraktiserende kardiologer får tilladelse til at ansætte assisterende speciallæger. Dette vil give hospitalsansatte kardiologer mulighed for at yde en ekstra indsats. Dog vurderer de praktiserende kardiologer, at denne ordning næppe vil være attraktiv for ansættende kardiologer, hvis der ikke samtidig sker en forhøjelse af knækgrænserne for deres praksis. Det må antages, at ordningen kan medvirke til at styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren.

En forhøjelse/fjernelse af knækgrænsen vil tillige øge incitamentet til, at de eksisterende praktiserende kardiologer, ser endnu flere patienter, end de gør i dag

- Arbejdsgruppen anbefaler, at hvis der opslås yderligere et ydernummer i regionen, skal dette kunne besættes uden uforholdsmæssige store konsekvenser for hospitalerne, og at et nyt ydernummer i givet fald skal placeres i den vestlige del af regionen.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at de praktiserende kirurger kan ansætte assisterende speciallæger, og at der indgås aftaler om knækgrænser, som øger incitamentet herfor.

#### **7.6.8 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende kardiologer uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

Arbejdsgruppen finder, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis hospitalerne nemt kan visitere relevante patienter - både forundersøgelser og kronikere - til speciallægepraksis i situationer, hvor de har lang ventetid, og de efter en klinisk vurdering skønner, at det er relevant.



- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende kardiologer, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

## **7.7 Lungemedicin**

### **7.7.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på det lungemedicinske område har bestået af:

Cheflæge Hans Peder Graversen  
Praktiserende speciallæge Birger Larsen  
Overlæge Ole Hilberg  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Kontorchef Rikke Skou Jensen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Maiken Hjortbak, Planlægningsafdelingen

### **7.7.2 Specialet lungemedicin og vigtige udviklingstendenser**

Medicinske lungesygdomme (lungemedicin) omfatter udredning, behandling og kontrol af patienter med sygdomme i øvre og nedre luftveje, lunger og lungehinder.

Lungemedicin spænder vidt og omfatter "folkesygdomme" som astma og allergi, herunder høfeber samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), lungekræft, komplicerede lungeinfektioner, tuberkulose, lungefibrose og obstruktiv søvnapnø. Dette gør lungemedicin til et stort speciale. Cirka 20 procent af alle akutte medicinske hospitalsindlæggelser udgøres af lungemedicinske patienter, der forbruger cirka 25 procent af den medicinske sengekapacitet, og her er overvejende tale om patienter med svær KOL – patienter der bør behandles af speciallæger i lungemedicin.

### **7.7.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

De to største sygdomsgrupper udgøres af de obstruktive lungesygdomme (KOL og astma). Begge sygdomme forekommer hos ca. 6 procent af befolkningen. Den demografiske fremskrivning af regionens population vil influere væsentligt på antallet af patienter med KOL og astma.

Antallet af nye tilfælde af astma har på verdensplan og i Danmark været stærkt stigende i løbet af de sidste 20 år. Den nuværende høje prævalens på omkring 8 procent forventes at ville være uændret i de næste 15 år. Samme tendens forventes at afspejles i antallet af KOL-patienter, både på grund af den kumulerede effekt af rygning og den stigende levealder. Antallet af KOL-patienter forventes således at stige i de kommende 10-15 år.

Lungekræft er den tredje store sygdomsgruppe inden for lungemedicin, og er den hyppigste kræftform i Danmark (ca. 5,5 procent af alle dødsfald) med cirka 3.600 nye tilfælde om året. Antallet af lungekræft-tilfælde forventes imidlertid ikke at ændre sig i de næste 10-15 år.

### **7.7.4 Lungemedicinske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

På hovedfunktionsniveau vil der være fem akutte afdelinger, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau.

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Som udgangspunkt vil de ovenfor nævnte fem afdelinger varetage samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau.

I sin egenskab af Center of Excellence og i overensstemmelse med visitationsretningslinjerne vil Regionshospitalet Silkeborg modtage intern medicinske patienter med henblik på forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser - i tilknytning hertil vil der være lungemedicinsk funktion.

Lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Skive integreres i Regionshospitalet Viborg.

På hovedfunktionsniveau varetages følgende funktioner:

- Udredning og behandling af Astma og Rhinitis
- Kronisk Obstruktive Lungesygdomme
- Lungeinfiltratudredning
- Allergologisk udredning m.h.t inhalationsallergener samt bi- og hvepseallergi
- Dyspneudredning
- Udredning og behandling af ukompliceret Sarcoidose
- Initiale undersøgelser ved udredning for lungefibrosesygdomme
- Udredning af Pleuras sygdomme
- Behandling af KOL-exacerbationer
- Inklusiv NIV(Non Invasiv Ventilation)-behandling
- Behandling af infektioner i Lunger og Pleurae
- Undersøgelse ved mistanke om TB
- Søvnapnoe undersøgelse

Varetagelse af lungemedicin på hovedfunktionsniveau forudsætter adgang til radiologi, inklusiv CT-scanning, UL-scanning og MR-scanning samt fuldt udbygget anæstesiologisk funktion.

På højt specialiseret niveau varetages følgende funktioner:

- For patienter i eget optageområde varetages funktioner svarende til hovedfunktionsniveau
- Behandling af Tuberkulose og infektioner med atypiske mykobakterier (i dag foretages behandling af TB desuden på Skive og Holstebro sygehuse)
- For- og efterundersøgelse ved lungetransplantation

- udredning og behandling af lungefibrosesygdomme
- Vanskelige lungeinfiltratudredninger
- Allergologisk udredning og behandling af medicin- og fødemiddelallergi
- Særligt komplicerede lungesygdomme generelt

Varetagelse af højt specialiseret niveau forudsætter særligt uddannet personale og rådighed over tidssvarende og avanceret udstyr.

#### **7.7.5 Lungemedicinske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 1 fuldtidspraktiserende og 2 deltidspaktiserende lungemedicinere i Århus og en delepraksis med 2 speciallæger i Silkeborg.

Gennemsnitsalderen er 55,4 år, 1 er over 60 år.

#### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende lungemedicinere**

Der er typisk 2 – 4 ugers ventetid hos praktiserende lungemedicinere - alle har dog akutte og subakutte tider.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

#### **7.7.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Arbejdsgruppen vurderer, at en stor del af de ikke invasive lungemedicinske opgaver, der varetages ambulant på regionens sygehuse, rent fagligt kan løses i speciallægepraksis.

Der er blandt arbejdsgruppens medlemmer enighed om, at der er en forholdsvis klar arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren. Flere patientkategorier behandles i begge sektorer, men sygdommens sværhedsgrad og behandlingens kompleksitet er afgørende for, om patienterne behandles i den ene eller den anden sektor, idet patienter med de sværeste sygdomme og med behov for flerfaglig behandling behandles i sekundærsektoren.

Da der er et meget stort pres på hospitalerne inden for lungemedicin, vil det være hensigtsmæssigt, hvis speciallægepraksis i endnu højere grad end tilfældet er i dag, aflaster ambulatorierne.

Der er kun på enkelte områder behov for en ændring af arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis i forhold til opgaver, men det er arbejdsgruppens opfattelse, at der kan være behov for en anderledes fordeling af patienter med samme behov for undersøgelse, behandling og kontrol.

De alment praktiserende læger har en stor rolle i forbindelse med lungemedicinske sygdomme. F.eks. kan de fleste diagnosticere KOL hos cigaretrygere ved hjælp af peakflowmeter eller

mini-vitalograf. Generelt er det hensigtsmæssigt at opfølgning og kontrol af adskillige lungemedicinske sygdomme – i særdeleshed KOL - foretages som shared care mellem sundhedsvæsenets parter.

Problemet med at speciallægepraksis skal se flere lungemedicinske patienter er, at der kun findes en fuldtidspraktiserende speciallæge, 2 deltids og en delepraksis i regionen, og de har under de eksisterende forudsætninger svært ved at se flere patienter.

Justering eller ophævelse af knækgrænserne vil være en mulighed for forøgelse af kapaciteten hos de eksisterende praktiserende lungemedicinere. Dette vil give incitament til at se flere patienter og/eller til at ansætte assisterende speciallæger.

Det kan være en mulighed at opslå flere ydernumre (hel- eller deltids). Der er i dag stor mangel på lungemedicinske speciallæger, så en udvidelse af praksiskapaciteten kan nemt få uheldige konsekvenser for hospitalerne, hvis de skal levere speciallægen.

En anden mulighed er at opgradere en eller flere af de eksisterende deltidspraksis til fuldtids. Set på baggrund af de deltidspraktiserende lungemedicineres supplerende beskæftigelse, kan den løsning tilsyneladende realiseres uden større u hensigtsmæssige konsekvenser for hospitalerne.

Arbejdsgruppen påpeger, at hvis der opslås yderligere et ydernummer i regionen, er det vigtigt, at dette kan besættes uden uforholdsmæssigt store konsekvenser for hospitalerne.

### **Søvnapnø**

Obstruktiv søvnapnø er karakteriseret ved dårlig nattesøvn med snorken dagtræthed og tendens til at falde i søvn i situationer med ensartet arbejde, i pauser, under møder, ved bilkørsel og ved TV-kiggeri. De mere svære tilfælde er invaliderende, hæmmer arbejdsindsatsen og nedsætter livskvaliteten og øger risikoen for trafikulykker 4-6 gange. Der er desuden en let øget risiko for hjerte-kar-sygdomme og let øget dødelighed.

Der skønnes at være ca. 12.000 personer i Region Midtjylland, der lider af obstruktiv søvnapnø, men kun ca. 2000 er diagnosticerede og er i CPAP behandling. Det stigende antal patienter med hjertesygdomme, forhøjet blodtryk og KOL forventes at bidrage til et stigende behov for mulig diagnosticering af søvnapnø, og efterspørgslen skønnes at stige til 2.000 udredninger pr. år.

Diagnosen stilles ud fra sygehistorien kombineret med søvnmonitorering. Ganske få patienter er så alment påvirkede at de udredes under indlæggelse. Udredningen bør almindeligvis ligge i lungemedicinsk regi.

Behandlingen foregår med et natligt CPAP-apparat (omvendt støvsugerprincip), som patienten benytter i hjemmet. Herved forbedres søvnkvaliteten, dagtrætheden forsvinder og

livskvaliteten forbedres. Et typisk forløb består af 2-3 ambulante besøg over 1-2 uger, et kontrolbesøg efter 1 måned og dernæst årlige kontroller.

Behandlingen vurderes at være velegnet til udførelse i praksissektoren, hvor dele af behandlingen kan udføres af klinikpersonale. Med henblik på udførelse i praksissektoren bør der udarbejdes standarder og retningslinjer for behandlingen.

Søvnapnø udredes og behandles også i øre-, næse-, halslæger regi.

### **KOL og andre kroniske sygdomme**

KOL er den mest ressourcekrævende lungesygdom, især som følge af hyppige akutte indlæggelser ved forværring og opstået lungeinfektion hos de alvorligere syge KOL patienter.

KOL skyldes i høj grad cigaretrykning og er i øvrigt slutprodukt ved en række kroniske lungesygdomme, der har stået på gennem mange år.

KOL-sygdommen har traditionelt været dårligt defineret, den omfatter en mangfoldighed af tilstande (emfysem, astma, bronkieektaser, bronkiolitis, "ren KOL"). Sygdommen karakteriseres ved permanent nedsættelse af lungefunktion, som medfører udtalt åndenød, reduceret livskvalitet og øget dødelighed. Det skønnes at ca. 10 procent af personer over 50 år har KOL, og at antallet af nye tilfælde vil være stigende.

KOL-sygdomme diagnosticeres ofte i almen medicinsk praksis. Udredning på hospital er ofte påkrævet, bl.a. for at vurdere en eventuel kardial årsag til lungehunger/dyspnoe.

Behandling af stabil KOL omfatter rygeophør og supplerende medicinsk behandling af lungesygdommen. Den KOL-syge har også god effekt af lungerehabilitering, som gives efter et (hospitalsbaseret) fastlagt program. Svære tilfælde af KOL med kronisk lungeinsufficiens kan kræve behandling med ilt-terapi, som ordineres og kontrolleres fra lungemedicinsk afdeling. Ca. 1.000 KOL patienter er i behandling med hjemmeilt i regionen, og flere steder er der udgående ordninger, hvor sygeplejersken besøger patienter i hjemmet med henblik på kontrol og justering af ilt-dosis.

Opfølgende kontrol af KOL-patientens tilstand er væsentlig, da sygdommen ikke helbredes men forværres - efterhånden med tiltagende plejebehov til følge.

Derfor er shared-care løsninger og samvirke mellem sundhedsvæsenets regionale og kommunale parter af stor betydning for patientens sikkerhed og trivsel trods den fremadskridende sygdom. Der er således brug for både den alment praktiserende læge, den praktiserende speciallæge og hospitalsafdelingen til løsning af de omtalte opgaver.

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport "Tidlig opsporing og behandling af KOL" bør patienter med svær KOL tilbydes KOL-rehabilitering, der er specialiseret genoptræning, og som derfor skal

foregå i hospitalsregi. Lette til moderate KOL-tilfælde bør tilbydes alm. genoptræning i kommunalt og almen medicinsk regi.

KOL patienter bør kontrolleres af speciallæge i lungemedicin årligt.

Ved velbehandlet astma kan patienten oftest have et normalt liv. Dårligt kontrolleret astma er en alvorlig sygdom med nedsat livskvalitet, sygefravær, risiko for førtidspension, akutte indlæggelser og potentielt livstruende anfald. Let astma udredes/behandles hos egen læge eller efter henvisning hos speciallæge. Ved usikker diagnose, sværere astma, dårlig compliance, mistænkt erhvervsrelateret astma eller ved særlig allergologisk problematik henvises til lungemedicinsk/allergologisk ambulatorium. Særligt svær astma kan henvises til lands- og landsdelsafdelinger.

Den ambulante udredning skal sikre korrekt diagnose samt kortlægning af astmatype, sværhedsgrad og relaterede sygdomme. Behandlingen afhænger af sværhedsgraden. Ved underbehandling er der risiko for farlige anfald, tab af lungekapacitet, symptomforværring og nedsat livskvalitet. Ved overbehandling er der unødvendige udgifter og bivirkningsrisiko.

Allergivaccination mod høfeber/allergisk snue kan reducere risikoen for astma og anvendes i moderate-svære tilfælde. Risikoen for forværring, indlæggelser og dødsfald reduceres ved forebyggende behandling og rygestop. Opnåelse af god astmakontrol kræver regelmæssig kontrol.

### **Allergivaccinationer**

Allergi er generelt tiltagende i den danske befolkning (40 % er sensibiliserede og 25 % har symptomer) og astma og rhinitis er ofte associeret med allergi, og der må forventes en stigende efterspørgsel efter allergivaccinationer.

Udredning og behandling for inhalationsallergi og bi- og hvepseallergi samt fødemiddel- og medikamentel allergi forgår på lungemedicinsk basisniveau, medens mere specielle allergier udredes og behandles på lands- og landsdelsniveau.

Tidligere foretog de alment praktiserende læger i stor udstrækning allergivaccinationer, men efter der er indført mere restriktive sikkerhedsforanstaltninger i forbindelse med vaccinationerne, er det ikke længere tilfældet.

De praktiserende speciallæger i intern medicin, herunder lungemedicinere har i dag – som de eneste praktiserende speciallæger - mulighed for ud over konsultationshonorar at blive honoreret for vaccinationerne i henhold til overenskomsten mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.

Da allergiområdet breder sig til andre specialer såsom øre-næse-hals, dermatologi og pædiatri, har speciallæger inden for disse områder ytret ønske om at blive honoreret særskilt for at allergivaccinere.

Der savnes en national plan for udredning og behandling af allergi, og der findes ingen danske eller internationale guidelines for, hvor mange der bør vaccineres, men ca. 25 % af befolkningen har høfeber. Indikationen for vaccination diskuteres, men der vil typisk være tale om patienter, der ikke har tilstrækkelig effekt af symptomatisk behandling og patienter, hvor man ønsker at forebygge yderligere allergi og udvikling af astma.

