

Udkast til praksisplan

Praktiserende speciallæger

Specialespecifik del

21. november 2013

Indholdsfortegnelse

1. Delpraksisplaner	7
2. Øjenlæger	8
2.1 Kort beskrivelse af øjenspecialet (oftalmologi)	8
2.2 Oftalmologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	9
2.3 Øjenlæger på hospitalerne	10
2.4 Demografiske forhold	10
2.5 Økonomi og aktivitet	10
2.6 Forbrug af øjenlægehjælp	13
2.7 Øjenlægekapaciteten.....	13
2.8 Geografisk placering af praktiserende øjenlæger i Region Midtjylland	13
2.9 Køn- og aldersprofil praktiserende øjenlæger.....	14
2.10 Ventetid.....	14
2.11 Kommende speciallæger	15
2.12 Befolkningsgrundlag og øjenlægekapaciteten.....	15
2.13 Udfordringer	16
2.14 anbefalinger om opgaver	17
2.15 anbefalinger om kapacitet.....	18
2.16 Øvrige anbefalinger	18
3. Ørelæger	20
3.1 Kort beskrivelse af øre-næse-halsspecialet (oto-rhino-laryngologi).....	20
3.2 Otologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	20
3.4 Demografiske forhold	21
3.5 Økonomi og aktivitet	21
3.6 Forbrug af ørelægehjælp.....	24
3.7 Øre-næse-halslægekapaciteten.....	24
3.8 Geografisk placering af praktiserende øre-næse-halslæger i Region Midtjylland	25
3.9 Ventetid.....	25
3.10 Kommende speciallæger	26
3.11 Befolkningsgrundlag og øre-næse-halslægekapaciteten.....	26
3.12 Udfordringer	27
3.13 anbefalinger om opgaver	27
3.14 anbefalinger om kapacitet.....	30
4. Dermatologer	32
4.1 Kort beskrivelse af dermatologispecialet	32
4.2 Dermatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	32
4.3 Dermatologer på hospitalerne.....	33
4.4 Arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læge, dermatologiske speciallægepraksis hospitalerne og specialafdelingen	33
4.5 Demografiske forhold	34
4.6 Økonomi og aktivitet	34
4.7 Kommuneopdelt forbrug hos praktiserende dermatologer	36
4.7 Kapacitet praktiserende dermatologer	37
4.8 Geografisk placering af dermatologiske speciallægepraksis.....	38

4.9 Ventetid.....	38
4.10 Kommende speciallæger inden for dermatologi	38
4.11 Befolkningsgrundlag og dermatologikapaciteten	39
4.12 Medicinudgifter i forbindelse med opgavevaretagelse.....	40
4.13 Udfordringer	40
4.14 anbefalinger om opgaver	40
4.15 anbefalinger vedrørende opgaver som kan flyttes til almen praksis	43
4.16 Generel anbefaling	43
4.17 anbefalinger om udvidelse og effektivisering	43
5. Voksenpsykiatri.....	45
5.1 Kort beskrivelse af psykiatrispecialet	45
5.2 Psykiatrien i Region Midtjylland.....	45
5.3 Psykiatriplanen	47
5.4 Demografiske konsekvenser	47
5.5 Praktiserende psykiatere i Region Midtjylland	48
5.6 Geografisk placering af praktiserende psykiatere i Region Midtjylland	48
5.7 Køn- og aldersprofil praktiserende psykiatere	48
5.8 Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende psykiatere	49
5.9 Rekrutteringssituationen af psykiatriske speciallæger	49
5.10 Arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og regionspsykiatrien.....	49
5.11 Udgifter og aktivitet.....	50
5.12 Befolkningsgrundlag	51
5.13 Udfordringer	51
5.14 anbefalinger om kapacitet.....	53
5.15 anbefalinger om opgavefordeling	54
5.16 Økonomiske konsekvenser	54
6. Pædiatri.....	55
6.1 Kort beskrivelse af pædiatri.....	55
6.2 Pædiatriske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	55
6.3 Økonomi og aktivitet	55
6.4 Kapacitet og geografisk placering.....	56
6.5 Køn- og aldersprofil praktiserende pædiatere	57
6.6 Ventetid.....	57
6.7 Demografi.....	57
6.8 anbefalinger om opgaver	58
6.9 anbefalinger om kapacitet.....	61
7. Gynækologi	62
7.1 kort beskrivelse af gynækologispecialet	62
7.2 Gynekologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	62
7.3. Økonomi og aktivitet	62
7.4 Kapaciteten af gynækologer	64
7.5 Geografisk placering af praktiserende gynækologer i Region Midtjylland	64
7.6 Køn- og aldersprofil praktiserende gynækologer	64
7.7 Ventetid.....	65
7.8 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren	65

7.9	Anbefalinger om opgaver	66
7.10	Anbefalinger om kapacitet	66
8.	Neurologi.....	67
8.1	Kort beskrivelse af neuromedicin	67
8.2	Neuromedicinske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	67
8.3	Økonomi og aktivitet	67
8.4	Kapaciteten af neurologer	69
8.5	Geografisk placering af praktiserende neurologer i Region Midtjylland	69
8.6	Køn- og aldersprofil praktiserende neurologer.....	69
8.7	Ventetid.....	70
8.8	Anbefalinger om opgaver	70
8.9	Anbefalinger om kapacitet.....	72
8.10	Øvrige anbefalinger	72
9.	Kirurgi	74
9.1	Kort beskrivelse af kirurgi	74
9.2	Kirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	74
9.3	Økonomi og aktivitet	75
9.4	Kapaciteten af kirurger	76
9.5	Geografisk placering af praktiserende kirurger i Region Midtjylland	76
9.6	Køn- og aldersprofil praktiserende kirurger.....	76
9.7	Ventetid.....	77
9.8	Anbefalinger om opgaver	77
9.9	Anbefalinger om kapacitet.....	79
10.	Ortopædkirurgi.....	80
10.1	Kort beskrivelse af ortopædkirurgi.....	80
10.2	Ortopædkirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	80
10.3	Økonomi og aktivitet	81
10.4	Kapaciteten af ortopædkirurger.....	82
10.5	Geografisk placering af praktiserende ortopædkirurger i Region Midtjylland.....	82
10.6	Køn- og aldersprofil praktiserende ortopædkirurger	82
10.7	Ventetid.....	82
10.8	Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren	82
10.9	Anbefalinger om opgaver	84
10.10	Anbefalinger om kapacitet	84
11.	Plastikkirurgi.....	85
11.1	Kort beskrivelse af plastikkirurgi	85
11.2	Plastikkirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	85
11.3	Økonomi og aktivitet	85
11.4	Kapaciteten af plastikkirurger	86
11.5	Geografisk placering af praktiserende plastikkirurger i Region Midtjylland.....	86
11.6	Køn- og aldersprofil praktiserende plastikkirurger.....	87
11.7	Ventetid.....	87
11.8	Anbefalinger om opgaver	87
11.9	Anbefalinger om kapacitet.....	88