### **7.7.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

#### **Søvnapnø**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at behandlingen af patienter med søvnapnø i stor udstrækning foregår i praksissektoren

#### **KOL og andre kroniske sygdomme**

- Arbejdsgruppen anbefaler, speciallægepraksis i højere grad involveres i opfølgning og kontrol af kronisk patienter, der er diagnosticerede.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at speciallægepraksis i højere grad involveres i behandlingen af patienter med svær eller middelsvær astma.

#### **Allergivaccinationer**

- I det omfang der bliver behov for yderligere allergivaccinationer, anbefaler arbejdsgruppen, at dette varetages af speciallægepraksis.

### **7.7.8 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, at kapaciteten udvides. Der er dog generel mangel på speciallæger inden for lungemedicin, så det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren, kan ske uden store uensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitaler.

Det kan være en mulighed at styrke praksissektoren ved hjælp af deltidsydernumre. Dette kan muligvis styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren, være positivt i forhold til de praktiserende speciallægers faglige efteruddannelse, styrke praksissektoren med begrænsede uensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne og være en metode til at give speciallægerne på hospitalerne mulighed for at yde en ekstra indsats.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at en eller flere af de eksisterende lungemedicinske deltidspraksis opgraderes til fuldtidspraksis.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at hvis der opslås yderligere et ydernummer i regionen, skal dette kunne besættes uden uforholdsmæssige store konsekvenser for hospitalerne.



### **7.7.9 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen oplever, at det kan være u hensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende lungemedicinere uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

Samtidig anerkender arbejdsgruppen vigtigheden af princippet med familielægen – i særdeleshed i forbindelse med KOL, astma, allergi mv.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der i udvalgte tilfælde med klart dokumenterede begrundelser gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende lungemedicinere, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

## **7.8 Kirurgi**

### **7.8.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på det kirurgiske område har bestået af:

Cheflæge Ole Østerballe  
Praktiserende kirurg Søren Fristrup  
Praktiserende kirurg Carsten Hansen  
Overlæge Lars Sømod  
Overlæge Erik Skoubo Kristensen  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Helle Hygum Hospitalsplanlægning

### **7.8.2 Specialet kirurgi og vigtige udviklingstendenser**

De kirurgiske specialer omfatter undersøgelse, behandling og kontrol af sygdomme og skader og medfødte misdannelser, hvor operative indgreb er eller kan blive aktuelle, bortset fra sådanne, der varetages i andre specialer, f.eks. ortopædkirurgi, gynækologi, ort-rhinolaryngologi m.fl.

Kirurgi omfatter fagområderne: karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi, kirurgisk gastroenterologi og plastikkirurgi samt områderne: endokrinkirurgi, mammakirurgi og børnekirurgi.

Der vil fremover være store muligheder for yderligere omlægning af stationær kirurgi til dagkirurgi. Inden for mammakirurgien vil nogle patientkategorier kunne håndteres i dagkirurgisk regi. Laparoskopisk colonkirurgi er ligeledes et klart udviklingsområde, hvor en langt større del af operationerne kan udføres som minimal invasive indgreb med de fordele det indebærer.

Det er ikke kun inden for colonkirurgi, der er et stort udviklingspotentiale med laparoskopisk kirurgi. Det er også tilfældet for en række andre operationer - ikke mindst på hernieområdet, hvor en stor del af operationerne foregår laparaskopisk i dag.

### **7.8.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Antallet af ældre er stigende. Sygdomme, som er hyppigt forekommende hos ældre, såsom cancer i mave-tarmsystemet, forventes derfor at stige.

### **7.8.4 Kirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være fem akutte afdelinger i regionen på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau. De akutte afdelinger vil varetage såvel akut som elektiv kirurgi:

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Som udgangspunkt vil de ovenfor nævnte fem hospitaler varetage samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau inden for de kirurgiske specialer. Specialeudredningen har dog peget på en række områder, hvor der, af hensyn til den faglige kvalitet, er behov for en særlig organisering. Dette gælder funktionerne:

- Mammakirurgi varetages på Hospitalsenheden Vest, på Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Randers og på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der etableres samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest og Regionshospitalet Viborg og mellem Regionshospitalet Randers og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Thyreideakirurgi, hvor organiseringen skal udredes nærmere
- Rectumcancer kirurgi, som samles på Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Randers og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Som følge af at der ikke længere skal varetages rectumcancer kirurgi på Regionshospitalet Viborg, skal der indledes drøftelser med Region Nordjylland omkring den eksisterende aftale på området
- Leverresektioner er samlet på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

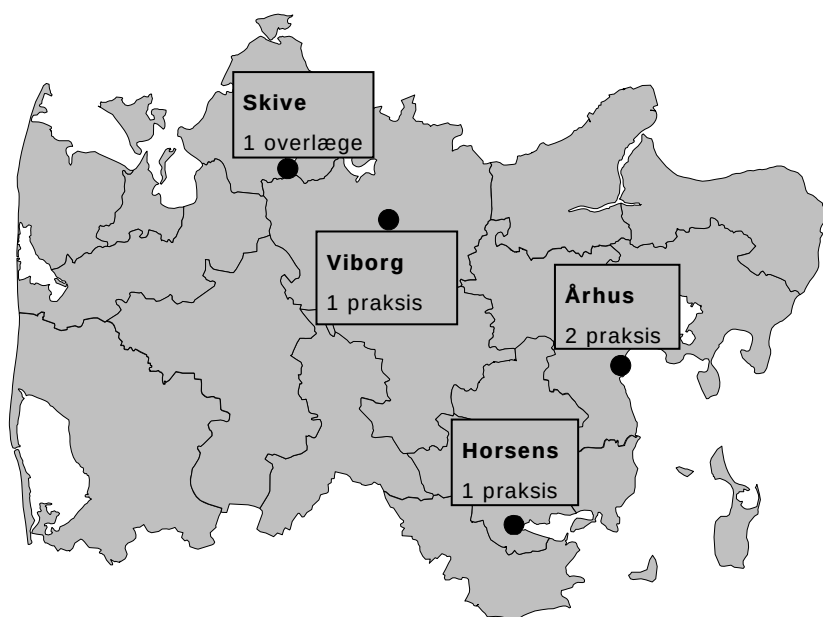
Ovenstående struktur medfører, at de akutte kirurgiske funktioner samles på de fem nævnte hospitaler, og dermed flyttes fra Regionshospitalet Silkeborg. Der indgås en samarbejdsaftale mellem Regionshospitalet Silkeborg og Regionshospitalet Viborg om varetagelse af udetjeneste på Regionshospitalet Silkeborg.

#### **7.8.5 Kirurgiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 4 fuldtidspraktiserende kirurger i Region Midtjylland – alle er mænd. Derudover er der en med et overlægeydernummer i Skive.

Gennemsnitsalderen er 59,0 år, 2 er over 60 år (uden overlægeydernummeret)

## Geografisk placering af kirurgiske speciallægepraksis



### Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende kirurger

Der er typisk 2 – 6 måneders ventetid hos praktiserende kirurger - alle har dog akutte og subakutte tider.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

#### 7.8.6 Flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren

Der er ikke i arbejdsgruppen noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen, dog er der enighed om, at der ses en del patienter i den sekundære sektor, som efter arbejdsgruppens opfattelse kunne undersøges og behandles hos de praktiserende kirurger.

### Endoskopier

Alle diagnostiske endoskopier som gastro-, kolo- og sigmoideoskopier kan med fordel i højere grad end i dag foretages i speciallægepraksis.

Nedbringelse af ventetider til endoskopier i form af aftaler om pukkelafrvikling udføres enkelte steder og kan bringes ud til samtlige praksis. Indføres screening for kolorektalcancer, vil dette blive særdeles aktuelt.

Arbejdsgruppen vurderer, at speciallægepraksis vil have mulighed for og incitament til at foretage betydeligt flere endoskopier, hvis området holdes uden for knækberegningen.

## **Hernieoperationer og andre minorkirurgiske indgreb**

I henhold til overenskomsten er der i dag mulighed for, at de praktiserende kirurger udfører en række mindre operationer, som foregår i lokalanæstesi såsom fjernelse af små hudtumorer, forhudsfor snævring, springfinger, åreknuder, hernier mv.

I dag kan de praktiserende kirurger ikke umiddelbart gøre brug af bistand fra anæstesiologer, idet anæstesiologerne i henhold til overenskomsten alene kan bidrage med assistance i øre- og øjenlægepraksis. Hvis der gives mulighed for bistand fra anæstesiologer i kirurgiske speciallægepraksis, vil der også være mulighed for at de praktiserende speciallæger kan foretage lidt større operationer, som kræver generel anæstesi. Det bemærkes, at anæstesiologien er under udredning i forbindelse med Sundhedsstyrelsens speciale gennemgang. Krav og anbefalinger til organisering udmeldes herfter.

En lang række operationer – såsom hernie – foretages i dag laparoskopisk og området er under en rivende udvikling. Arbejdsgruppen vurderer, at denne operationsform fremover vil have meget stor relevans i speciallægepraksis.

Hospitalet kan ikke umiddelbart henvise patienterne til behandling i speciallægepraksis, hvis de har lang ventetid på behandlingen eller de skønner, at det vil være hensigtsmæssigt for hospitalsafdelingen og patienten, at indgrebet foretages hos den praktiserende speciallæge.

Hvis speciallægepraksis får mulighed for at gøre brug af anæstesiologer og henvisningsmulighederne smidiggøres, vurderer arbejdsgruppen, at de praktiserende kirurger i endnu højere grad kan aflaste hospitalet i perioder med spidsbelastninger.

## **Stomi- og incontinensrådgivning**

Stomipatienter går til løbende kontrol og opfølgning på ambulatorierne. Arbejdsgruppen vurderer, at dette hensigtsmæssigt kan foregå i speciallægepraksis, under forudsætning af at klinikken har det rigtige set up og personalet den relevante (efter)uddannelse.

Endvidere vurderer arbejdsgruppen, at det vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende speciallæger, der har interessen og kvalifikationer, får mulighed for at rådgive i forhold til incontinens.

## **Sterilisation af mænd**

I henhold til overenskomsten kan praktiserende kirurger udføre sterilisation af mænd, hvis regionsrådet har besluttet, at indgå rammeaftalen derom. Aftalen er indgået af tidligere Viborg Amt, men ikke af de øvrige amter.

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt, at rammeaftalen om sterilisation af mænd indgås for hele Region Midtjylland.

### **7.8.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

#### **Endoskopier**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås aftaler, så de praktiserende kirurger i højere grad kan indgå i arbejdet med at foretage diagnostiske endoskopier som gastro-, kolo- og sigmoideoskopier – herunder aftaler om henvisningsmuligheder fra hospitaler til speciallægepraksis (se under "øvrige anbefalinger").
- Arbejdsgruppen anbefaler, at endoskopier holdes uden for knækberegningen.

#### **Hernieoperationer og andre minorkirurgiske indgreb**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes videre med, at de praktiserende kirurger for mulighed for at gøre brug af anæstesiologer.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås aftaler, som giver speciallægepraksis mulighed for at foretage laparoskopiske operationer, evt. på udvalgte områder.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at henvisningsmulighederne fra hospitalerne til speciallægepraksis smidiggøres (se under "øvrige anbefalinger").

#### **Stomi- og incontinensrådgivning**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås aftaler med de praktiserende kirurger om, at de kan foretage rådgivning, kontrol og opfølgning på stomipatienter. Dette forudsætter at speciallægen har den fornødne ekspertise og interesse.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås aftaler med de praktiserende kirurger om, at de kan foretage rådgivning i forhold til incontinens. Dette forudsætter at speciallægen har den fornødne ekspertise og interesse.

#### **Sterilisation af mænd**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at rammeaftale om sterilisation af mænd indgås for hele Region Midtjylland.

### **7.8.8 anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, at praksiskapaciteten udvides. Der er dog generel mangel på speciallæger inden for kirurgi, så det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren, kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitaler.

Kapacitetsforøgelsen kan ske ved, at fuldtidspraktiserende kirurger får tilladelse til at ansætte assisterende speciallæger. Dette vil give hospitalsansatte kirurger mulighed for at yde en ekstra indsats. Dog vil denne ordning næppe være attraktiv for ansættende kirurger, hvis der ikke samtidig sker en forhøjelse af knækgrænserne for deres praksis. Det må antages, at ordningen kan medvirke til at styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der oprettes et kirurgisk ydernummer i den vestlige del af regionen.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at de praktiserende kirurger kan ansætte assisterende speciallæger

#### **7.8.9 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende kirurger uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

Endvidere er det vurderingen, at der i højere grad ville kunne skabes mulighed for at speciallægepraksis kan aflaste hospitalerne i forbindelse med venteliste afvikling mv., hvis der kan henvises direkte fra hospitalerne til speciallægepraksis.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende kirurger, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

## **7.9 Neurologi**

### **7.9.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på neurologiområdet har bestået af:

Cheflæge Per Jørgensen, Psykiatrien  
Praktiserende neurolog Erik Lehfeldt  
Praktiserende neurolog Per Schmidt Sørensen  
Praktiserende neurolog Einar Bech  
Overlæge Lene Rosendahl  
Overlæge Johannes Jakobsen  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Helle Hygum, Hospitalsplanlægning

### **7.9.2 Specialet neurologi og vigtige udviklingstendenser**

Det neurologiske speciale varetager diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med sygdomme i hjerne, rygmarg, nerver og muskler. Sygdommene kan være medfødte som følge af genetiske defekter, eller erhvervede som følge af immunologisk, infektiøs, vaskulær, traumatisk eller toksisk skade. Neurologiske sygdomme er oftest kroniske og svækker graden af selvhjulpethed, hvilket medfører stor belastning af patient, pårørende og samfund.

### **7.9.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Antallet af aldersrelaterede neurologiske sygdomme, især apopleksi og demens vil stige noget mere end væksten af ældrebefolkningen, fordi tilvæksten af demens er eksponentiel, som funktion af alder og fordi apopleksi er en ældresygdom (gennemsnitlig debutalder; 75 år). For de øvrige neurologiske sygdomme må der forventes en aktivitetstilvækst på godt 10 %, betinget dels af bedre diagnostik og dels af større befolkningskrav om neurologisk vurdering.

### **7.9.4 Specialets organisatoriske placering og planlægning, arbejdsdeling mellem speciallægepraksis og hospitalerne**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være tre afdelinger, som varetager behandlinger på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, som varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau:

- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Mulighederne for at etablere neurologisk service på Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Randers i forbindelse med etablering af fælles akutmodtagelse skal udredes nærmere.



Der etableres et samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg og Hospitalsenheden Vest, som skal bidrage til at styrke de enkelte funktioners rekruttering, samt sikre et tilstrækkeligt patientunderlag. Retningslinjerne for samarbejdet skal beskrives nærmere.

Den akutte trombolyselbehandling af borgere i Region Midtjylland vil varetages med udgangspunkt i en center-satellitmodel mellem Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Hospitalsenheden Vest, som dækker hele det midtjyske område. I overensstemmelse med udbredelsen af behandlingen forventes en faglig udvikling, hvor trombolyselbehandling vil ske i tilknytning til de fælles akutmodtagelser i center-satellitsamarbejde med Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Denne model kan foregå i et protokolleret forsøg på Regionshospitalet Viborg. Muligheden for at afprøve denne model tænkes alene som et supplement til de eksisterende trombolysfunktioner, og vil således forudsætte Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Regionshospitalet Hammel Neurocenter vil fortsat varetage højt specialiseret behandling inden for neurorehabilitering for Vestdanmark, og vil indtage en afgørende rolle i udviklingen af området i Region Midtjylland. Neurorehabilitering skal endvidere varetages på Regionshospitalet Lemvig og i Skive som en del af et sundhedshus. Der igangsættes en udredning af den fremtidige indsats på neurorehabiliteringsområdet i regionen. Udredningen har fokus på den faglige kvalitet. Desuden skal samarbejdet med kommunerne og regionens tilbud under serviceloven samt etablering af en fælles visitation for neurorehabiliteringsfunktionerne indgå .

Regionshospitalet Viborg varetager i dag højt specialiseret paraplegibehandling for Vestdanmark. Der igangsættes en faglig udredning af den fremtidige organisering og fortsatte tilknytning til Århus Universitetshospital i forlængelse af Sundhedsstyrelsens specialegennemgang.

Klinisk Neurofysiologi skal varetages i tilknytning til de neurologiske afdelinger. Der igangsættes et udredningsarbejde med henblik på at sikre den neurofysiologiske service.

Der er 6 fuldtidspraktiserende neurologiske speciallæger og et deltidsydernummer i Region Midt med konsultation i Viborg, Risskov, Århus, Hammel, Skanderborg, Horsens og Søften/Hinnerup (deltidsydernummer). Der har været samordningsforum for de praktiserende og de afdelingstilknyttede neurologer i specialerådet ved Århus Universitetshospital og dette samarbejde er nu videreført til specialerådet i Region Midtjylland. Samarbejdet med alment praktiserende læger varetages via praksiskoordinatorordningen og i specialerådet for neurologi.

De praktiserende neurologer varetager udredning og behandling af ambulante patienter på hovedfunktionsniveau.

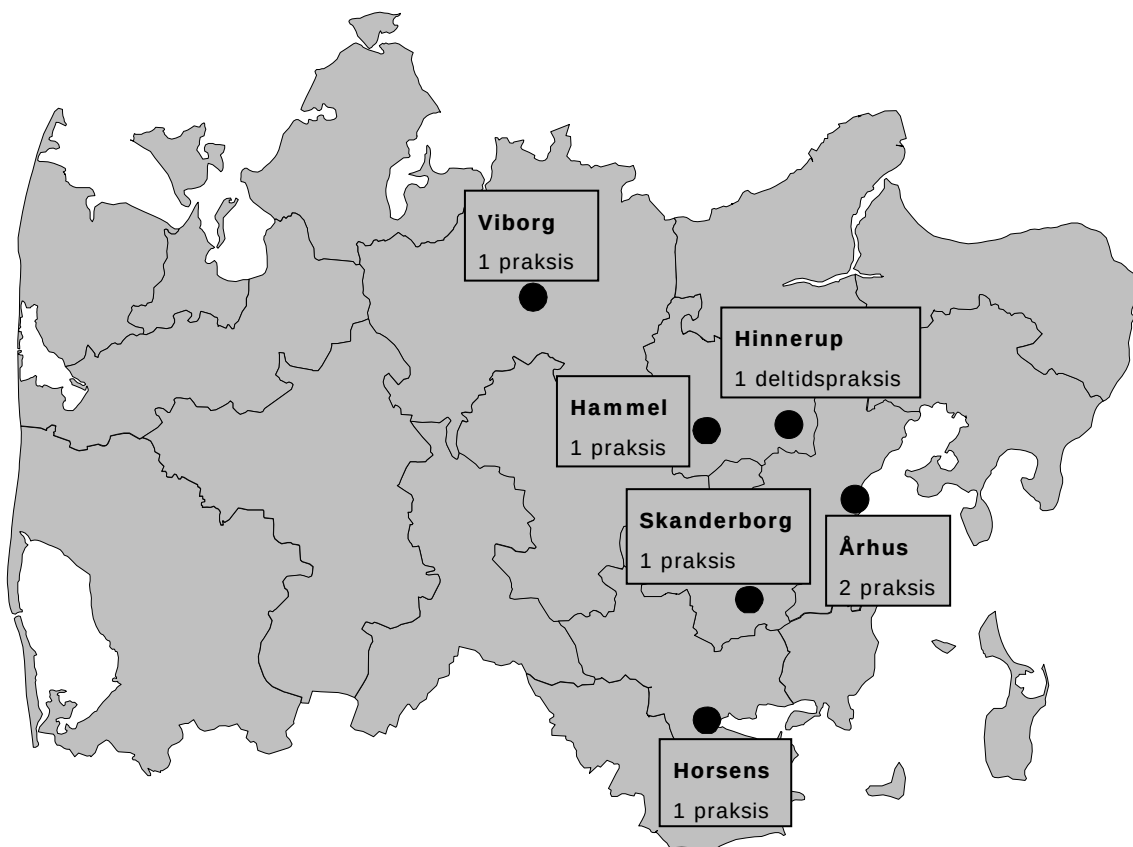
### 7.9.5 Neurologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland

Der er 6 fuldtids- og 1 deltidspraktiserende neurologer i Region Midtjylland – alle er mænd.

Gennemsnitsalderen er godt 56 år og 3 er 60 år eller derover.

Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af enkelte praktiserende neurologer i årene fremover, hvis nuværende kapacitet skal opretholdes.

#### Geografisk placering af neurologiske speciallægepraksis



#### Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende neurologer

Der er i dag meget kort ventetid hos praktiserende neurologer – ventetiderne varierer lidt alt efter patientens behov. Alle har dog akutte og subakutte tider.

Parterne er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

Hospitalernes ventetid er relativ kort 4 – 6 uger.

### **7.9.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

#### **Epilepsikontrol og Parkinson**

De fleste epilepsipatienter følges en periode (f.eks. 3-5 år). En gruppe på ca. 1/3 følges i længere tid.

Epilepsipatienterne følges i dag enten på hospitalerne eller i specialelægepraksis.

Bliver forløbet kompliceret (anfaldene svære at styre - fortsat anfaldsaktivitet), henvises patienterne typisk til hospitalerne (anden medicin, el-stimulationsbehandling eller operation).

De praktiserende neurologer styrer selv viderehenvisningen i de tilfælde, hvor de skønner, at patienterne vil være bedre hjulpet på hospitalerne. Hospitalerne tilbyder teambehandling til epilepsipatienter med specialkyndigt personale, et tilbud som er godt til lidt mere kompliceret epilepsi.

Der er nogle epilepsipatienter på hospitalerne, som kan følges i speciallægepraksis. Det vil være en god ide, hvis mulighederne for viderevisitering til speciallægepraksis smidiggøres og der indgås aftaler, så speciallægepraksis i højere grad kan aflaste hospitalerne i situationer med spidsbelastning.

Ovenstående bemærkninger gælder også for behandling af parkinson.

#### **Smertepatienter**

Patienter med kroniske smerter ses i dag både i speciallægepraksis og på hospitalerne.

I dag bliver der viderehenvist en del af disse patienter til udvidet frit sygehusvalg. Region Midtjylland i gang med at vurdere, hvad der skal gøres for denne gruppe patienter fremover, men det vil være oplagt, at de praktiserende neurologer indtænkes i løsningsforslagene.

I dag visiteres hovedparten af disse patienter fra klinikken for neurogene smertetilstande.

Arbejdsgruppen er enig i, at arbejdsdelingen vedrørende udredning og behandling af patienter med hovedpine stort set er velfungerende, som den er i dag. Der opleves dog et forskelligt visitationsmønster fra de alment praktiserende læger.

#### **Lumbalpunktur**

Lumbalpunktur benyttes til udelukkelse af neuroinflammatoriske lidelser, herunder neuroborreliose og betændelseslignende reaktioner i hjernevæv, samt til udredning af for eksempel multipel sklerose.

Arbejdsgruppen vurderer, at hvis lumbalpunktur skal udføres i speciallægepraksis kan patienterne blive færdigudredt i speciallægepraksis uden unødvendig ventetid på for eksempel en lumbalpunktur. Det forudsætter, at der etableres en god kontakt til den klinisk kemiske afdeling.

Patienten vil opleve kontinuitet og hurtigt svar på undersøgelsesresultatet. For de flestes vedkommende vil de få resultatet efter 1-2 timer, hvor de vil forblive i klinikken, ventende på svaret.

Den praktiserende neurolog skal have en behandlingsplan for de patienter, som udvikler "postlumbal hovedpine", hvilket forudsætter en aftale med nærmeste hospital med klinisk kemisk analyse og behandling med "blood patch" af komplikationer.

Det er sandsynligvis ikke alle de praktiserende neurologer, der er interesseret i eller har kvalifikationer til at udføre indgrebet.

I dag er lumbalpunktur ikke en ydelse, der indgår i overenskomsten, men indgår i drøftelserne i forbindelse med modernisering af specialet.

### **Botulinum-toksinbehandling**

Behandling med Botulinum-toksin af blefarospasme, hemifaciale spasmer, dystoni og evt. også spasticitet (ansigt BDXC1, hals BDXC2, ekstremiteter BLXC1).

Botulinum-toksin bruges til intramuskulær behandling af ovennævnte lidelser.

Botulinum-toksinbehandling er ikke en ydelse, der i dag indgår i overenskomsten.

Arbejdsgruppen vurderer, at der vil være hensigtsmæssigt, hvis patienterne kan behandles med botulinumtoksin i speciallægepraksis. F.eks. vil det medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og smidiggørelse af arbejdsgangene.

Arbejdsgruppen påpeger dog, at indikationen for behandling skal fastslås på hospitalerne, inden de praktiserende neurologer udfører behandlingen.

Det er sandsynligvis ikke alle de praktiserende neurologer, der er interesseret i eller har kvalifikationer til at udføre indgrebet.

### **Randers- og Silkeborgpatienter**

I dag behandles og undersøges enkelte neurologiske patienter på Regionshospitalet Randers og på Regionshospitalet Silkeborg. Denne ordning skyldes, at der ikke findes neurologiske speciallægepraksis i Randers og Silkeborg. Arbejdsgruppen vurderer, at disse patienter, der i dag tilses af læger fra Aarhus Sygehus, hensigtsmæssigt ville kunne overtages af speciallægepraksis.

### **7.9.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

#### **Epilepsikontrol og Parkinson**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for at der kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende neurologer (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge) i forbindelse med kontrol af epilepsi- og parkinsonpatienter.

#### **Smertepatienter**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at regionen indtænker de praktiserende neurologer, i forbindelse med det igangværende udredningsarbejde med at vurdere det fremtidige tilbud til disse patienter.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der udarbejdes visitationsbeskrivelser til de alment praktiserende læger.

#### **Lumbalpunktur**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at praktiserende neurologer får mulighed for at udføre lumbalpunktur under forudsætning af, at der udarbejdes en behandlingsplan for de patienter, der udvikler "postlumbal hovedpine" og der etableres de nødvendige kontakter til nærmeste hospital med klinisk kemisk analyse og behandling med "blood patch" af komplikationer.

#### **Botulinum-toksinbehandling**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at praktiserende neurologer får mulighed for at udføre botulinum-toksinbehandling under forudsætning af, at speciallægen har de fornødne kvalifikationer og erfaring.

Indikationen for behandlingen skal være fastslået på hospitalet.

#### **Randers- og Silkeborgpatienter**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at de patienter der i dag undersøges og behandles på regionshospitalerne i Randers og Silkeborg, fremover overgår til speciallægepraksis.

### **7.9.8 anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen finder, at den nuværende kapacitet af praktiserende neurologer er dækkende for behovet. Der er ikke lang ventetid og de fleste har en smule ledig kapacitet, så de vil have mulighed for at se lidt flere patienter og løse lidt flere opgaver, end de gør i dag.

Hvis det på et senere tidspunkt besluttet, at der skal oprustes med praktiserende neurologer, anbefaler arbejdsgruppen, at det finder sted i den vestlige del af regionen.

### 7.9.9 Øvrige anbefalinger

Arbejdsgruppen oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende neurologer uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

Arbejdsgruppen finder, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis hospitalerne nemt kan visitere relevante patienter - både forundersøgelser og kronikere - til speciallægepraksis i situationer, hvor de har lang ventetid, og de efter en klinisk vurdering skønner, at det er relevant.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende neurologer, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

Hvis praktiserende speciallæge visiterer en patient til undersøgelse (scanning, røntgen mv.) på en hospitalsafdeling, kommer patienten ikke ind under ventetidsgarantien på 1. måned. Hvis patienten var henvist direkte til hospitalet, ville undersøgelsen være en del af ventetidsgarantien. Dette gør, at en patient fra speciallægepraksis stilles dårligere end en hospitalspatient.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes på at denne forskelsbehandling fjernes.

Da der ses en del neurologiske patienter i speciallægepraksis, som ikke kommer på hospitalerne, kan det være hensigtsmæssigt, hvis læger under uddannelse stifter bekendtskab med opgaverne i speciallægepraksis.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at læger under uddannelse til speciallæge i neurologi skal i "praktik" hos praktiserende neurologer i f.eks. 1 måned.

## **7.10 Ortopædkirurgi**

### **7.10.1 Indledning**

Arbejdsgruppen på det ortopædkirurgiske område har bestået af:

Cheflæge Christian Møller-Nielsen (formand)  
Praktiserende ortopædkirurg Stig L. Hansen  
Praktiserende ortopædkirurg Carsten Terkelsen  
Praktiserende ortopædkirurg Henrik Nørholm Andersen  
Overlæge Arne Bach, Hospitalsenheden Vest.  
Overlæge Steen Olesen, Regionshospital Viborg  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Kontorchef Rikke Skou Jensen, Hospitalsplanlægning  
Fuldmægtig Susanne Nyholm Andersen, Hospitalsplanlægning

### **7.10.2 Specialet ortopædkirurgi**

Ortopædisk kirurgi er et stort grundspeciale, hvor der inden for specialet har udviklet sig en række ekspertområder. Specialet omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i bevægeapparatet, såvel af traumatisk som af ikke traumatisk art, ved hvilke operative indgreb eller bandagering er et væsentligt led.

Ortopædkirurgien er et speciale der i særlig grad er karakteriseret ved mange forskellige sygdomskategorier indenfor mange forskellige lokalisationer af bevægeapparatet og omfattede mange forskellige slags vævs/organfunktioner. Af denne grund er specialet karakteriseret ved en høj grad af "subspecialisering" i forskellige fagområder.

Ortopædkirurgien er samtidigt karakteriseret ved at behandle ikke bare elektive patienter men også et betydeligt antal akutte lidelser. Behandlingerne foregår typisk i samarbejde med andre specialer, herunder ikke mindst det anæstesilogiske speciale.

Specialet består af følgende fagområder:

Håndkirurgi, Skulder- og albuekirurgi, Rygkirurgi, Hoftekirurgi, Ankel- og fodkirurgi, Knækirurgi, Børneortopædi, Ortopædisk onkologi, Sportstraumatologi, Sår, infektioner samt amputationskirurgi, Traumatologi.

### **7.10.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Specialerådet i Region Midtjylland har, i et forsøg på at give et bud på den forventelige udvikling i specialet, taget udgangspunkt i de data, der er tilgængelige fra Sundhedsstyrelsen i publikationerne "Nye tal fra Sundhedsstyrelsen". Der er taget udgangspunkt i historiske data for hele landet, idet det er Specialerådets opfattelse, at den udvikling der har været på landsplan også har gjort sig gældende på regionsniveau.

Tallene fra Sundhedsstyrelsen viser, at der på landsplan i perioden 1996 – 2004, har været en udvikling i den ortopædkirurgiske aktivitet på landsplan, der indebærer, at

- antallet af patienter behandlet under indlæggelse, er steget med 31 %,
- antallet af producerede sengedage er faldet med 1,3 %.
- antallet af besøg i de ortopædkirurgiske ambulatorier er steget med 210 %,

Det samlede billede af den historiske udvikling er således en voldsom stigning i efterspørgsel, samtidig med en betydelig effektivisering og omlægning af ydelser til ambulante behandling.

Det er Specialerådets opfattelse, at der også i de næste 10 år må forventes en betydelig stigning i efterspørgselen af ortopædkirurgiske ydelser. Specialerådet vurderer derfor, at der fortsat må forventes en stigning i den ortopædkirurgiske aktivitet, som vil være af samme forholdsmæssige størrelsesorden, som i den anførte 8 års periode. Dvs. en stigning på op mod 40 % i udskrivelser, over 200 % i ambulante ydelser og et fortsat mindre fald i antal producerede sengedage.

Stigningen i antallet af ældre forventes at påvirke udviklingen i specifikke ortopædkirurgiske diagnose-/operations-grupper, eksempelvis forventes en stigning i dels antallet af faldfrakturer, herunder hoftenære brud og dels antallet af proteseoperationer.

#### **7.10 4 Ortopædkirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være fem akutte afdelinger i regionen på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau. Afdelingerne vil varetage såvel akut som elektiv ortopædisk kirurgi:

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Som udgangspunkt varetager de ovenfor nævnte fem afdelinger samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau.

De akutte ortopædkirurgiske funktioner samles på de fem nævnte hospitaler, og dermed flyttes den akutte ortopædkirurgiske aktivitet fra Regionshospitalet Silkeborg.

Der vil fortsat foregå elektiv ortopædisk kirurgi på Regionshospitalet Silkeborg.