12. Lungemedicin	89
12.1 Kort beskrivelse af lungemedicin	89
12.2 Lungemedicinske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	89
12.3 Økonomi og aktivitet	89
12.4 Kapaciteten af lungemedicinere	90
12.5 Geografisk placering af praktiserende lungemedicinere i Region Midtjylland.....	90
12.6 Køn- og aldersprofil praktiserende lungemedicinere.....	90
12.7 Ventetid.....	91
12.8 Anbefalinger om opgaver	91
12.9 Anbefalinger om kapacitet.....	94
13. Kardiologi.....	96
13.1 Kort beskrivelse af kardiologi.....	96
13.2 Kardiologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	96
13.3 Økonomi og aktivitet	97
13.4 Kapaciteten af kardiologer.....	98
13.5 Geografisk placering af praktiserende kardiologer i Region Midtjylland.....	98
13.6 Køn- og aldersprofil praktiserende kardiologer	98
13.7 Ventetid.....	98
13.8 Anbefalinger om opgaver	99
13.9 Anbefalinger om kapacitet.....	99
14. Børne- og ungdomspsykiatri.....	100
14.1 Kort beskrivelse af børne- og ungdomspsykiatri	100
14.2 Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland.....	100
14.3 Demografiske forhold.....	102
14.4 Økonomi og aktivitet	102
14.5 Kapaciteten af børne- og ungdomspsykiatere.....	103
14.6 Geografisk placering af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere	104
14.7 Køn- og aldersprofil praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.....	104
14.8 Ventetid.....	104
14.9 Anbefalinger om opgaver	104
14.10 Anbefalinger om kapacitet	105
15. Reumatologi	107
15.1 Specialet reumatologi og vigtige udviklingstendenser.....	107
15.2 Reumatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland	107
15.3 Demografiske udfordringer i befolkningen	107
15.4 Økonomi og aktivitet	108
15.5 Kapaciteten af reumatologiske speciallægepraksis.....	108
15.6 Geografisk placering af praktiserende reumatologer	108
15.7 Køn- og aldersprofil praktiserende reumatologer	108
15.8 Ventetid.....	109
15.9 Anbefalinger om opgaver	109
15.10 Anbefalinger om kapacitet	112
15.11 Øvrige anbefalinger	112
16. Diagnostisk radiologi.....	113
16.1 Kort beskrivelse af diagnostisk radiologi.....	113

16.2 Diagnostisk radiologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	113
16.3 Økonomi og aktivitet	113
16.4 Kapaciteten af diagnosticerende radiologer.....	114
16.5 Geografisk placering af praktiserende diagnosticerende radiologer i Region Midtjylland	114
16.6 Køn- og aldersprofil praktiserende diagnosticerende radiologer	114
16.7 Ventetid.....	114
16.8 anbefalinger om opgaver	115
16.9 anbefalinger om kapacitet.....	115
17. Patologi	116
17.1 Kort beskrivelse af patologi	116
17.2 Patologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland.....	116
17.3 Økonomi og aktivitet	117
17.4 Kapaciteten af patologer	118
17.5 Ventetid.....	119
17.6 anbefalinger	119
28. Anæstesiologi.....	120
18.1 Specialet anæstesiologi.....	120
18.2 Demografiske udfordringer i befolkningen	120
18.3 Anæstesiologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland.....	121
18.4 Økonomi og aktivitet	123
18.5. Kapaciteten af anæstesiologer	124
18.6 Geografisk placering af praktiserende anæstesiologer i Region Midtjylland.....	124
18.7 Køn- og aldersprofil praktiserende anæstesiologer.....	124
18.8 anbefalinger om kapacitet.....	124
18.9 Øvrige anbefalinger	125

1. Delpraksisplaner

I forbindelse med udarbejdelse af den tidligere delpraksisplan på speciallægeområdet var der i de fleste tilfælde nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hospitalerne og de praktiserende speciallæger inden for hvert speciale. De faglige anbefalinger i nærværende praksisplan er bl.a. baseret på anbefalinger fra disse tidligere arbejdsgrupper.

Der er udarbejdet en delpraksisplan for hvert af de 16 specialer, der praktiseres inden for i Region Midtjylland. Hovedvægten er lagt på de 4 største praksisspecialer, som er øjenspecialet, øre-næse-halsspecialet, dermatologi og psykiatri. For de øvrige specialer, er der foretaget en mere kortfattet gennemgang af specialet.

Delpraksisplanerne indeholder en kort beskrivelse af specialet, herunder det hospitalsbaserede ambulante behandlingstilbud indenfor specialet.

I forbindelse med anbefalinger om den fremtidige kapacitet på speciallægepraksisområdet, henvises der i de fleste tilfælde til, at der skal tages udgangspunkt i regionens planer for tilrettelæggelse af de ambulante funktioner. I den forbindelse foretages en vurdering af demografiske forhold, rekrutteringsforhold, ventetider med videre.

2. Øjenlæger

2.1 Kort beskrivelse af øjenspecialet (oftalmologi)

"Oftalmologien omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme i øjne og synsbaner samt sygdomme i øjenhuler, tåreveje og yder øjenomgivelser." (Specialevejledning for oftalmologi).

Det oftalmologiske speciale omfatter emner inden for:

- Kirurgisk og medicinsk oftalmologi.
- Opsporing, overvågning, behandling og kontrol af oftalmologiens folkesygdomme (grå stær, grøn stær, aldersbetaget makuladegeneration (forkalkning), diabetes og skelen).
- Diagnostik og behandling af sjældne øjensygdomme defineret som højt specialiseret niveau, 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.

Øjenspecialet er kendetegnet ved, at en væsentlig del af specialets hovedfunktioner varetages i speciallægepraksis. 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.

"Udover visitation af oftalmologiske patienter varetager speciallægepraksis akutte og elektive øjensygdomme, herunder diagnostik og behandling af alle almene øjensygdomme og synsgener, rutineundersøgelser i forbindelse med kroniske lidelser, diabetis- og glaukompatienter, skelepatienter (synsudvikling/amblyopi), aldersrelateret makuladegeneration (AMD) samt mindre operative indgreb. Desuden varetager speciallægepraksis opfølgning og kontrol af oftalmologiske patienter efter behandling på sygehus." (Specialevejledning for oftalmologi).

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

- Grå stær
- Grøn stær
- AMD (Aldersbetaget Macula Degeneration)
- Andre nethindesygdomme
- Skelen
- Børn med nedsat syn og brille-/kontaktlinsekorrektion
- Regnbuehindebetændelse
- Hornhindesygdomme
- Øjeninfektioner
- Øjenlågssygdomme
- Neurooftalmologiske sygdomme

Kirurgisk behandling af:

- Grå stær (forudsætter at der er indgået en aftale med regionen)
- Efterstær med YAG laser (forudsætter at der er indgået en aftale med regionen)
- 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. Børn op til 16 år bør ses af øjenlæge før de får briller med henblik på udelukkelse af anden problemstilling.

De medicinske opgaver varetages af alle de praktiserende øjenlæger, mens de kirurgiske i et meget varieret omfang af de forskellige øjenlæger i regionen.

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.

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 fortsat behov for, at der ses patienter på øjenafdelingerne.

2.2 Oftalmologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Der er 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 findes der øjenklinikker på Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Viborg, som overvejende har elektive funktioner. Øjenklinikken på Regionshospitalet Viborg har subspecialiseret sig i børneoftalmologi.

2.3 Øjenlæger på hospitalerne

Nedenstående tabeller viser antallet af øjenlæger, ansat på regionens hospitaler samt en prognose for, hvor mange der forventes til rådighed i 2020 og 2035.

Tabellerne bygger på udtræk fra lønsystemet, hvorefter der er lavet opslag i autorisationsregisteret og tilføjet speciale til den enkelte speciallæge.

Besatte speciallægestillinger på hospitaler i Region Midtjylland, opgjort i fuldtidsstillinger.

Fuldtidsstillinger pr. april 2013	HE Midt	HE Vest	Psykiatri	HE Horsens	RH Randers	AUH	Regionshus	Total
Oftalmologi	0	5,6	0	0	4	16,7	0	26,3

Kilde: løndata og opslag i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Fuldtidsansatte speciallæger pr. april 2013.

Note: Ikke-speciallæger ansat i speciallægestillinger er om muligt fordelt efter deres ansættelsessted.

Forventet fremtidigt antal øjenlæger i Region Midtjylland

Fremskrivningen af antal speciallæger i Region Midtjylland 2012-2035 er baseret på Sundhedsstyrelsens tal for udviklingen i antal speciallæger 2012 – 2035 på landsplan. Tallene stammer fra Lægeprognosen 2013, hvori også er beskrevet en lang række forudsætninger, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens fremskrivning. Herunder eksempelvis tilgang af speciallæger, ind- og udvandring, pensionering m.v.

Det bemærkes at prognosen bygger på en forudsætning om at udviklingen i Region Midtjylland følger den udvikling, som Sundhedsstyrelsen forventer på landsplan.

Udviklingen i antal øjenlæger på hospitalerne Region Midtjylland

	2013	2020	2035
oto-rhino-laryngolgi	29	30	37

Kilde: Løndata kombineret med opslag i autorisationsregisteret. Antal speciallæger pr. april 2013.

2.4 Demografiske forhold

Jf. kapitel 3 figur 1 i den generelle del af praksisplanen kan antallet af øjenpatienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel af ældre vil medføre en stigning i antallet af patienter med øjenproblemer.

2.5 Økonomi og aktivitet

Nedenstående tabeller viser udviklingen på de praktiserende øjenlægers aktivitet de senere år. Tabel 2a og 2b, viser henholdsvis, hvor meget øjenlægerne har produceret for og den procentvise udvikling, mens tabellerne 3a og 3b tilsvarende viser tallene for antallet af ydelser. Beløbende i tabellerne er i løbende priser.

Det ses, at udgiften til øjenlægehjælp steg meget i perioden 2009-2010 (9,1 %), hvorefter der skete et væsentligt fald fra 2010 til 2011. Niveauet fra 2011 er stort set bevaret i 2012, hvilket sandsynligvis kan tilskrives økonomiprotokollatet (jf. kapitel 3).

Tabel 2a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	41.421.259	42.937.263	44.113.904	45.337.213
Heraf 1. konsultation	34.307.790	35.777.407	36.994.796	38.247.938
heraf øvrige konsultationer	8.183.009	8.341.192	8.151.982	8.139.444
Tillægsydelse i alt	28.548.965	29.750.154	31.740.553	33.182.743
Heraf tillægsydelse undersøgelser	245.449	398.884	235.905	175.090
Heraf tillægsydelse øvrige	28.794.414	30.149.038	31.976.458	33.357.833
Operationer og undersøgelser i alt	32.186.090	35.100.653	37.035.897	40.140.116
Heraf operation for Blefarokalasis	7.207.097	8.028.473	7.951.863	8.097.575
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	7.985.995	8.017.817	7.027.917	6.639.345
Heraf fundusfoto	11.925.850	13.911.665	16.486.434	19.565.786
§ 64- og rammeaftaler i alt	30.890.733	37.255.159	29.678.011	25.227.688
Heraf operation for grå stær	24.849.516	30.346.255	25.726.048	22.740.472
Øvrige	98	977	2	2
Total	133.827.365	146.033.759	143.320.709	144.587.938