### **7.10.5 Ortopædkirurgiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 3 fuldtidspraktiserende ortopædkirurger i Region Midtjylland – alle er mænd. 2 af praksis har adresse i Århus og 1 i Herning.

Gennemsnitsalderen er 58,7 år, 1 er over 60 år.

### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende ortopædkirurger**

Der er typisk op til 2 måneders ventetid og i visse tilfælde mere hos praktiserende ortopædkirurger afhængig af patientens problemstilling - alle har dog akutte og subakutte tider.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

### **7.10.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

De privatpraktiserende speciallæger tilbyder udredning og behandling inden for

- Tapning af blod eller vand i led
- Småsår
- Fjernelse af negl
- Svulst i hud
- Hammertå
- Bullen finger
- Springfinger
- Knyst
- Seneknude
- Fjernelse af negleleje
- Fjernelse af svulst muskel
- Synovectomi
- Artrodese
- Gigt, storetå
- Nerveafklemning
- Ledbåndsrekonstruktion
- Dupuytren
- Knogleforskydning
- Artroskopi i knæ

De 3 praktiserende speciallæger i Region Midtjylland havde tilsammen godt 6.000 1. konsultationer i 2008.

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at der er en forholdsvis klar arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren, og der er ikke noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen. Flere patientkategorier behandles i begge sektorer, men sygdommens

sværhedsgrad og behandlingens kompleksitet er afgørende for, om patienterne behandles i den ene eller den anden sektor, idet patienter med de sværeste sygdomme og med behov for flerfaglig behandling behandles i sekundærsektoren. På hospitalerne ses dog en del patienter, som efter arbejdsgruppens opfattelse kunne undersøges og behandles hos de praktiserende ortopædkirurger.

Der kan dog opstå perioder med spidsbelastning på hospitalsafdelingerne. I sådanne situationer vil det være en fordel, at der kan omvisiteres patienter til praktiserende ortopædkirurger. Men hvis der skal ske en større forøgelse af aktiviteten i ortopædkirurgiske speciallægepraksis, vil det være nødvendigt at hæve eller fjerne knækgrænsen.

I overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger, er der en række ydelser, de praktiserende ortopædkirurger kan foretage efter Regionsrådets beslutning (rammeaftaler). Det drejer sig om følgende:

*Beckenbaugh tenodese*

Ved svanehalsfingre, der låser i overstrækning, flyttes fleksorsenefæste – sene fastgøring. Ydelsen kræver særlige kvalifikationer.

*Frilægning af ramus profundus nervus radialis*

Ved en nerve klemmt i supinatorlogen med smerter i underarm og hånd spaltes supinatorlogen. Ydelsen kræver særlige kvalifikationer.

*Operation for peronærseneskred*

Knogleforskydningsoperation på laterale malleol med skrueknoglesammensætning, når peronærsenerne skrider ud på siden af den udvendige ankelkno. Gågips.

*Tenosynovectomi på håndryg*

Når fingrenes strækkesener er angrebet af en patologisk ledhinde gigtsslimsæk oprenses samtlige strækkesener fra distale underarm til håndryg for reumavæv. Strækkeretnaklet transponeres. Ydelsen er tidskrævende.

*Artroplastik for slidgigt i tommelrodled*

Ved invaliderende slidgigt i tommel rodled foretages excision af håndrodsknogle og forankring af knogler med seneplastik. Ydelsen er tidskrævende og kræver særlige kvalifikationer.

*Reposition af albuebenshoved*

Relativ forlængelse af ulna efter håndledsbrud med svær bevægelsesindskrænkning og smerter til følge. Der foretages forkortningsosteotomi (knogleforskydningsoperation), skrueosteosyntese (knoglesammenskrumning) og corpus resektion. Ydelsen kræver røntgen samt særlige kvalifikationer.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det ufra en fagligt synspunkt vil være hensigtsmæssigt, hvis praktiserende ortopædkirurger, der har kvalifikationer og interessen, får mulighed for at

foretage de første 5 af disse operationer. Reposition af albuebenshoved er en akut behandling, der ikke umiddelbart er relevant i speciallægepraksis.

#### **7.10.7 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

Arbejdsgruppen vurderer ud fra et fagligt synspunkt, at Region Midtjylland kan tiltræde de første 5 af rammeaftalerne således at de praktiserende ortopædkirurger, der har kvalifikationer og interessen får mulighed for at foretage disse indgreb.

Arbejdsgruppen vurderer, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til de praktiserende ortopædkirurger. Ved spidsbelastninger på hospitalsafdelingerne vil det dog være en fordel, at der umiddelbart kan omvisiteres patienter til praksis.

#### **7.10.8 Anbefaling om praksiskapacitet**

Arbejdsgruppen anbefaler, at den nuværende kapacitet af ortopædkirurgiske speciallægepraksis er passende, og at den bevares. Hvis det senere skønnes hensigtsmæssigt at udvide praksiskapaciteten, anbefales det, at udvidelsen sker ved oprettelse af en praksis i den vestlige del af regionen.

#### **7.10.9 Øvrige anbefalinger**

Arbejdsgruppen oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende ortopædkirurger uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende ortopædkirurger, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

## 7.11 Pædiatri

### 7.11.1 Indledning

Arbejdsgruppen på pædiatriområdet har bestået af:

Cheflæge Kristjar Skajaa, Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus  
Praktiserende børnelæge Ulla Bagger  
Praktiserende børnelæge Annette Bache  
Overlæge Aksel Lange, Skejby Sygehus  
Overlæge Maurits Dirdal, Regionshospitalet i Herning  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed  
Afdelingschef Lars Dahl Pedersen, Planlægningsafdelingen  
Fuldmægtig Søren Klit-Johansen, Sundhedsplanlægning

### 7.11.2 Specialet pædiatri og vigtige udviklingstendenser

Pædiatri er et aldersdefineret og ikke et organdefineret speciale, der omfatter børn fra fødsel til overstået pubertet. Udviklingen går mod generelt at inddrage ungdomsperioden frem til 18-20 års alderen, hvilket allerede er sket indenfor visse fagområder.

Pædiatri omfatter undersøgelse, behandling, pleje og opfølgning af medfødte og erhvervede sygdomme og afvigelser fra normal funktion i barnealderen, samt forebyggelse af sygdom og funktionsforstyrrelser, rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling og udvikling og forskning samt uddannelse vedrørende sygdomme hos børn.

### 7.11.3 Demografiske udfordringer i befolkningen

I 2008 vil der være ca. 4.570 færre børn mellem 0 og 9 år end tilfældet var i 2008 (fald på 2,9 %). I 2028 vil dette have vendt sig til en vækst på ca. 6.900 i aldersgruppen (+ 4,4 % i forhold til 2008).

I 2008 vil der være ca. 1.800 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2008 (fald på 1,1 %). I 2028 kan det forventes at der vil være ca. 8.000 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2008 (fald på 4,3 %).

### Udviklingen i antal børn, 2008-2028

|                      | 2008    | 2018    |                |            | 2028    |                |            |
|----------------------|---------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|
|                      | Antal   | Antal   | Vækst<br>antal | Vækst<br>% | Antal   | Vækst<br>antal | Vækst<br>% |
| <b>0 - 9 årige</b>   | 155.332 | 150.766 | - 4.566        | - 2,9 %    | 162.187 | 6.855          | 4,4 %      |
| <b>10 - 19 årige</b> | 161.185 | 159.383 | - 1.802        | - 1,1 %    | 154.193 | - 6.992        | - 4,3 %    |

### 7.11.4 Pædiatriske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være fire pædiatriske afdelinger i regionen, som varetager akutbehandling på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau.

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Skejby

Som udgangspunkt vil de ovenfor nævnte fire afdelinger varetage samtlige behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Der etableres et pædiatrisk samarbejde mellem Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens og mellem Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg samt inden for Hospitalsenheden Vest.

Desuden tages initiativ til etableringen af en neonatal transportordning, som sikrer særligt transportudstyr samt særlige kompetencer hos ledsagepersonalet i forbindelse med transport af kritisk syge nyfødte børn mellem hospitalerne i Region Midtjylland.

#### **7.11.5 Pædiatriske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

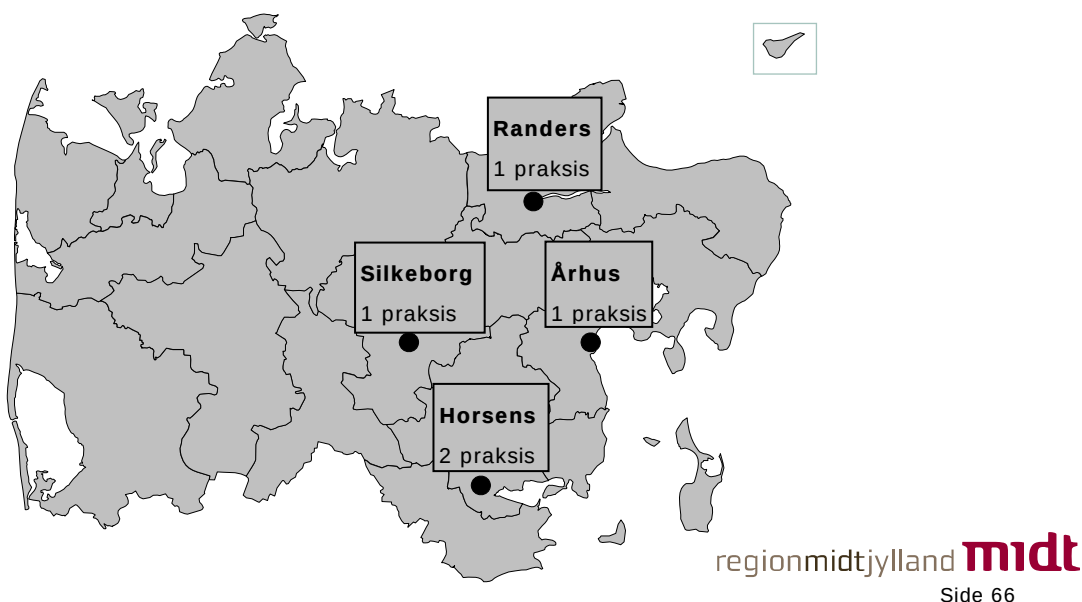
##### **Praksiskapaciteten**

Der er i dag 5 speciallægepraksis i Region Midtjylland, en i Århus, en i Silkeborg, en i Randers og to i Horsens. Alle 5 speciallægepraksis er fuldtidspraksis.

Gennemsnitsalderen er 53,4 år, 1 speciallæge er over 60 år og kønsfordelingen er 1 mand og 4 kvinder.

Derved kan det ikke forventes, at der er et akut behov for rekruttering af praktiserende børnelæger, med mindre kapaciteten øges.

##### **Geografisk placering af pædiatriske speciallægepraksis**



### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende børnelæger**

Der er typisk 2 – 10 ugers ventetid hos praktiserende børnelæger. Børnelægerne tager efter modtagelse af henvisning stilling til, om problemstillingen kræver en fremskyndet vurdering.

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

### **7.11.6 Pædiatriske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Der er fire børneafdelinger i Region Midtjylland (Århus Universitetshospital, Skejby, Regionshospital Randers, Regionshospital Herning og Regionshospital Viborg).

Organiseringen af specialet beskrives bedst i overordnede patientgrupper:

#### **Neonatologi**

Den pædiatriske afdeling samarbejder med den obstetriske afdeling om risiko-fødsler. Den pædiatriske afdeling varetager neonatologiske basisfunktioner..

#### **Almindelige akutte og kroniske sygdomme**

Der stilles inden for pædiatri store krav til kvalificeret vagtberedskab på speciallægeniveau i forbindelse med vurdering af akut syge børn. Pædiatri på basisniveau bør være placeret på et større specialiseret sygehus, hvor der er umiddelbar adgang til radiologi, inklusiv CT-skanning/MR-skanning og klinisk biokemi, mikrobiologi, samt mulighed for akut samarbejde med bl.a. øre-, næse-, halslæger, anæstesiologisk og kirurgisk afdeling.

#### **Sjældne og komplicerede sygdomme samt særlige områder**

Pædiatriske Lands/Landsdelspatienters sygdomsforløb er ofte kroniske og langvarige men hver for sig sjældne. Afdelingen med Lands/Landsdelsfunktioner bør inden for visse områder også varetage behandlingen for Region Nord og Syd, og for enkelte sygdomsgrupper for hele landet. For de relativt sjældne sygdomme under det enkelte fagområde er et patientvolumen af en vis størrelse nødvendig for sikre den nødvendige ekspertuddannelse samt bevarelse af ekspertisen og en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdet. Patienternes fordeling på de mange fagområder inden for faget pædiatri, gør derfor en høj grad af centraliseret behandling nødvendig for at tilgodese et hensigtsmæssigt patientvolumen og synergi både mellem det pædiatriske fagområde og de tilsvarende funktioner i voksenregi. Ved etablering af gensidigt aftalt samarbejde (satellitaftale) kan behandling og opfølgning i nogle tilfælde foregå ved pædiatrisk afdeling på basisniveau efter initial udredning og behandling på landsdelsafdeling.

### **7.11.7 Tilrettelæggelse af og rammer for praksisbehandling**

Pædiatri er et meget bredt speciale og mange patientgrupper egner sig til udredning og behandling i speciallægepraksis. Nedenfor er oplistet en lang række sygdomsområder, som

praktiserende speciallæger i pædiatri varetager selv og/eller i samarbejde med sygehusafdelinger under hensyntagen til sygdommens art og karakter.

- Allergi og luftvejssymptomer, dvs. høfeber, astma, astmatisk bronkitis (astmatisk vejrtrækning udløst af luftvejsinfektioner hos børn under 3 år), atopisk eksem, samt fødevareallergi.
- Mavetarmsygdomme. Omfatter kroniske tilstande som forstoppelse, reflux, kroniske mavesmerter, glutenallergi, lactasemangel, ernærings- og spiseproblemer.
- Inkontinens for urin og afføring.
- Gentagne urinvejsinfektioner
- Vækst- og pubertetsforstyrrelser (for tidlig eller for sent indsættende pubertet).
- Kronisk hovedpine og migræne
- Vurdering af småbørn med forsinket psykomotorisk udvikling.
- Recidiverende (gentagne) infektioner
- Skæve kranier
- Mislyd ved hjerte
- Muskel- og ledsygdomme
- Adfærdsproblemer (under forudsætning af at der er truffet konkret aftale herom mellem regionen og den eller de pågældende pædiatere)
- Neurologiske sygdomme, som f.eks. epilepsi, kromosomsygdomme og syndromer, mental retardering (kun de lette tilfælde, som ikke kræver et tværfagligt team)
- Enkelte med benigne blodsygdomme

#### **7.11.8 Fremtid for pædiatrien i praksissektoren**

I henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning varetager pædiatrisk speciallægepraksis ambulant pædiatri inden for basale funktionsområder undtagen neonatologi. De allergiske lidelser indgår med stor vægt, og der er ligeledes stor aktivitet vedrørende infektioner, urologiske, neurologiske og endokrine lidelser.

Udviklingen i den medicinske teknologi muliggør, at der i dag i speciallægepraksis kan foretages avancerede undersøgelser, som hidtil var forbeholdt specialiserede sygehusafdelinger (bl.a. lungefunktionsmålinger, anstrengelsesprovokation på løbebånd, provokationsundersøgelse med metacholin og fødevarer, inhalationsbehandling m.m.)

Teknologiske fremskridt i forhold til måling af lungefunktionsundersøgelse hos småbørn er et potentielt udviklingsområde, som ville kunne implementeres i speciallægepraksis. Endvidere kan der peges på, at praktiserende speciallæger i pædiatri har kompetencer, der kan være relevante i samarbejdet mellem regioner og kommuner. Det kan f.eks. være i relation til at deltage i initiativer vedrørende etablering af astmaskoler.

En stor del af de pædiatriske patienter, der ses i praksis, har problemstillinger, man ikke altid ser i sygehusregi. Der bør derfor arbejdes på at give yngre læger mulighed for at gennemføre et kortere forløb af deres uddannelse til speciallæge i pædiatri i en pædiatrisk speciallægepraksis. Der bør således skabes mulighed for at praktiserende speciallæger i

pædiatri fungerer som tutorer for yngre læger, på tilsvarende vis som der i dag er mulighed for i specialerne otologi, oftalmologi og dermatologi.