Tabel 2b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	3,7	2,7	2,8
Heraf 1. konsultation	4,3	3,4	3,4
heraf øvrige konsultationer	1,9	-2,3	-0,2
Tillægsydelse i alt	4,2	6,7	4,5
Heraf tillægsydelse undersøgelser	62,5	-40,9	-25,8
Heraf tillægsydelse øvrige	4,7	6,1	4,3
Operationer og undersøgelser i alt	9,1	5,5	8,4
Heraf operation for Blefarokalasis	11,4	-1,0	1,8
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	0,4	-12,3	-5,5
Heraf fundusfoto	16,7	18,5	18,7
§ 64- og rammeaftaler i alt	20,6	-20,3	-15,0
Heraf operation for grå stær	22,1	-15,2	-11,6
Total	9,1	-1,9	0,9

Tabel 3a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	223.154	227.471	231.130	233.155
Heraf 1. konsultationer	152.180	156.770	161.265	164.445
Heraf øvrige konsultationer	81.262	82.039	79.595	78.494
Tillægsydelser i alt	130.597	136.196	141.975	145.654
Heraf tillægsydelser undersøgelser	127.951	131.540	139.486	143.816
Heraf tillægsydelser øvrige	2.646	4.656	2.489	1.838
Operationer og undersøgelser i alt	70.507	78.811	87.066	97.217
Heraf operation for Blefarokalasis	6.331	7.195	6.990	7.001
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	4.893	5.024	4.397	4.162
Heraf fundusfoto	46.631	53.732	63.322	74.061
§ 64- og rammeaftaler i alt	13.629	16.008	10.213	7.176
Heraf grå stær	3.911	5.473	4.785	4.280
Total	447.935	469.590	479.987	492.913

Tabel 3b

	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	1,9	1,6	0,9
Heraf 1. konsultation	3,0	2,9	2,0
heraf øvrige konsultationer	1,0	-3,0	-1,4
Tillægsydelser i alt	4,3	4,2	2,6
Heraf tillægsydelser undersøgelser	2,8	6,0	3,1
heraf tillægsydelser øvrige	76,0	-46,5	-26,2
Operationer og undersøgelser i alt	11,8	10,5	11,7
Heraf operation for Blefarokalasis	13,6	-2,8	0,2
Heraf operation for udadrettede øjenlåg	2,7	-12,5	-5,3
Heraf fundusfoto	15,2	17,8	17,0
§ 64- og rammeaftaler i alt	17,5	-36,2	-29,7
Heraf operation for grå stær	39,9	-12,6	-10,6
Total	4,8	2,2	2,7

Af tabel 4 ses, at der er meget stor forskel på omsætningen hos de praktiserende øjenlæger (der er kun medtaget praksis, der har haft en helårsaktivitet i 2012)

Tabel 4

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter	Alle patienter minus særftaler
Praksis med mindste omsætning	1.956.310	1.956.310
Praksis med højeste omsætning	8.619.914	6.915.732
Gennemsnitsomsætning	4.483.277	3.725.959

Som det fremgår af tabel 4, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende øjenlæge omsætter for, men erfaringsmæssigt kan der gås ud fra at nye praktiserende øjenlæger omsætter for mere end gennemsnittet. Derved kan det forventes, at en udvidelse af

øjenlægekapaciteten medfører en udgift på mellem 3.500.000 kr. og 5.000.000 kr. pr. ekstra øjenlægepraksis.

2.6 Forbrug af øjenlægehjælp

Tabel 5 viser udgiften til praktiserende øjenlæger fordelt på patientens bopælskommune.

Tabel 5

2012	Antal personer ved praktiserende øjenlæge	Honorar	Procentdel der har været ved praktiserende øjenlæge	Udgifter pr. borger inkl. særtaftaler	Udgifter pr. borger ekskl. Særtaftaler ¹
Region Midtjylland	135.034	144.544.557	10,66	114,11	96,09
Favrskov Kommune	4.652	5.396.116	9,87	114,53	88,51
Hedensted Kommune	5.177	4.946.653	11,25	107,47	106,88
Herning Kommune	9.831	8.110.730	9,98	82,30	77,23
Holstebro Kommune	7.119	6.411.463	12,46	112,18	105,40
Horsens Kommune	10.141	9.841.667	12,13	117,73	116,15
Ikast-Brande Kommune	4.283	4.598.535	10,53	113,10	84,93
Lemvig Kommune	2.652	2.199.571	12,40	102,86	100,01
Norddjurs Kommune	4.164	4.221.922	10,99	111,47	93,33
Odder Kommune	2.768	2.512.714	12,73	115,53	109,05
Randers Kommune	12.653	15.602.522	13,21	162,94	129,55
Ringkøbing-Skjern Kommune	7.468	5.308.995	12,90	91,71	91,05
Samsø Kommune	212	223.102	5,45	57,37	52,40
Silkeborg Kommune	8.885	8.230.584	9,95	92,14	77,50
Skanderborg Kommune	5.437	5.026.156	9,37	86,65	81,15
Skive Kommune	5.906	8.708.936	12,40	182,88	121,94
Struer Kommune	2.557	2.452.476	11,57	110,98	98,73
Syddjurs Kommune	4.137	4.522.549	9,89	108,16	88,26
Viborg Kommune	10.842	16.262.193	11,56	173,34	134,05
Århus Kommune	26.263	29.967.672	8,35	95,27	76,36

1) Særtaftaler er hovedsagligt operationer for grå stær.

2.7 Øjenlægekapaciteten

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 32 fuldtidspraksis. Der er 33 øjenlæger, da én praksis drives som en delepraksis.

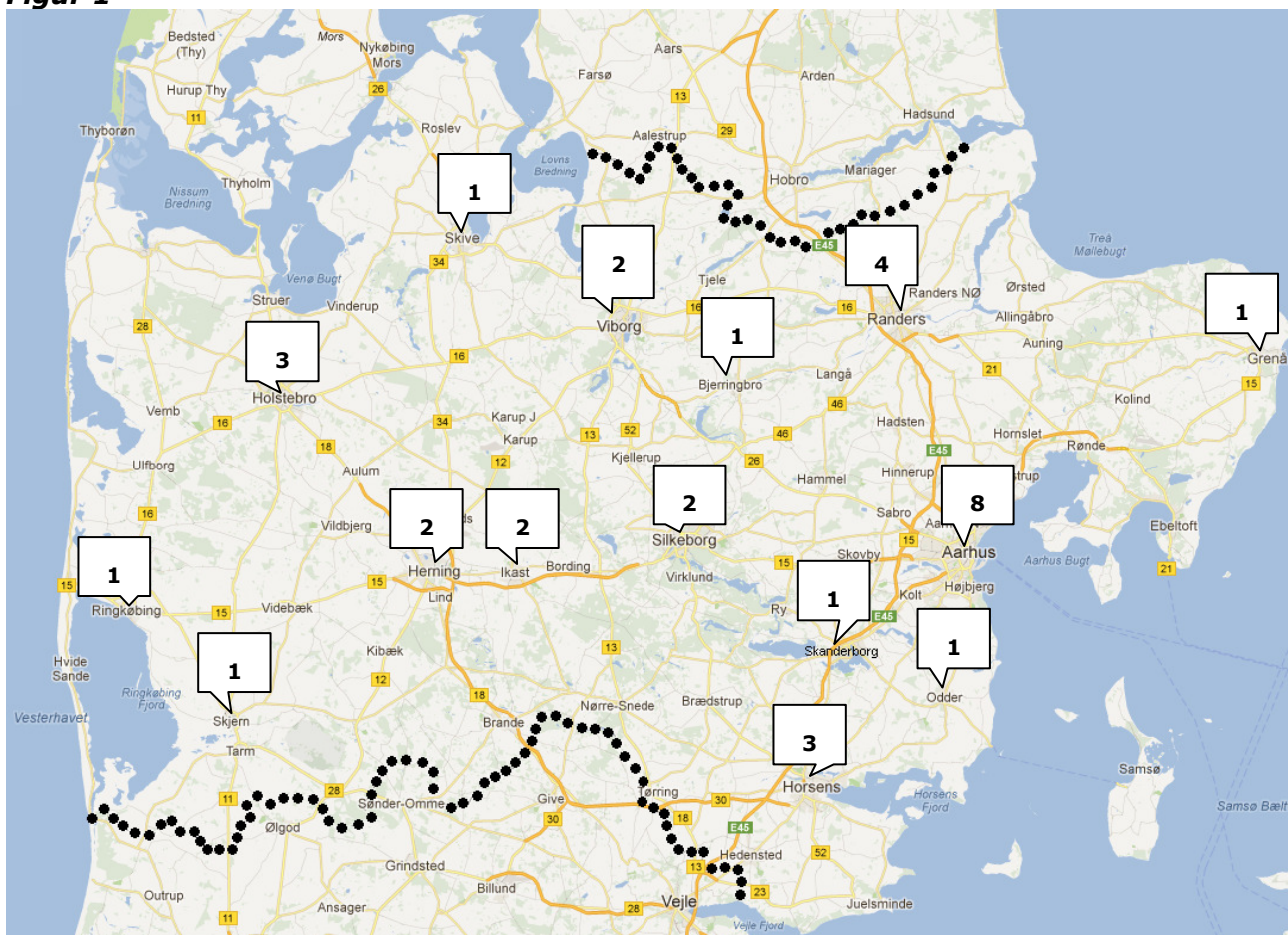
Der har været en vakant praksis, som regionsrådet besluttede at genopslå i den nordvestlige del af regionen. Denne praksis er besat, og det forventes, at den nye praktiserende øjenlæge, starter i løbet af efteråret 2013.

Derved er den reelle kapacitet fremover er 33 fuldtidspraksis.

2.8 Geografisk placering af praktiserende øjenlæger i Region Midtjylland

Figur 1 viser, hvor de praktiserende øjenlæger er lokaliseret. Den nye praksis i den nordvestlige del af regionen, indgår i oversigten.

Figur 1



2.9 Køn- og aldersprofil praktiserende øjenlæger

Tabel 6

33 praksis
34 øjenlæger (en delepraksis)
8 kvinder + 26 mænd
4 over 60 år (Grenå, Aarhus, 2 i Holstebro)
Gennemsnitsalder 49,4 år.

Som det fremgår af tabel 6, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres op til 4 speciallæger i oftalmologi til at overtage praksis efter øjenlæger, der går på pension. 2 i den vestlige del af regionen, 1 i Grenaa og 1 i Aarhus.

2.10 Ventetid

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende øjenlæger er generelt lang. Alle praktiserende øjenlæger har dog dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende øjenlæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I januar 2013 var ventetiden som følgende:

- 5 praksis havde 0 – 10 ugers ventetid
- 7 praksis havde 11 - 20 ugers ventetid
- 9 praksis havde 21 – 30 ugers ventetid
- 4 praksis havde 31 – 40 ugers ventetid
- 1 praksis havde mere end 41 ugers ventetid
- 5 praksis havde ikke indberettet.

2.11 Kommende speciallæger

I Videreuddannelsesregion Nord (dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland) forventes det, at følgende antal oftalmologiske speciallæger bliver færdiguddannede de kommende år:

2012	8 øjenlæger
2013	5 øjenlæger
2014	7 øjenlæger
2015	7 øjenlæger

2.12 Befolkningsgrundlag og øjenlægekapaiciteten

Nedenstående tabeller 7 og 8, der viser kommunernes befolkningstal i forhold til antallet af øjenlægepraksis, kan alene bruges til at give et overordnet overblik over øjenlægedækningen i regionen. I praksis benytter patienterne ofte øjenlæger i andre kommuner (eller regioner) end bopælskommunen, da de ofte har kortere afstand til en disse.

Den nye praksis i den nordvestlige del af regionen indgår i oversigten.