Da faget pædiatri er meget bredt, kræves der tæt samarbejde med andre specialer og med pædiatriske sygehusafdelinger, samt med regionale og kommunale instanser.

Der findes på landsplan flere eksempler på, hvordan samarbejdet mellem praktiserende pædiatere og børneafdelinger er organiseret. Temaer for samarbejdet er blandt andet udvikling af fælles patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinier for behandling, udarbejdelse af entydige visitationsregler, fælles uddannelsesaktiviteter og deltagelse i fælles konferencer. Dette samarbejde bør udvides.

#### **7.11.9 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Der er ikke i arbejdsgruppen noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen, dog er der enighed om, at der ses en del patienter i den sekundære sektor, som efter arbejdsgruppens opfattelse kunne undersøges og behandles hos de praktiserende børnelæger:

##### **Enuresis nocturna**

(EN) er ufrivillig natlig vandladning hos børn fra 5-års-alderen. Afgrænsningen ved 5-års-alderen er arbitrær, og mange vælger først at betegne det som en sygdom, når symptomet bliver et problem for barnet og/eller omgivelserne. Formålet med udredningen af EN er at udelukke tilstedeværelsen af andre sygdomme, som kan medføre natlig urininkontinens. Dette gøres ved en grundig anamnese og en objektiv undersøgelse samt en undersøgelse af urinen.

Som et led i udredningen foretages ligeledes væske-vandladningsskema i minimum 2 dage og måling af naturin i minimum 7 dage.

Som en del af udredningsprogrammet foretages en ultralydsscanning af blæren for at vurdere blæretømningen samt en flowundersøgelser med henblik på koordinering af vandladning og vurdering af afløbsforhold.

Det vil være hensigtsmæssigt, hvis disse undersøgelser kan foretages i speciallægepraksis. Disse ydelser indgår ikke i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af praktiserende speciallæger.

##### **Hyposensibilisering (allergivaccinationer)**

Princippet i behandlingen er, langsomt at vænne kroppen til ganske små mængder af det stof, personen er allergisk overfor. Behandlingen kan bruges mod høfeber og astma hvor årsagen er allergi overfor et eller flere kendte stoffer (allergener), som for eksempel pollen. Behandlingen kan også bruges mod svær allergi overfor insektstik

Immunterapi gives som indsprøjtninger under huden, typisk i over- eller underarmen. Til at starte med gives næsten ubetydelige mængder, og derefter gives større og større koncentrationer, indtil et vist vedligeholdelses-niveau opnås. I opdoseringsfasen hvor



koncentrationen øges, modtager man indsprøjtninger hver uge, senere hver 6. uge. For at sikre en længerevarende effekt, skal behandlingen fortsætte i tre til fem år.

Nogle praktiserende børnelæger foretager i dag hyposensibilisering, men har mulighed for at foretage flere. Dette kan eventuelt ske ved, at hospitalerne visiterer diagnosticerede patienter til behandling i speciallægepraksis.

Praktiserende børnelæger har i dag kun mulighed for at hyposensibilisere børn. Det sker i nogle tilfælde at børnenes forældre også skal vaccineres. Det kan være hensigtsmæssigt for patienterne, hvis hele familien kan hyposensibiliseres hos de praktiserende børnelæger, når barnet alligevel skal behandles her.

### **For tidlig pubertet - pubertas præcox**

Egentlig for tidlig pubertet taler man normalt først om, hvis barnet går i pubertet før sit ottende leveår for pigers vedkommende, og for drenges vedkommende før niende leveår.

Oftest kender man ikke årsagen til den ægte form for pubertas præcox hos piger, der udløses fra det område på underste side af hjernen, der hedder hypothalamus og styrer hormonomsætningen, bl.a. gennem hypofysen. Der udløses et hormon, som stimulerer hypofysen til at danne pubertetshormoner (gonadotropiner). Disse hormoner aktiverer hos pigerne æggestokkene, som danner de kvindelige kønshormoner østrogen og progesteron, og hos drenge testiklerne, der danner det mandlige kønshormon testosteron.

Speciallægepraksis kan i dag identificere sygdommen ved hjælp af en blodprøve, knoglealderbestemmelse og nogle tilfælde en udvidet hormontest (LHRH-test), men selve behandlingen - injektion en gang om måneden med GnRH-analog præparat – foregår på hospitalerne.

Disse injektioner kan hensigtsmæssigt foregå i speciallægepraksis efter, at der er konfereret med hospitalerne.

### **Glutenallergi - Cøliaki**

Glutenallergi der også kaldes cøliaki er en tilstand, hvor man har allergi over for en del af bestanddelen gluten, som findes i korn. Gluten findes især i hvede, byg og rug.

Glutenallergi forekommer i tyndtarmens slimhinde og fører til nedsat funktion af tarmen, hvorved man har svært ved at optage kostens ernæringsbestanddele (vitaminer, mineraler, kulhydrater og fedt). Glutenallergi er en varig lidelse, der findes i alle aldersgrupper. Slimhindens funktion kan genoprettes og vedligeholdes med en kost, hvor man udelader ovennævnte kornsorter.

Hvis speciallæge har mistanke foretages blodprøve og visiteres til hospitalerne med henblik på diagnosticering af sygdommen (biopsier, provokation).

I tilfælde af glutenallergi, skal patienten på livslang diæt, som aftales med diætist.

Efterfølgende skal patienten til kontrol 1 – 2 gange om året, hvilket hensigtsmæssigt kan foregå i speciallægepraksis.

### **Astmabehandling**

I vinterperioden er hospitalernes børneafdelinger ekstra overbelastede som følge af mange astmapatienter.

Det ville være hensigtsmæssigt, hvis de praktiserende børnelæger i højere grad aflastede hospitalerne på dette område i vinterperioden.

Det vil i givet fald kræve en nærmere aftale om den praktiske tilrettelæggelse.

### **7.11.10 anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

#### **Enuresis**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås § 3-aftaler om vilkår og honorering for at de praktiserende pædiatere kan foretage ultralydscanninger af blæren mhp. resturin og foretage uroflowundersøgelser, så disse undersøgelser fremover i højere grad kan foregå i speciallægepraksis.

#### **Hyposensibilisering**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at hyposensibilisering i højere grad udføres i speciallægepraksis.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for, at der kan henvises til hyposensibilisering af børn direkte fra hospitalerne til praktiserende børnelæger (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge).
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for at praktiserende børnelæger, kan hyposensibilisere forældrene, hvis børnene alligevel skal allegivaccineres i praksis

#### **For tidlig pubertet**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at injektioner med GnRH-analog præparat udføres i praksis under foruddefinerede forudsætninger.
- Arbejdsgruppen anbefaler, at der gives mulighed for at der kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende børnelæger vedrørende injektioner med GnRH-præparat (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge).

## **Astma**

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås nærmere aftale, så der bliver mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalerne til praktiserende børnelæger vedrørende astmabehandling i vinterperioden (udenom men med orientering til den alment praktiserende læge).

## **Almen pædiatri**

Arbejdsgruppen anbefaler, at kontroller i forbindelse med almen pædiatri, som f.eks. gluten allergi og reflux, udføres i speciallægepraksis under foruddefinerede forudsætninger.

### **7.11.11 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering**

Arbejdsgruppen anbefaler, at kapaciteten udvides. Der er dog generel mangel på speciallæger inden for pædiatri, så det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren, kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

Arbejdsgruppen finder det ønskeligt, at kapacitetsudvidelsen så vidt muligt foregår ved oprettelse af fuldtidsydersnumre.

Hvis dette ikke kan lade sig gøre eller i konkrete situationer ikke er hensigtsmæssigt, kan kapacitetsudvidelsen foregå ved oprettelse af deltidsydersnumre eller ved, at de eksisterende praktiserende børnelæger får mulighed for at ansætte assisterende speciallæger. Disse løsninger kan muligvis være med til at styrke samarbejdet mellem hospitalerne og praksissektoren, være positivt i forhold til de praktiserende speciallægers faglige efteruddannelse, styrke praksissektoren med begrænsede u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne og være en metode til at give speciallægerne på hospitalerne mulighed for at yde en ekstra indsats.

### **7.11.12 Øvrige anbefalinger**

De to børnelægepraksis i Horsens har en § 3-aftale med det tidligere Vejle Amt, om tilskud til tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i fast ugentlig undervisning på Kolding Sygehus og månedlig konference samme sted med henblik på at udveksle behandlingsstrategier og sikre fagligt samarbejde.

De to børnelægepraksis i Horsens har en § 3.aftale med det tidligere Vejle Amt, om tilskud til yderligere 3 uddannelsesdage/år udover de i overenskomsten fastsatte 7 uddannelsesdage/år.

Aftalerne er indgået med den begrundelse, at børnelægerne er atypiske i forhold til øvrige praktiserende speciallæger ved det, at de fagligt spreder sig over mange specialer, hvilket afstedkommer et større behov for faglig sparring og efteruddannelse.

- Arbejdsgruppen anbefaler, at der indgås tilsvarende aftaler med de øvrige praktiserende børnelæger i Region Midtjylland. Dog med den ændring, at det faglige samarbejde etableres med børneafdelingerne i Region Midtjylland.

## **7.12 Psykiatri**

### **7.12.1 Indledning**

Arbejdsgruppen består af følgende:

Cheflæge Per Jørgensen, Psykiatrien  
Praktiserende psykiater Bjarne Lund Christensen  
Praktiserende psykiater Niels-Anton Rasmussen  
Praktiserende psykiater Lars Lukman Christensen  
Praktiserende psykiater Kristian Heinrich Lauridsen  
Ledende overlæge Inge Lund Pedersen, Regionspsyk. distrikt Vest  
Ledende overlæge Jørgen Tybjerg, Regionspsyk. distrikt Syd  
Overlæge Maike Andreasen, Regionspsyk. distrikt Øst  
Praksiskonsulent Henrik Nordentoft  
Fuldmægtig Annette Brøndum, Psykiatrifaglig stab  
Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed  
Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed  
Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed

### **7.12.2 Specialet psykiatri og vigtige udviklingstendenser**

Psykiatri omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiske sygdomme hos voksne. Psykiatriens kerneområder er sindssygdomme, depressive lidelser, angst- og tvangslidelser, spiseforstyrrelser, svære personlighedsforstyrrelser og patologiske reaktioner på ydre begivenheder. Psykiatrien har herudover væsentlige behandlingsmæssige opgaver over for en række andre psykiske lidelser, herunder lidelser betinget af misbrug.

I Vesteuropa har psykiatrien udviklet sig bort fra en overvejende hospitals- og sengebaseret psykiatri i retning af den ambulante psykiatri. Samtidig er fokus drejet fra den rent medicinske behandling til også at omfatte det sociale og psykoterapeutiske område.

På lægemiddelområdet er der løbende gjort store fremskridt, der har resulteret i mere effektive behandlingstilbud til psykiatriske patienter og med færre bivirkninger. Behandlingseffekten af lægemiddelterapi er gennem mange år blevet dokumenteret gennem videnskabelige undersøgelser, og de senere år er der også gennemført videnskabelige undersøgelser til dokumentation for behandlingseffekten af psykoterapi.

I løbet af 1980-erne og begyndelsen af 1990-erne opstod disciplinen socialpsykiatri, hvis primære opgave er at varetage omsorgen for de svært psykisk syge i deres relation til det øvrige samfund, en opgave som efter kommunalreformen varetages af kommunerne bortset fra visse specialtilbud i regionerne.

Samlet set har udviklingen medført, at der i dag er en fælles bio-psyko-social forståelse af de psykiske lidelser og deres behandling. Udviklingen har desuden medført, at der over en årrække er sket en forskydning i antallet af behandlinger på henholdsvis hospitalerne og i psykiatrisk speciallægepraksis, idet der er i takt med reduktionen af psykiatriske sengepladser

er sket en forøgelse af patienttilgangen til speciallægepraksis. Således behandler man i dag i speciallægepraksis en række patienter med diagnoser og sværhedsgrad af sygdomme, som førhen blev behandlet i hospitalssektoren.

### **7.12.3 Psykiatrien i Region Midtjylland**

Psykiatrien i Region Midtjylland omfatter både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

#### *Behandlingspsykiatrien*

Behandlingspsykiatrien dækker den hospitalsbaserede indsats for børn, unge og voksne med psykiatriske problemstillinger. Behandlingspsykiatrien udreder, diagnosticerer, behandler og forebygger psykiske og udviklingsmæssige forstyrrelser og sygdomme. Målgruppen er patienter med de mest alvorlige eller komplicerede sindslidelser.

Behandlingspsykiatrien for voksne kaldes i Region Midtjylland for regionspsykiatrien. Regionspsykiatrien tilbyder både stationær-, ambulant-, dag- og hjemmebehandling. Regionspsykiatrien er som konsekvens af vedtagelsen af psykiatriplanen i gang med en proces, hvor behandlingstilbuddene specialiseres med udgangspunkt i diagnoser i stedet for geografi.

Regionspsykiatrien har behandlingstilbud fordelt i hele regionen, idet der er behandlingstilbud i Silkeborg, Kjellerup, Skanderborg, Odder, Horsens, Viborg, Herning, Holstebro, Skive, Randers, Rønde, Samsø og Århus (Risskov).

Regionspsykiatrien har udbygget med en række specialiserede ambulante tilbud til patienter med f.eks. angst- og tvangslidelser, som er selvmordstruede, med nydiagnostiseret skizofreni, flygtninge som er traumatiserede og patienter med udviklingshæmning og psykiatriske lidelser.

Behandlingen af børn og under sker i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har behandlingstilbud placeret i Århus (Risskov), Herning og Viborg.

#### *Aldersgrænser:*

Fra 1. januar 2009 er der indført en fælles aldersgrænse mellem Region Midtjyllands Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og de voksenpsykiatriske afdelinger i hele Region Midtjylland, således at patienter, som på henvisningstidspunktet er under 18 år, behandles i Børne- og ungdomspsykiatrisk Center indtil patienten fylder 21 år. Dernæst overtager voksenpsykiatrien ansvaret for behandlingen.

Patienter, som på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år, behandles i voksenpsykiatrien.

Behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser, uanset alder er samlet i Center for Spiseforstyrrelser i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Centret har behandlingstilbud i Herning og Århus (Risskov). Den stationære behandling sker kun i Risskov.

### *Socialpsykiatri*

Den regionale socialpsykiatri dækker den sociale indsats, som ydes for at støtte børn, unge og voksne med en sindslidelse, der har behov for kortere- eller længerevarende ophold på grund af betydelig og varigt nedsat psykisk og social funktionsevne. Den regionale socialpsykiatri supplerer en bred vifte af kommunale socialpsykiatriske tilbud.