Tabel 7

Kommune	Antal øjenlæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere > 60 år	Borgere/ øjenlæge	Borgere > 60 år/øjenlæge
Favrskov	0	47.117	10.362		
Hedensted	0	46.029	10.778		
Herning	2	98.550	19.443	49.275	9.722
Holstebro	3	57.153	13.482	19.051	4.494
Horsens	3	83.598	18.496	27.866	6.165
Ikast-Brande	2	40.658	9.499	20.329	4.750
Lemvig	0	21.384	5.998		
Norddjurs	1	37.876	10.589	37.876	10.589
Odder	1	21.749	5.716	21.749	5.716
Randers	4	95.756	23.391	23.939	5.848
Ringkøbing-Skjern	2	57.892	14.604	28.946	7.302
Samsø	0	3.889	1.469		
Silkeborg	2	89.328	20.446	44.664	10.223
Skanderborg	1	58.008	12.368	58.008	12.368
Skive	1	47.620	12.459	47.620	12.459
Syddjurs	0	41.815	6.102		
Struer	0	22.098	11.704		
Viborg	3	93.819	21.871	31.273	7.290
Århus	8	314.545	57.911	39.318	7.239
Regionen	33	1.266.682	286.688	38.384	8.688

Tabel 8

Kommune	Antal øjenlæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere/ øjenlæge
Viborg-Skive	4	141.439	35.360
Holstebro-Struer-Lemvig	3	100.635	33.545
Holstebro-Struer-Lemvig-Ringkøbing/Skjern	5	158.527	31.705
Herning-Ikast/Brande	4	139.208	34.802
Herning-Ikast/Brande-Ringkøbing/Skjern	6	197.100	32.850
Silkeborg-Ikast/Brande	4	129.986	32.497
Silkeborg-Skanderborg	3	147.336	49.112
Skanderborg-Odder	2	79.757	39.879
Horsens-Hedensted	3	129.627	43.209
Skanderborg-Odder-Horsens-Hedensted	5	209.384	41.877
Randers-Norddjurs	5	133.632	26.726
Aarhus-Syddjurs	8	356.360	44.545

I Region Nordjylland er der øjenlæge i Nykøbing Mors og Thisted, og i Region Syddanmark er der 4 øjenlæger i Vejle, 1 i Billund og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den øjenlæge de ønsker uanset region.

Tabel 9

Kommune	Antal øjenlæger i regionen	Befolkningstal i regionen pr 1.1.2012	Borgere/ øjenlæge
Region Nord	16	579.996	36.250
Region Syd	37	1.201.342	32.469
Region Midt	33	1.266.682	38.384
Region Midt inkl. én ny	34	1.266.682	37.255

Tabel 9, viser antallet af praktiserende øjenlæger i forhold til indbyggertal i Region Midtjylland og de tilstødende regioner.

2.13 Udfordringer

En de væsentligste udfordringer på øjenlægeområdet de kommende år vil være at sikre borgernes øgede behov for øjenlægeydelser samtidig med at den økonomiske ramme overholdes.

Økonomiprotokollatet – nævnt i kapitel 2,6 i den generelle del af praksisplanen – medfører, at det ikke umiddelbart er muligt, at udvide kapaciteten hos de eksisterende praktiserende øjenlæger.

En forudsætning for at det kan lykkes er, at ydelserne leveres på laveste effektive omsorgs-/omkostningsniveau (LEON), og det sikres, at de praktiserende øjenlæger bruger deres kapacitet på undersøgelser/behandlinger/operationer som forudsætter oftalmologiske speciallægeressourcer.

Manglende udstyr, klinikpersonale og efteruddannelse kan være begrænsninger for flytning af opgaver fra hospitalernes øjenafdelinger til praktiserende øjenlæger. Skabelse af incitament

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/ophævelse af knækgrænserne eller indgå forskellige relevante ramme- og § 64-aftaler.

Der kan opstå udfordringer med at besætte kommende ledige øjenlægepraksis i den vestlige del af regionen. På den ene side viser aldersfordelingen blandt de praktiserende øjenlæger, at det ikke kan forventes, at der bliver særlig mange praksis til salg i den østlige del af regionen i de kommende år, så hvis de hospitalsansatte øjenlæger, ønsker en speciallægepraksis må de sandsynligvis kigge udenfor det østjyske område, på den anden side har det vist sig, at praktiserende øjenlæger i den vestlige del af regionen, som har været i en salgssituation, har haft svært ved at finde interesserede købere.

Hvis der opstår rekrutteringsproblemer i yderområderne, kan det overvejes, at tage initiativer der gør disse praksis mere attraktive - f.eks. ved knækgrænsefritagelse i en etableringsperiode, indflytning i sundhedshuse mv.

Derudover kan det overvejes at flytte praksis, der ikke kan sælges. Dette vil medføre, at nogle borgere får længere transporttid, men den samlede kapacitet kan bibeholdes.

2.14 Anbefalinger om opgaver

Som tidligere nævnt 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.

Grå stær

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 § 64 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.

Baggrunden for disse aftaler er, at det er hensigtsmæssigt, at borgerne kan få foretaget disse operationer relativt tæt på deres bopæl.

Endvidere er det ikke uvæsentligt rekrutteringsparameter, at de praktiserende øjenlæger har muligheder for at foretage operationer for grå stær.

Derfor er det vurderingen, at det er hensigtsmæssigt, at de praktiserende øjenlæger foretager disse operationer, hvis regionen og øjenlægerne kan blive enige om vilkårene.

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.

- Det anbefales, at der indgås aftaler om operationer for grå stær med praktiserende øjenlæger på en måde, så det sikres at alle opererende øjenlæger både i praksis og på hospitalerne gennemfører mindst 300 operationer årligt.

2.15 Anbefalinger om kapacitet

I forhold til speciallægepraksis på øjenlægeområdet er der en dobbelt udfordring. Til praksissektoren kan det jf. kapitel 2.9 forventes, at der skal rekrutteres op til 4 nye øjenlæger i de kommende år. Dertil skal der skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser.

Som det fremgår af kapitel 2.11, bliver der de kommende år færdiguddannet en del oftalmologiske speciallæger, så det vurderes, at der vil være gode muligheder for at rekruttere det nødvendige antal øjenlæger fremover både til speciallægepraksis og til hospitalerne.

I henhold til kapitel 2.12, er der i dag færre øjenlægepraksis pr. indbygger i region Midtjylland end tilfældet er i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Det vurderes, at der er en nogenlunde ligelig geografisk fordeling af øjenlægepraksis i regionen.

På baggrund af den lange ventetid der er til øjenlægepraksis i dag sammenholdt med den forventede øgede efterspørgsel, og befolkningsgrundlaget pr. eksisterende øjenlægepraksis anbefales det,

- at det tilstræbes, at den nuværende placering af øjenlægepraksis bevares.

2.16 Øvrige 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 iværksættes kvalitetssikringsprojekter på udvalgte områder/populationer. Det kunne f.eks. være inden for diabetes.

Udkast

3. Ørelæger

3.1 Kort beskrivelse af øre-næse-halsspecialet (oto-rhino-laryngologi)

Specialet øre-næse-hals 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 bløddede 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. Det foreslås, at dette felt udredes nærmere i den kommende planperiode.

3.2 Otologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

I henhold til Omstillingsplanen for Region Midtjylland, som blev vedtaget af regionsrådet i februar 2011, vil der være 2 afdelinger i regionen, som varetager behandling på hovedfunktionsniveau, herunder Århus Universitetshospital, der varetager behandling på såvel hovedfunktions- som højt specialiseret niveau:

- Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Holstebro
- Århus Universitetshospital

Der vil fortsat være modtagelse af elektive øre-næse-halspatienter på Regionshospitalet Randers, hvor afsnittet bemannes fra Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. På Regionshospitalet Viborg er der etableret en satellitfunktion, hvor ambulante patienter kan behandles i dagtiden. Satellitfunktionen betjenes af Hospitalsenheden Vest med udgangspunkt i øre-næse-halsafdelingen på Regionshospitalet Holstebro.

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.

3.3 Øre-næse-halslæger på hospitalerne

Nedenstående tabeller viser antallet af dermatologiske speciallæger, ansat på regionens hospitaler samt en prognose for, hvor mange der forventes til rådighed i 2020 og 2035.

Tabellerne bygger på udtræk fra lønsystemet, hvorefter der er lavet opslag i autorisationsregisteret og tilføjet speciale til den enkelte speciallæge.

Besatte speciallægestillinger på hospitaler i Region Midtjylland, opgjort i fuldtidsstillinger.

Fuldtidsstillinger pr. april 2013	HE Midt	HE Vest	Psykiatri	HE Horsens	RH Randers	AUH	Regionshus	Total
Oto-rhino-laryngolgi	2	5,5	0	0	0	20,3	0	27,8

Kilde: Løndata og opslag i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Fuldtidsansatte speciallæger pr. april 2013.

Note: Ikke-speciallæger ansat i speciallægestillinger er om muligt fordelt efter deres ansættelsessted.

Forventet fremtidigt antal speciallæger i RM

Fremskrivningen af antal øre-næse-halslæger i Region Midtjylland er baseret på Sundhedsstyrelsens tal for udviklingen i antal speciallæger 2012 – 2035 på landsplan. Tallene stammer fra Lægeprognosen 2013, hvori også er beskrevet en lang række forudsætninger, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens fremskrivning. Herunder eksempelvis tilgang af speciallæger, ind- og udvandring, pensionering m.v.

Det bemærkes at prognosen bygger på en forudsætning om at udviklingen i Region Midtjylland følger den udvikling, som Sundhedsstyrelsen forventer på landsplan.

Udviklingen i antal øre-næse-halslæger i Region Midtjylland

	2013	2020	2035
oto-rhino-laryngolgi	29	30	37

Kilde: Løndata kombineret med opslag i autorisationsregisteret. Antal speciallæger pr. april 2013.

3.4 Demografiske forhold

Jf. kapitel 3 i den generelle del af praksisplanen kan antallet af øre-næse-halspatienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel af ældre vil medføre en stigning i antallet af patienter med øreproblemer.

3.5 Økonomi og aktivitet

Af tabel 1a og 1b ses udviklingen i regions forbrug hos de praktiserende ørelæger. Dvs. uanset om patienten har været hos en praktiserende øre-næse-halslæge i Region Midtjylland eller i andre regioner. Beløbende i tabellen er i løbende priser.

I forbindelse med vedtagelse af budgettet for 2011 besluttede regionsrådet at opsigte en række § 64- og rammeaftaler. Hovedårsagen til faldet i forbruget på øre-næse-halslægeområdet skyldes, at der i den forbindelse blev opsagt en aftale om høreapparatbehandling.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	33.283.664	35.642.079	37.042.335	37.689.825
heraf 1. konsultation	23.427.006	24.667.815	25.336.212	26.225.737
heraf senere konsultation	6.614.951	7.379.941	7.515.971	7.505.883
heraf allergologisk 1. konsultation	2.651.139	2.843.316	3.303.507	3.205.793
heraf allergologisk 2. og senere konsultationer	590.569	751.007	886.645	752.413
Operationer i alt	25.074.903	26.844.330	27.753.049	27.822.838
heraf kaustisk behandling næsen	1.044.269	1.025.776	995.831	984.061
heraf fjerne adenoide vegetation	2.529.427	2.914.010	3.003.824	3.166.138
heraf fjerne ørepolypper inkl. følgende	913.578	1.029.793	1.181.066	1.178.830
heraf tubulation trommehinde inkl. følgende	10.325.030	11.671.919	12.126.818	12.491.357
heraf paracentese inkl. følgende	1.537.654	1.746.074	1.649.582	1.279.024
heraf Meche-behandling	1.080.011	1.056.654	1.126.319	1.085.450
heraf oprensning radikalkaviteten	924.851	834.597	923.231	968.288
§ 64- og rammeaftaler	19.804.538	22.916.190	12.760.740	101.548
Høreapparatbehandling og forundersøgelse	19.125.737	22.155.389	12.483.495	4.839
Øvrige særftaler	678.801	760.801	277.245	96.709
Ørelægehjælp i alt	120.784.566	131.780.426	126.717.710	118.788.914