I Region Midtjylland er der følgende socialpsykiatriske institutioner på voksenområdet:

- Blågård, Gårdhaven og Sct. Mikkel i Viborg
- Sønderparken i Horsens og Hornsyld
- Pilebakken i Salten
- Socialpsykiatrisk bostedet i Kjellerup
- Tangkærcentret i Ørsted

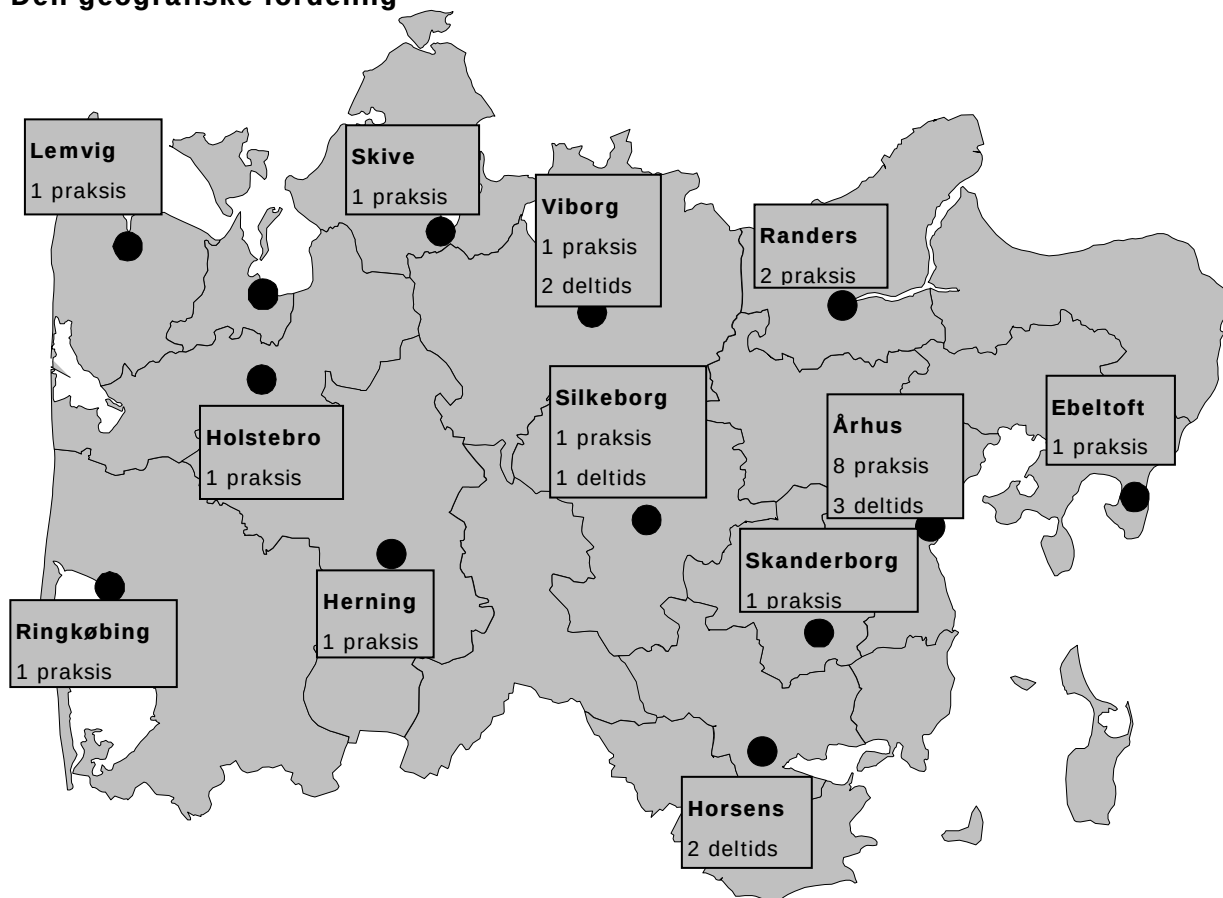
Det er kommunerne, der har visitationskompetencen til de regionale socialpsykiatriske tilbud

#### **7.12.4 Psykiatriske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er i Region Midtjylland 19 fuldtids- og 7 deltidsspsykiatripraksis i psykiatri. I alt er der 29 speciallæger, idet der er 2 delepraksis.

Pr. 1 august 2009 en vakant fuldtidspraksis i Silkeborg og 1 vakant deltidsspraksis i Århus.

#### **Den geografiske fordeling**



Gennemsnitsalder er 55,2 år, 5 er 60 år eller ældre (2 er over 70 år).

Antallet af patienter, der undersøges og behandles hos praktiserende psykiatere er stigende. Det er for øjeblikket ikke muligt at opgøre udviklingen i antallet af patienter i hele regionen. Men i det tidligere Århus Amt steg antallet af patienter, der blev set af praktiserende psykiatere, i 5-årsperioden 2002 – 2006 med ca. 40 % fra 3.922 til 5.525

### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende psykiatere**

Der er ikke aktuelt et præcist overblik over ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende psykiatere i Region Midtjylland. Men en del af psykiaterne deltager i et monitoreringsprojekt i psykiatripraksis, til hvilket der rapporteres data fra ca. 20 % af de praktiserende psykiatere på landsplan. Med udgangspunkt i data fra projektet kan det fastslås, at ventetiderne er følgende:

8 % af patienterne ses inden 3 dage

60 % af patienterne er set inden 60 dage

72 % af patienterne er sat i behandling inden 3 måneder

90 % af patienterne er sat i behandling inden 6 måneder

Sammenfattende kan det udtrykkes således, at hovedparten af patienterne har en ventetid fra 2 – 6 måneder fra henvisningen til praktiserende psykiater.

### **7.12.5 Arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis (primærsektoren) på den ene side og Hospitalspsykiatrien samt de socialpsykiatriske tilbud (sekundærsektoren) på den anden**

Der er blandt arbejdsgruppens medlemmer enighed om, at der er en forholdsvis klar arbejdsdeling mellem primær- og sekundærsektoren. Flere patientkategorier behandles i begge sektorer, men sygdommens sværhedsgrad og behandlingens kompleksitet er afgørende for, om patienterne behandles i den ene eller den anden sektor, idet patienter med de sværeste sygdomme og med behov for flerfaglig behandling behandles i sekundærsektoren.

Patienter med ikke-psykotiske affektive lidelser er den største kategori i begge sektorer, 40 - 45 % af patienterne i primærsektoren og 35 – 40 % i sekundærsektoren. Patienter med skizofreni og lignende er den næststørste kategori i sekundærsektoren – 30 % i sekundærsektoren, hvorimod der kun er meget af disse patienter i primærsektoren. Nervøse og stressrelaterede tilstande præger ca. 35 % af patienterne i primærsektoren, men kun 5 – 10 % af patienterne i sekundærsektoren. Patienter med forstyrret personlighedsstruktur udgør 10 % af patienterne i primærsektoren og 10 – 15% i sekundærsektoren.

Der er ikke i arbejdsgruppen noget ønske om at ændre væsentlig på arbejdsdelingen, dog er der enighed om, at der ses en del patienter i sekundærsektoren, som efter arbejdsgruppen kunne undersøges og behandles hos de praktiserende psykiatere. Når det ikke sker skyldes det

betydelige ventetider hos de praktiserende psykiatere. På den baggrund anbefaler arbejdsgruppen, at der sker en oprustning af primærsektoren.

#### **7.12.6 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering af og kvalitetssikring i praksissektoren**

Arbejdsgruppen anbefaler, at

- der sker en udvidelse af antallet af praktiserende psykiatere. Under indtryk af manglen på speciallæger i psykiatri anbefales det, at udvidelsen hovedsageligt sker gennem tilladelse til nedsættelse i deltidspødsis eller ansættelse som assisterende speciallæger hos psykiatere med fuldtidspødsis. Derved vil psykiatere, der er ansatte i sekundærsektoren, få mulighed for at praktisere på deltid i primærsektoren
- mulighederne for at inddrage øvrige personalegrupper i praksisdriften undersøges og understøttes. Det kan enten ske gennem direkte ansættelse hos praktiserende psykiatere, evt. således at flere psykiatere deles om klinikpersonale. Eller det kan ske ved at styrke praktiserende psykiateres muligheder for samarbejde om konkrete patienter med andre faggrupper i kommunerne og i sekundærsektoren bl.a. med henblik på, at der kan ske en opgradering af den sociale indsats over for patienterne
- der gennemføres forsøg med henvisning af patienter fra psykiatere til undersøgelse og behandling hos praktiserende psykologer
- mulighederne for øget samarbejde om konkrete patienter (shared care) mellem praktiserende psykiatere og alment praktiserende undersøges og understøttes
- der som led i oprustning af praksissektoren etableres forsøg med opsamling af data i psykiatripraksis med henblik på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Dette kan fx ske med afsæt i det omtalte monitoreringsprojekt, som flere praktiserende psykiatere allerede deltager i
- mulighederne for efteruddannelse af praktiserende psykiatere styrkes.



## **7.13 Børne – og ungdomspsykiatri**

### **7.13.1 Indledning**

Arbejdsgruppen består af følgende:

Cheflæge Per Jørgensen, Psykiatrien

Praktiserende børne- og ungdomspsykiater Michael Fuglholt

Praktiserende børne- og ungdomspsykiater Svend Kuhlmann Schaap

Praktiserende børne- og ungdomspsykiater Ulla Lægaard

Ledende centeroverlæge Jens Buchhave, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

Praksiskonsulent Gunnar Axelgaard, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning

Kontorchef Poul Michaelsen, Primær Sundhed

Seniorkonsulent Ib Kjeldsen, Primær Sundhed

Fuldmægtig Claus Meldgaard, Primær Sundhed

### **7.13.2 Børne- og ungdomspsykiatri og vigtige udviklingstendenser**

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiatriske sygdomme hos børn og unge. Psykiske lidelser i børnealder og ungdomså udgør et bredt spektrum af tilstande. Børn og unge med psykiske lidelser henvises til børne- og ungdomspsykiatrien - herunder ved svære eller komplicerede tilstande til hospitalssektoren.

Det børne- og ungdomspsykiatriske arbejde foregår i tæt samarbejde med barnets eller den unges familie og netværk. Behandlingsmetoderne omfatter psykoterapi, miljøterapi og medicinsk behandling. Rådgivning af forældre og professionelle samarbejdspartnere udgør en væsentlig del af arbejdet i specialet.

Der er foretaget en meget stor og betydelig målrettet udvidelse af børne- og ungdomspsykiatrien siden 1996. Der er således bl.a. foregået en overmåde stor aktivitetsudvidelse på hospitalsområdet, som andrager ca. 90 % flere behandlingsforløb i perioden.

Det er herved i de foregående år lykkedes at holde nogenlunde trit med den forventede stigende efterspørgsel, som bl.a. blev forudsagt og fremhævet i Sundhedsstyrelsens redegørelse 2001.

Det har dog samtidig måttet erkendes, at det ikke er lykkedes at vende udviklingen og opnå reduktion med hensyn til ventelister og ventetider. Man har imidlertid ved den målrettede indsats hidtil undgået en væsentlig forværring af situationen og det kan konstateres, at det var lykkedes at bremse den negative udvikling i ventelister og ventetider frem til 2005 til trods for stadig flere henvisninger, en stigning som også androg ca. 90 % i perioden.

I 2005 kan det dog konstateres at stigningen i henvisningerne har overgået udbygningen, med stigende ventelister til følge.

Det er således fortsat meget vigtigt og nødvendigt at fastholde og intensivere den målrettede indsats og udbygning i den kommende årrække. På den baggrund anbefaler arbejdsgruppen, at der sker en oprustning af primærsektoren.

### **7.12.3 Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland**

Fra 1. januar 2009 er der indført ens aldersgrænser mellem Region Midtjyllands Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og de voksenpsykiatriske afdelinger i hele Region Midtjylland, således at patienter, som på henvisningstidspunktet er under 18 år, behandles i Børne- og ungdomspsykiatrisk Center ind til patienten fylder 21 år. Dernæst overtager voksenpsykiatrien ansvaret for behandlingen.

Patienter, som på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år, behandles i voksenpsykiatrien.

Psykiatrien i Region Midtjylland omfatter både behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.

#### *Behandlingspsykiatri*

Behandlingspsykiatrien dækker den hospitalbaserede indsats for børn, unge og voksne med psykiatriske problemstillinger. Behandlingspsykiatrien stiller diagnoser, behandler og forebygger psykiske og udviklingsmæssige forstyrrelser og sygdomme samt behandler både børn, unge og voksne med spiseforstyrrelser.

Den børne- og Ungdomspsykiatriske behandling foregår i Århus, Herning og Viborg.

#### *Socialpsykiatri*

Socialpsykiatri dækker den sociale indsats, som ydes for at støtte børn, unge og voksne med en sindslidelse, der har behov for længerevarende ophold netop på grund af betydelig og varigt nedsat psykisk og social funktionsevne.

I Region Midtjylland er der følgende socialpsykiatriske institutioner på børn- og ungeområdet:

Grenen  
Hald Ege  
HBU Himmelbjerggården  
Holmstrupgård Koglen  
Oustruplund

1. januar 2009 overgik HBU Rådgivningscentret til kommunen.

Behandlingsansvaret for patienter med spiseforstyrrelser samles 1. februar 2009 i Center for Spiseforstyrrelser i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, uanset hvilken alder patienten har. Indlæggelserne på Center for Spiseforstyrrede samles fra 1. april 2009.

### **7.13.4 Børne- og ungdomspsykiatriske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Pr. 1. august 2009 er der 3 fuldtidspraktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Midtjylland. 2 fuldtidspraksis i Århus og 1 fuldtidspraksis i Horsens.

Af de 3 speciallæger er de 2 60 år eller ældre.

Med undtagelse af visse akutte problemstillinger, er der meget lang ventetid til de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.

#### **7.13.5 Opgavefordeling mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og praktiserende børne- og ungdomspsykiatere**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har ansvaret for den hospitalsbaserede indsats i region Midtjylland for børn og unge med psykiatriske problemstillinger. Centeret stiller diagnoser, behandler og forebygger psykiske og udviklingsmæssige forstyrrelser og sygdomme hos børn og unge. Centeret behandler også børn og unge samt voksne med spiseforstyrrelser. Undersøgelse og behandling kan finde sted enten ambulant eller ved døgn- eller dagindlæggelse.

Der er behandlingsaktiviteter tre forskellige steder i Region Midtjylland – Århus, Viborg og Herning.

Det psykiatriske arbejde på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center er kendetegnet ved, at mange forskellige faggrupper (læger, psykologer, pædagoger, sygeplejersker mv.) samarbejder om undersøgelse, udredning og behandling af børn og familier.

Det er sværhedsgraden af diagnosetilstanden i kombination med den psykologiske og psykosociale tilstand, der er udgangspunktet for, hvor patienten behandles. Hvis behandlingen tilrettelægges med udgangspunkt i hospitalet, kan der tilbydes observation af et batteri af faggrupper (læge, sygeplejersker og psykologer). Samtidig kan hospitalet i højere grad end de praktiserende samarbejde med patientens netværk i bred forstand, dvs. med skole, socialforvaltning, praktiserende læge mm.

Øvrige problemer og vanskeligheder bør kunne varetages i de primære led – herunder praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Lettere vanskeligheder kan varetages af personale i hhv. PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og socialvæsen.

Der er enkelte diagnoser – såsom skizofreni og misbrug- praksissektoren ikke tager sig af.

Det er kendetegnende for specialet, at der kun er få praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. I dag er der 3 praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Midtjylland. De er alle lokaliseret i den østlige del – 2 i Århus og 1 i Horsens. Det vil sige, at der ikke er eller har været praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i de tidligere Viborg og Ringkøbing amter.

De praktiserende børne- og ungdomspsykiatere registrerer ikke diagnoser men alene konsultationer mv. så det er ikke umiddelbart muligt, at identificere baggrunden for de enkelte henvendelser fra patienter.

### 7.13.6 anbefalinger

Praksissektoren bør blive en mere integreret del af opgaveløsningen inden for det børne- og ungdomspsykiatriske felt. Det er opfattelsen, at det under givne forudsætninger, vil være en mulighed at styrke specialet til gavn for patienterne, hvis praksissektoren i højere grad udvikles og styrkes.

Arbejdsgruppen anbefaler,

- At der sker en udvidelse af antallet af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere. Overenskomstens parter er enige om, at befolkningens adgang til speciallægehjælp skal sikres ved hovedsageligt fuldtidspraktiserende speciallæger. Men under indtryk af manglen på speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri anbefales det, at udvidelsen hovedsageligt sker gennem tilladelse til nedsættelse i deltidspæktis eller ansættelse som assisterende speciallæger hos børne- og ungdomspsykiatere med fuldtidspræktis. Derved vil børne- og ungdomspsykiatere, der er ansatte i sekundærsektoren, få mulighed for at praktisere på deltid i primærsektoren. En positiv konsekvens af dette vil være, at samarbejdet mellem de 2 sektorer kan styrkes.
- Andre faggrupper i praksis. I dag er alle 3 praksis enkeltmandspæktis, hvor der ikke er ansat andet personale end ejeren (evt. sekretærhjælp).

De praktiserende vil kunne behandle patienter med behov for flerfaglig indsats, hvis de inddrager øvrige faggrupper i diagnosticering og behandling. Dette kan f.eks. opnås ved, at den enkelte praksis ansætter eget personale på hel- eller deltid, at flere praksis deler medarbejdere, at der laves samarbejdsaftaler mellem praksis og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center eller lignende.

Megen diagnostik kan blive hurtigere/nemmere for speciallæger, hvis der kan trækkes på psykologer, der kan bidrage med neuropsykologiske test.

Det anbefales, at der gennemføres forsøg med henvisning fra børne- og ungdomspsykiatere til praktiserende psykologer med henblik på neuropsykologiske tests.

- Øget samarbejde mellem primær og sekundær sektor. Samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, praktiserende speciallæger, almen læger og kommunerne bør styrkes. Der kan være en tendens til at kommunerne via Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) presser almen læger til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk behandling, selvom det måske er sociale problemer, der ligger bag. Derfor anbefales det, at kommunerne og de alment praktiserende læger undervises i, hvor der henvises til og hvornår.

Det anbefales, at der i et samarbejde mellem primær og sekundær sektor udarbejdes fælles vejledninger og gives øget mulighed for supervision på tværs af sektorerne.

Endvidere anbefales det, at der udarbejdes patientforløbsbeskrivelser, hvoraf det fremgår, hvem der mest hensigtsmæssigt tager sig af patienten (PPR, almen læge, praktiserende speciallæge, hospital mv.).

- Det anbefales at muligheden for efteruddannelse af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere styrkes.

## **7.14 Plastikkirurgi**

### **7.14.1 Indledning**

Da plastikkirurgi er et lille speciale i praksissammenhæng, er der ikke nedsat en decideret arbejdsgruppe i forbindelse med praksisplanlægningen på dette område. Praksisplanen er udarbejdet af administrationen efter faglig sparring med praktiserende plastikkirurg Eric Olesen.

### **7.14.2 Specialet plastikkirurgi**

Plastikkirurgiens arbejdsområde omfatter undersøgelse, diagnostik og behandling af en række tilstande så som ondartede og godartede svulster i huden og bindevævet, medfødte misdannelser og rekonstruktion af erhvervede kropsdeformiteter og defekter opstået som følge af kræftbehandling, infektioner, vævsdød og traumer eller følger efter tidligere given behandling. Den kosmetiske kirurgi er en del af plastikkirurgien, men praktiseres overvejende udenfor offentligt regi.

Plastikkirurgiens arbejdsområde er ikke som de fleste andre specialer begrænset til en specifik sygdom, misdannelse eller kropsdel. Selv om mange indgreb er standardiserede, kan man som plastikkirurg komme ud for omfattende specielle defekter, hvor standardiserede metoder ikke er anvendelige og individualiserede løsninger bliver nødvendige. Derfor har plastikkirurgien også stor berøringsflade med andre specialer, hvor der i stort omfang ydes tilsyns- og operationsassistance.

Det plastikkirurgiske speciale har ansvaret for profylakse, diagnostik, behandling og kontrol af forskellige sygdomme under følgende ekspertområder:

- Onkologisk plastikkirurgi
- Mikrokirurgi
- Kongenitte misdannelser
- Sårbehandling
- Almen plastikkirurgi

Typisk for plastikkirurgi er, at de elektive funktioner dominerer. De akutte funktioner er ansigtsskader og skader der har medført større vævstab. Traumatologi og brandsårsbehandling er også plastikkirurgiske ekspertområder, men ikke i Region Midt, hvilket kunne være et udviklingsområde.

Kræftrelateret kirurgi udgør ca. 70 % af aktiviteten og er stigende. Den mikrokirurgiske aktivitet er ligeledes i stigende på grund af den stigende kræftforekomst og øgede rekonstruktive muligheder.

### **7.14.3 Plastikkirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil fortsat være én afdeling i regionen, som varetager såvel højt specialiserede funktioner som hovedfunktioner inden for plastikkirurgien. Afdelingen er placeret på:

- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Behovet for varetagelse af en plastikkirurgisk udefunktion i tilknytning til den mammakirurgiske funktion på Hospitalsenheden Vest skal udredes nærmere under hensyntagen til blandt andet den eksisterende bemandingssituation inden for plastikkirurgien.

Det plastikkirurgiske speciale er velegnet til deltidsydernumre, idet speciallægerne har meget gode muligheder for at supplere indtægterne som privathospital.

#### **7.14.4 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Befolkningsfremskrivningen, som fremgår af kapitel 2, tager imidlertid ikke højde for den særlige udvikling, der kendetegner det plastikkirurgiske speciale, (eksempelvis øgede tværfaglige operationstilbud). Der skal også tages hensyn til den øgede forekomst af hudkræft, kræftpakkerne og det øgede antal fedmeoperationer, som kan give anledning til efterfølgende plastikkirurgiske korrektioner.

Der må således i de kommende år forventes et større pres på plastikkirurgien, dels på grund af større patientmængde, dels på grund af stigende kendskab blandt læger og patienter til de behandlingsmuligheder der er indenfor faget. Derfor kan der fortsat forventes lange ventetider på de elektive (ikke akutte) operationer.

#### **7.14.5 Plastikkirurgiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 1 fuldtidspraktiserende plastikkirurgisk speciallæge og 3 deltids i Region Midtjylland.

Gennemsnitsalderen er 57,5 år og 2 er 60 år eller ældre.

Alle praksis ligger i Århus.

#### **Oversigt over antallet af udvalgte ydelser i speciallægepraksis i 2008**

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| 1. konsultation (med og uden operation)        | 983   |
| Mindre operation                               | 1.339 |
| Mindre følgende operation i samme konsultation | 1.520 |
| Større operation                               | 1.273 |
| Større følgende operation i samme konsultation | 1.683 |

#### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende plastikkirurger**

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider

#### **7.14.6 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

Det vurderes, at speciallægepraksis er meget velegnede til mindre plastikkirurgiske operationer og er et godt og nødvendigt supplement til plastikkirurgien på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Hos den fuldtidspraktiserende plastikkirurgiske speciallægepraksis fylder hudkræftpatienterne ca. 20 %. Herudover foretages en række indgreb som arvæv, talgkirtler, øjenlåg, stritører, bylder foruden en række større operationer såsom hængende maveskind og store bryster. De 2 sidstnævnte operationer foregår i fuld bedøvelse og udføres efter aftale med hospitalsområdet.

Det vurderes, at speciallægepraksis har kapacitet til i en vis udstrækning at aflaste plastikkirurgien på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus med en række operationer efter nærmere aftale.

I den udstrækning det skønnes, at der er behov for aflastning af hospitalsplastikkirurgien, kan det være hensigtsmæssigt, hvis visitationen mellem de 2 sektorer smidiggøres.

#### **7.14.7 Anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

Region Midtjylland vurderer, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til de praktiserende plastikkirurger. Speciallægepraksis har dog tilkendegivet, at der er kapacitet til at aflaste hospitalet og være behjælpelig med afvikling af ventelister efter nærmere aftale.

Region Midtjylland oplever, at det er uhensigtsmæssigt og usmidigt for patienterne, at hospitalerne ikke kan henvise direkte til de praktiserende plastikkirurger uden, at patienten skal tilbage til den alment praktiserende læge. Endvidere er der en risiko for, at patienten "tabes" i henvisningssystemet.

- Det anbefales, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til de praktiserende plastikkirurger, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

#### **7.14.8 Anbefaling om praksiskapacitet**

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af plastikkirurgiske speciallægepraksis er passende, og det anbefales at den bevares.



## 7.15 Patologi

### 7.15.1 Indledning

Inden for de fleste specialer har der været nedsat arbejdsgrupper med repræsentanter for de praktiserende speciallæger og for overlægerne. Et vigtigt del af disse arbejdsgruppers kommissorium har været at give bud på, om det vil være muligt og hensigtsmæssigt at flytte opgaver helt eller delvist til speciallægepraksis fra hospitalerne samt give en vurdering af kapacitetsbehovet på praksisområdet.

Da det patologiske speciale er et lille speciale i praksissammenhæng, vurderer administrationen, at det ikke vil give mening at nedsætte en decideret arbejdsgruppe i forbindelse med praksisplanlægningen på dette område. Derfor anbefaler administrationen, at dette notat får status som delpraksisplan for praktiserende patologer.

I foråret 2006 blev der nedsat en arbejdsgruppe vedrørende patologien i Region Midtjylland. Arbejdsgruppen fik til opgave at analysere situationen og fremkomme med forslag til nye tiltag, der kan bidrage til at sikre en fortsat god patologi service og udvikling i regionen.

Arbejdsgruppen har i henhold til kommissoriet drøftet nye tiltag indenfor følgende områder:

- rekruttering af nye læger til specialet patologi,
- rekruttering / fastholdelse af speciallæger i patologi,
- opgaveglidning,
- ny arbejdsbesparende/tidsbesparende teknologi,
- sikring af den faglige udvikling indenfor patologi-området, samt
- overvejelser omkring den fremtidige organisering af patologien i regionen.

Nedenstående er i høj grad baseret på resultatet af denne gruppes arbejde, der er publiceret i rapporten "Patologien i Region Midtjylland. Afrapportering fra arbejdsgruppen vedrørende patologien i Region Midtjylland" fra november 2006.

I 2006 var der aktuelle problemer med mange vakante speciallægestillinger indenfor patologi i Region Midtjylland og generelt i hele landet. Samtidig var/er kompleksiteten i patologidiagnostikken og forventningerne dertil stigende. Derfor var regionens patologer presset hårdt arbejdsmæssigt af de daglige diagnostiske opgaver, og svartiderne var ofte lange. Det gjorde det vanskeligt at afse ressourcer til faglige udviklingsprojekter, og omsætning af udviklingsarbejdet til rutinediagnostik. Frygten var at det belastede arbejdsmiljø kunne føre til yderligere afvandring af erfarne patologer fra regionen samt hæmme rekrutteringen af yngre læger og nyuddannede speciallæger. En sådan udvikling ville uundgåeligt føre til øgede ventetider på patologi-svar til skade for behandlingsindsatsen på sygehusenes kliniske afdelinger.

Dertil var/er forventningen, at behovet for at forbedre bemandingssituationen forøges af at der i de kommende år må imødeses en øgning i screeningsopgaverne. Hertil kommer fortsat øget kompleksitet af en række undersøgelsestyper inden for patologien, herunder nye

molekylærbiologiske metoder, hvilket medfører et øget tidsforbrug pr. undersøgelse for især speciallægerne.

### **7.15.2 Patologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være fire patologiske afdelinger i regionen på:

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

I forbindelse med afviklingen af den akutte aktivitet på Regionshospitalet Skive flyttes patologisk afdeling til Regionshospitalet Viborg.

Det vurderes, at de teknologiske fremskridt vil have stor betydning for mulighederne for at samle patologien yderligere i et længere tidsperspektiv. Udviklingen af de telepatologiske muligheder vil betyde, at hensynet til nærhed, i forbindelse med f.eks. frysensnit med hastesvar som benyttes ved blandt andet brystkræftoperationer, vil få væsentlig mindre betydning i specialeplanlægningen. Det kan derfor i planperioden forudses, at der kan blive mulighed for yderligere samling – jf. i øvrigt udredning vedrørende en samordning af laboratoriefunktioner.

De kliniske afdelinger efterspørger ofte bestemte typer af patologi-ydelser hurtige svar af høj kvalitet – hvilket bedst, og i nogle tilfælde kun, kan imødekommes via tilstedeværelse af speciallæger i patologi på sygehuset.

I dag er bemandsingssituationen blevet væsentligt forbedret. Det er lykkedes Patologisk Afdeling på Århus Sygehus at rekruttere en række danske og svenske patologiske speciallæger. Derudover er alle uddannelsesstillinger besatte. Der er dog fortsat vakante stillinger i Holstebro og i Skive.

I Århus Amts praksisplan fra 1996, blev det vedtaget, at de patologiske undersøgelser på længere sigt skulle samles på hospitalerne, idet hensyn til forskning, uddannelse, kvalitet og erfaringsudveksling tilsiger dette. Siden er den ene af de to daværende speciallægepraksis i Århus lukket, og den samlede praksisaktivitet er faldet betydeligt.

Samlet set er det vurderingen, at patologi ikke er et praksisrelevant speciale i Region Midtjyllands sundhedsvæsen. Speciallægepraksis kan generelt være særligt begrundet i situationer, hvor nærhed til borgeren er vigtigt og/eller der er mulighed for at indrette mindre men meget effektive produktionsenheder og der ikke er personalemangel inden for specialet på hospitalerne. Ingen af kriterierne er opfyldt hvad angår patologi.

### 7.15.3 Patologisk speciallægepraksis i Region Midtjylland

I Region Midtjylland er der én patologisk deltidspraksis, som er placeret i Århus. Denne praksis har eksisteret siden marts 1975.

Den pågældende patolog er i dag 80 år, og det kan derfor ikke forventes, at han fortsætter med at drive speciallægepraksis i en længere periode fremover.

Produktionen i praksis har i 2007 og i 2008 fordelt sig som vist i følgende tabeller. Opgørelsen for 2008 er estimeret på baggrund af de første 3 kvartaler af 2008.

| <b>2008 – estimeret på baggrund af kvartal 1 - 3</b> | <b>HISTO-CYTOLOGISK LABORATORIUM</b> |                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
|                                                      | <b>Tilskud i kr.</b>                 | <b>Ydelser</b> |
| <b>2126-Vaginalcyt. unders.</b>                      | 25.060                               | 204            |
| <b>2127-Vævmikroskopi</b>                            | 1.166.786                            | 3.527          |
| <b>2128-Immunhist. præp.farv</b>                     | 11.232                               | 13             |
| <b>2129-Konusundersøgelse</b>                        | 9.481                                | 8              |
| <b>I alt</b>                                         | 1.212.558                            | 3.752          |
| <b>Region Midtjylland</b>                            | 504.381                              | 1.620          |

| <b>Hele 2007</b>                 | <b>HISTO-CYTOLOGISK LABORATORIUM</b> |                |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------|
|                                  | <b>Tilskud i kr.</b>                 | <b>Ydelser</b> |
| <b>2126-Vaginalcyt. unders.</b>  | 15.176                               | 132            |
| <b>2127-Vævmikroskopi</b>        | 778.370                              | 2.485          |
| <b>2128-Immunhist. præp.farv</b> | 10.673                               | 13             |
| <b>2129-Konusundersøgelse</b>    | 8.927                                | 7              |
| <b>I alt</b>                     | 812.146                              | 2.637          |
| <b>Region Midtjylland</b>        | 520.649                              | 1.713          |

Som det ses, foretages der en del analyser for de øvrige regioner (Region Syddanmark og Region Nordjylland).

Det bemærkes endvidere, at Patologisk Institut på Århus Sygehus har henvendt sig til Region Midtjylland med et forslag om, at instituttet overtager aktiviteten fra praksis vedrørende prøver fra patienter i Region Midtjylland, senest når den pågældende praktiserende patolog ikke længere vil fortsætte.

Det er Patologisk Instituts forventning, at det kan løfte opgaven med at levere de ydelser, der i dag foretages i praksis, under forudsætning af, at afdelingen tilføres ressourcer til at løse opgaven.

#### **7.15.4 Anbefaling**

Ifølge Patologisk Institut kan der umiddelbart fremføres følgende argumenter for, at de patologiske prøver skal analyseres på hospitalerne:

- Patologi praksis er typisk uden vikardækning og uden subspecialisering. I hospitalsregi kan man garantere kontinuerlig og tidsubegrænset service på et højt fagligt niveau.
- Prøver i hospitalsregi registreres online i Patobanken og data leveres automatisk til LPR og Cancerregisteret. Beskrivelsen af svar i speciallægepraksis er ikke tilgængeligt i det offentlige system under den videre behandling af patienterne.
- Patologisk Institut mener ikke, at man kan gennemføre og dokumentere melanom og non-melanom hudkræft pakker i speciallægepraksis.
- En del patienter i Folkeundersøgelsen mod Livmoderhalskræft undersøges og behandles i speciallægepraksis. Videre opfølgning med genindkaldelser og færdigbehandling umuliggøres når data ikke registreres i indkaldelsessystemerne. Statistikker for deltagelse og frekvens af patologiske forandringer kan ikke opgøres.
- Forskning, udvikling, kvalitetssikring og dyre specialmetoder udføres ikke i speciallæge praksis.
- Uddannelse i specialet foregår ikke i speciallægepraksis.

Derudover kan det fremføres, at

- Der ikke er argumenter for, at det er hensigtsmæssigt at patologiske ydelser præsteres i speciallægepraksis, idet der ikke er en nærhedsdimensionen i forhold til borgerne i de ydelser der produceres inden for patologien.
- Der er behov for den speciallægefaglige kapacitet på hospitalerne.
- Det er et relativt begrænset antal ydelser, der leveres i den patologiske speciallægepraksis set i forhold til hele det patologiske område.

Det anbefales, at den eksisterende patologiske speciallægepraksiskapacitet udfases i forbindelse med generationsskifte, således at hospitalspatologien overtager aktiviteten fra praksis vedrørende prøver fra patienter i Region Midtjylland, senest når den praktiserende patolog ikke længere vil fortsætte, idet det af hensyn til forskning, personaleressourcer, uddannelse, kvalitet og erfaringsudveksling mv., skønnes at være mest hensigtsmæssigt, at de patologiske undersøgelser foretages i hospitalsregi. Såfremt den praktiserende patolog eller en eventuel efterfølger ønsker at videreføre praksis med prøver fra patienter i andre regioner, vil der ikke være noget for dette.

## 7.16 Anæstesiologi

### 7.16.1 Indledning

Delpraksisplanen er udarbejdet af administrationen efter faglige input fra praktiserende anæstesiolog Lars Hasselstrøm og Svend Troelse, der har et anæstesiologisk overlægeydernummer.

### 7.16.2 Specialet anæstesiologi

Anæstesiologi er et tværgående klinisk speciale, som omfatter alle former for anæstesi, herunder den præoperative forberedelse samt per- og postoperativ overvågning og behandling. Specialet varetager endvidere overvågning, diagnostik og behandling af kritisk syge patienter, præhospitalsbehandling herunder præhospitalstraumebehandling samt katastrofemedicinsk intervention. Endelig varetager specialet diagnostik og behandling af akutte smertetilstande og i et multidisciplinært samarbejde diagnostik og behandling af kroniske smertetilstand

Der vil fortsat være anæstesiologiske afdelinger på følgende hospitalsenheder:

- Hospitalsenheden Randers
- Hospitalsenheden Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Hospitalsenheden Horsens
- Hospitalsenheden Silkeborg
- Århus Universitetshospital, Skejby
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- 

Der er landsdelsafdelinger Århus Universitetshospital (Århus Kommunehospital og Skejby Sygehus)

Der er landsdelsafdelinger ved H:S (Rigshospitalet), Københavns Amts Sygehusvæsen (Amtssygehuset i Herlev), Odense Universitetshospital, Århus Universitetshospital (Århus Kommunehospital og Skejby Sygehus) og Aalborg Sygehus.

I henhold til overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger omfatter anæstesiologi i speciallægepraksis behandling af smertetilstande, anæstesibistand til ørelæger og anæstesibistand til øjenlæger.

I praksis er specialet hovedsagligt organiseret ved, at en række speciallæger inden for anæstesiologi har deltids- eller overlægeydernumre samtidig med, at de er ansat på regionens hospitaler.

Det bemærkes, at den anæstesiologiske bistand har helt særlige karakteristika i forhold til øvrige speciallægepraksis. Bl.a. ved at de praktiserende anæstesiologiske speciallæger ikke genererer efterspørgsel, idet de fungerer som støttefunktion for andre, og de har meget lave

udgifter i forbindelse med etablering og drift af praksis. Dette muliggør større frihedsgrader i forhold til at markedsudsætte området end det er tilfældet med de fleste øvrige specialer.

### **7.16.3 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Da de praktiserende anæstesiologers hovedopgave er at hjælpe ørelægerne med operationer på børn, er det primært den demografiske udvikling for børn der er relevant i denne sammenhæng.

I 2008 vil der være ca. 4.570 færre børn mellem 0 og 9 år end tilfældet var i 2008 (fald på 2,9 %). I 2028 vil dette have vendt sig til en vækst på ca. 6.900 i aldersgruppen (+ 4,4 % i forhold til 2008).

I 2008 vil der være ca. 1.800 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2008 (fald på 1,1 %). I 2028 kan det forventes at der vil være ca. 8.000 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2008 (fald på 4,3 %).

### **7.16.4 Anæstesiologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

I henhold til overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger Anæstesiologi omfatter anæstesiologi i speciallægepraksis behandling af smertetilstande, anæstesibistand til ørelæger og anæstesibistand til øjenlæger.

Langt hovedparten, af de ydelser de praktiserende anæstesiologer leverer, er bistand i forbindelse med behandling i ørelægepraksis. Det drejer sig typisk om kortvarig standardanæstesi bl.a. i forbindelse med mindre indgreb på i øvrigt raske børn.

Ørelægen rekvirerer direkte anæstesiologisk bistand i den udstrækning, der er brug for det uden henvisning fra patientens alment praktiserende læge.

Dækningen af ørelægernes behov for anæstesiologisk hjælp er primært organiseret ved, at en række speciallæger inden for anæstesiologi har deltids- eller overlægeydernumre samtidig med, at de er ansat på regionens hospitaler. I Region Midtjylland er der dog også 2 fuldtidspraktiserende anæstesiologiske speciallæger udover 6 deltids- og 13 overlægeydernumre. 1 af deltidsydernumrene er tidsbegrænset indtil udgangen af 2009.

På baggrund af en væsentlig kapacitetsmangel inden for anæstesiologisk hjælp til ørelægerne, oprettede tidligere Århus Amt i 1994 7 midlertidige deltidsydernumre til hospitalsansatte anæstesiologer som tilbød i begrænset omfang at hjælpe de praktiserende ørelæger. Disse ydernumre kan ikke overdrages og kan nedlægges med 30 dages varsel uden godtgørelse. Et enkelt af disse ydernumre eksisterer fortsat.

I tidligere Århus Amt blev der indgået en aftale om, at den ene fuldtidspraktiserende anæstesiolog kan levere anæstesi til andre praktiserende speciallæger end øre- og øjenlæger. Det drejer sig om 2 gynækologer, 1 kirurg og 1 plastikkirurg, hvorved disse kan foretage operationer, de ellers ikke ville have mulighed for.

I de tidligere Viborg og Ringkøbing amter, har man oprettet overlægeydernumre for at ørelægerne kunne få den anæstesiologiske bistand, de har behov for. I tidligere Århus Amt har man hovedsagligt løst behovet ved hjælp af deltidsydernumre udover de 2 fuldtidspraktiserende.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at speciallæger, der foretager anæstesier på børn, foretager minimum 300 om året. Der er enkelte af de praktiserende anæstesiologer med overlæge- eller deltidsydernumre, som ligger væsentligt under denne anbefaling.

Den væsentligste forskel på deltids- og overlægeydernumre er, at deltidsydernumrene kan handles videre til en anden interesseret anæstesiologisk speciallæge, mens overlægeydernumrene automatisk nedlægges ved ledighed.

Det er Region Midtjyllands vurdering, at der ikke er væsentlige argumenter for at deltidsydernumrene kan handles, idet

- den praktiserende anæstesiologiske speciallæge, ikke har væsentlige udgifter forbundet med etablering sin praksis (sammenlignet med øvrige specialer). Ofte har ørelægerne investeret i det anæstesiologiske udstyr og regionen betaler anæstetikaen. Der er dog andre mindre udgifter i forbindelse med anæstesen, som den praktiserende anæstesiolog selv dækker.
- den praktiserende anæstesiologiske speciallæge, har ikke via god service/kvalitet opbygget et "patientkartotek" med dertil hørende markedsværdi, idet det er ørelægen, som rekvirerer anæstesiologisk bistand i den udstrækning, der er brug for det. Ørelægen er derved ikke forpligtet til at bruge en eventuel ny køber af ydernummeret. Anæstesiologiske ydernumre, der handles, er således alene en "licens" eller "trækningsret" i forhold til regionens praksissektor.

Derudover er der kapacitetsstyringsmæssige argumenter for, hovedsageligt at bruge overlægeydernumre frem for deltidsydernumre. Da det er den enkelte ørelæge, som selv bestemmer, hvilke anæstesiolog med ydernummer vedkommende ønsker at benytte, er det ikke sikkert, at en køber af et deltidsydernummer, får mulighed for at gøre brug af ydernummeret.

Hvis der er tale om overlægeydernumre, som nedlægges ved ledighed, kan der løbende overvejes om, der er behov for flere praktiserende anæstesiologiske speciallæger, eller om behovet kan dækkes af de tilbageværende. Dette kan være med til at sikre, at alle de anæstesiologiske ydere lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det er regionens vurdering, at kutymen med en kombination af fuldtids- og deltids-/overlægeydernumre er medvirkende til at sikre en høj kvalitet af de anæstesiologiske ydelser i ørelægepraksis og en optimal udnyttelse af speciallægeressourcerne.

Speciallægerne med overlæge-/deltidsydernumre arbejder normalt fuldtids på regionens hospitaler samtidigt med at de leverer anæstesi ydelser til ørelægerne.

De fuldtidspraktiserende opnår en meget stor erfaring med hensyn til anæstesi af børn.

Det er regionens opfattelse, at de 2 fuldtidspraktiserendes kapacitet skal udnyttes fuldt ud. Det derefter udækkede behov, skal dækkes af deltids- og/eller overlægeydernumre. Det skal tilstræbes, at kapaciteten tilrettes således, at alle yderne foretager det af sundhedsstyrelsen anbefalede antal anæstesier.

Regionen vurderer, at det på længere sigt bør overvejes, om området skal liberaliseres yderligere – f.eks. via udbud eller lignende.

Gennemsnitsalderen for alle de praktiserende anæstesiologer er ca. 57 år. 8 er 60 år eller ældre.

I henhold til overenskomsten skal praktiserende speciallæger med fuldtids- eller deltidsydernumre afregne elektronisk med regionen. Dette krav er ikke gældende for overlægeydernumre. Af hensyn til arbejdsgangen og tidsforbruget i Region Midtjylland er det ikke hensigtsmæssigt, at de anæstesiologiske speciallæger i tidligere Ringkøbing og Viborg amter ikke afregner elektronisk. Region Midtjylland vil arbejde på en løsning af problemet.

I henhold til overenskomsten blev ydelsen for anæstesiologisk hjælp i ørelægepraksis ændret i 2007, så der nu honoreres efter hvor lang tid den anæstesiologiske speciallæge skal bruge.

De anæstesiologiske speciallægers anæstesi ydelser i 2008 fremgår af følgende tabel:

| <b>Anæstesier fra praktiserende anæstesiologer i 2008</b> |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| Op til 15 minutter                                        | 8.921 |
| Mellem 15 og 30 minutter                                  | 2.331 |
| Mellem 30 og 60 minutter                                  | 401   |
| Mellem 60 og 120 minutter                                 | 147   |
| Over 120 minutter                                         | 4     |

#### **7.16.5 Anbefaling om praksiskapacitet**

Det anbefales, at den nuværende kapacitet med 2 fuldtidsydernumre bevares.

Det anbefales, at det "specielle" deltidsydernummer fra tidligere Århus Amt nedlægges.



Derudover vurderes det, at den nuværende kapacitet af anæstesiologiske speciallægepraksis er passende. Der er dog enkelte med deltids- eller overlægeydernummer, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 300 anæstesier på børn om året.

Det anbefales, at kapacitetsbehovet udover hvad de fuldtidspraktiserende kan dække, løses ved hjælp af overlægeydernumre frem for deltidsydernumre. Dette vil give bedre mulighed for at styre kapaciteten og sikre, at alle praktiserende anæstesiologer får mulighed for at leve op til sundhedsstyrelsens anbefalinger på 300 anæstesier på børn om året.

#### **7.16.6 Øvrige anbefalinger**

Det anbefales, at der arbejdes med mulighederne for, at de praktiserende anæstesiologer med overlægeydernumre kommer til at afregne elektronisk.

Det anbefales, at det tilstræbes, at deltidsydernumrene ved ledighed konverteres til overlægeydernumre, der ikke kan handles.

Det anbefales, at det på længere sigt overvejes, om området skal liberaliseres yderligere – f.eks. via udbud eller lignende.

## **7.17 Diagnostisk radiologi**

### **7.17.1 Indledning**

Da diagnostisk radiologi et lille speciale i praksissammenhæng, er der ikke nedsat en decideret arbejdsgruppe i forbindelse med praksisplanlægningen på dette område. Delpraksisplanen er udarbejdet af administrationen, men vil indgå som en del af den samlede praksisplan på lige fod med de øvrige specialer.

### **7.17.2 Specialet diagnostisk radiologi**

Specialet diagnostisk radiologi omfatter udførelse og vurdering af undersøgelser baseret på konventionel røntgenteknik og ultralyd-, CT- og MR-teknik samt invasive billedvejledte diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer.

Det radiologiske speciale varetager således også CT- og MR-delen ved kombinerede modaliteter som SPECT/CT og PET/MR.

### **7.17.3 Diagnostisk radiologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland**

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der vil være døgndækkende diagnostisk radiologi på:

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og Skejby
- Regionshospitalet Silkeborg (dog kan MR ikke foretages i vagttid). Der vil være mulighed for telemedicinsk overførelse af billeder til de fælles akutmodtagelser.

På akutklinikkerne i Grenaa, Ringkøbing, Skive vil der være adgang til konventionel røntgenoptagelse, ligesom der vil være mulighed for telemedicinsk overførsel af billeder til de fælles akutmodtagelser.

### **7.17.4 Demografiske udfordringer i befolkningen**

Om den ændrede alderssammensætning i sig selv vil betyde et øget antal radiologiske undersøgelser afhænger af, om den øgede levetid blot skyldes at folk er raske længere.

Derimod er der ingen tvivl om, at den øgede livslængde for kroniske patienter vil resultere i flere radiologiske undersøgelser, ligesom den samlede befolkningstilvækst vil det.

Den største vækst i antallet af radiologiske undersøgelser vil dog skyldes bedre behandlingsmuligheder med deraf følgende behov for udredning og behandlingskontrol, et generelt stigende ønske om udredning og behandling, udvikling af stadigt flere non- og mikroinvasive teknikker, samt den tiltagende nødvendighed for "defensiv medicin".

Hertil kommer indførelse af screeningsprogrammer. Alene indførelsen af mammografiscreening i Region Midtjylland medfører, at 149.000 kvinder i alderen 50 – 69 år skal have foretaget screeningsmammografi hvert andet år og op til 5 % af disse skal yderligere have foretaget supplerende klinisk mammografi inklusiv ultralydsskanning og eventuelt biopsi.

#### **7.17.5 Radiologisk diagnostiske speciallægepraksis i Region Midtjylland**

Der er 1 fuldtidspraktiserende radiolog i Region Midtjylland. Han er 61 år og har praksis i Århus.

I løbet af 2008 blev der foretaget over 28.000 undersøgelser i denne praksis (røntgen, ultralyd og mammografier).

I henhold til overenskomsten er der mulighed for at indgå rammeaftale mellem regionen og speciallægepraksis, hvorved den praktiserende radiolog får mulighed for at foretage CT- og MR-skanninger. Det er dog en forudsætning at speciallægen kan dokumentere de fornødne kvalifikationer og officielle uddannelseskrav.

I modsætning til de øvrige praktiserende speciallæger i Region Midtjylland er det alene regionens borgere, der kan henvises til den radiologisk billeddiagnostiske praksis.

#### **Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende radiologer**

Overenskomstens parter er enige om, at speciallægenes praksisdeklarationer på Sundhed.dk i løbet af 2009 udvides med informationer om ventetider. I løbet af 2008 nedsætter parterne en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til de udvalgte diagnoser/behandlinger inden for de enkelte specialer, som det kan være relevant at angive ventetider for.

#### **7.17.6 Flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren**

I den udstrækning det skønnes, at der er behov for aflastning af radiologisk billeddiagnostiske hospitalsfunktioner, kan det være hensigtsmæssigt, hvis visitationen mellem de 2 sektorer smidiggøres.

#### **7.17.7 Anbefalinger vedrørende flytning af opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis**

Region Midtjylland vurderer, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til den praktiserende radiolog. Ved spidsbelastninger på hospitalsafdelingerne vil det dog være en fordel, at der umiddelbart kan omvisiteres patienter til praksis.

- Det anbefales, at der gives mulighed for, at der kan henvises direkte fra hospitalernes specialafdelinger til den praktiserende radiolog, uden at den alment praktiserende læge skal inddrages (dog skal der orienteres). Dette vil smidiggøre arbejdsgangen og hindre, at patienter "tabes" i henvisningssystemet.

#### **7.17.8 Anbefaling om praksiskapacitet**

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af radiologisk billediagnostiske speciallægepraksis er passende, og det anbefales at den bevares.