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	7,09	3,93	1,75
heraf 1. konsultation	5,30	2,71	3,51
heraf senere konsultation	11,56	1,84	-0,13
heraf allergologisk 1. konsultation	7,25	16,18	-2,96
heraf allergologisk 2. og senere konsultationer	27,17	18,06	-15,14
Operationer i alt	7,06	3,39	0,25
heraf kaustisk behandling næsen	-1,77	-2,92	-1,18
heraf fjerne adenoide vegetation	15,20	3,08	5,40
heraf fjerne ørepolypper inkl. følgende	12,72	14,69	-0,19
heraf tubulation trommehinde inkl. følgende	13,04	3,90	3,01
heraf paracentese inkl. følgende	13,55	-5,53	-22,46
heraf Meche-behandling	-2,16	6,59	-3,63
heraf oprensning radikalkaviteten	-9,76	10,62	4,88
§ 64- og rammeaftaler	15,71	-44,32	-99,20
Høreapparatbehandling og forundersøgelse	15,84	-43,65	-99,96
Øvrige særftaler	12,08	-63,56	-65,12
Ørelægehjælp i alt	9,10	-3,84	-6,26

Tabel 2a og 2b ses tilsvarende udviklingen i antallet af ydelser som borgere fra Region Midtjylland har modtaget hos de praktiserende øre-næse-halslæger. Dvs. at der også indgår ydelser, som er leveret af praktiserende øre-næse-halslæger i andre regioner på patienter fra Midt.

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt	192.346	205.347	210.115	210.238
heraf 1. konsultation	111.190	115.647	118.114	120.550
heraf senere konsultation	74.155	81.720	82.776	81.521
heraf allergologisk 1. konsultation	4.626	4.901	5.662	5.417
heraf allergologisk 2. og senere konsultationer	2.375	3.079	3.563	2.750
Operationer i alt	45.062	46.998	48.145	47.718
heraf kaustisk behandling	3.561	3.454	3.335	3.250
heraf fjerne adenoide vegetation	2.474	2.814	2.885	2.999
heraf fjerne ørepolypper inkl. følgende	1.550	1.732	1.979	1.957
heraf tubulation trommehinde inkl. følgende	18.048	20.078	20.705	21.237
heraf paracentese inkl. følgende	3.670	4.039	3.806	2.967
heraf Meche-behandling	3.818	3.558	3.771	3.601
§ 64- og rammeaftaler	11.144	12.953	7.041	178
Høreapparatbehandling og forundersøgelse	10.861	12.630	6.920	4
Øvrige særftaler	283	323	121	174
Ørelægehjælp i alt	512.258	540.992	558.962	568.938

Tabel 2b

Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt	6,76	2,32	0,06
heraf 1. konsultation	4,01	2,13	2,06
heraf senere konsultation	10,20	1,29	-1,52
heraf allergologisk 1. konsultation	5,94	15,53	-4,33
heraf allergologisk 2. og senere konsultationer	29,64	15,72	-22,82
Operationer i alt	4,30	2,44	-0,89
heraf kaustisk behandling	-3,00	-3,45	-2,55
heraf fjerne adenoide vegetation	13,74	2,52	3,95
heraf fjerne ørepolypper inkl. følgende	11,74	14,26	-1,11
heraf tubulation trommehinde inkl. følgende	11,25	3,12	2,57
heraf paracentese inkl. følgende	10,05	-5,77	-22,04
heraf Meche-behandling	-6,81	5,99	-4,51
§ 64- og rammeaftaler	16,23	-45,64	-97,47
Høreapparatbehandling og forundersøgelse	16,29	-45,21	-99,94
Øvrige særftaler	14,13	-62,54	43,80
Ørelægehjælp i alt	5,61	3,32	1,78

Af tabel 3 ses, at der er meget stor forskel på omsætningen hos de praktiserende øre-næse-halslæger (der er kun medtaget praksis, der har haft en helårsaktivitet i 2012).

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	Ca. 2.590.000
Ørelæge med højeste omsætning	Ca. 6.000.000

De fleste praktiserende øre-næse-halslæger omsætter for mellem 3.000.000 kr. og 4.500.000 kr.

Som det fremgår af tabel 4, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende øre-næse-halslæge omsætter for, men erfaringsmæssigt kan der gås ud fra at nye praktiserende øre-næse-halslæger omsætter for mere end gennemsnittet. Derved kan det forventes, at en udvidelse af øre-næse-halslægekapaciteten medfører en udgift på mellem 4.000.0000 kr. og 5.000.000 kr. pr. ekstrapraksis.

3.6 Forbrug af ørelægehjælp

Tabel 4 viser udgiften til øre-næse-halslægehjælp i speciallægepraksis i 2012 fordelt på patientens bopælskommune.

Tabel 4

	Antal borgere ved praktiserende ørelæge	Honorar	Procentdel der har været ved praktiserende ørelæge	Udgifter pr. borger
Favrskov	4.552	4.470.303	9,66	94,88
Hedensted	3.863	4.493.487	8,39	97,62
Herning	7.718	8.443.245	8,94	97,78
Holstebro	5.530	6.159.411	9,68	107,77
Horsens	7.031	10.422.704	8,41	124,68
Ikast-Brande	3.241	3.532.251	7,97	86,88
Lemvig	1.713	1.885.111	8,01	88,16
Norddjurs	4.382	4.629.373	11,57	122,22
Odder	1.428	1.791.784	6,57	82,38
Randers	12.782	10.756.818	13,35	112,34
Ringkøbing-Skjern	4.317	4.660.870	7,46	80,51
Samsø	193	157.506	4,96	40,50
Silkeborg	8.060	7.108.988	9,02	79,58
Skanderborg	5.231	5.288.691	9,02	91,17
Skive	4.074	3.572.597	8,56	75,02
Struer	1.957	2.160.447	8,86	97,77
Syddjurs	3.518	3.646.165	8,41	87,20
Viborg	8.835	8.390.073	9,42	89,43
Århus	26.930	27.063.415	8,56	86,04
Regionen	115.076	118.633.238	9,08	93,66

3.7 Øre-næse-halslægekapaciteten

Pr. 1. juli 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 30 fuldtids- og 1 deltidspølspraksis.

Tabel 5

30 fuldtids- og 1 deltidspølspraksis
12 kvinder + 19 mænd
10 over 60 år
Gennemsnitsalder 51,5 år

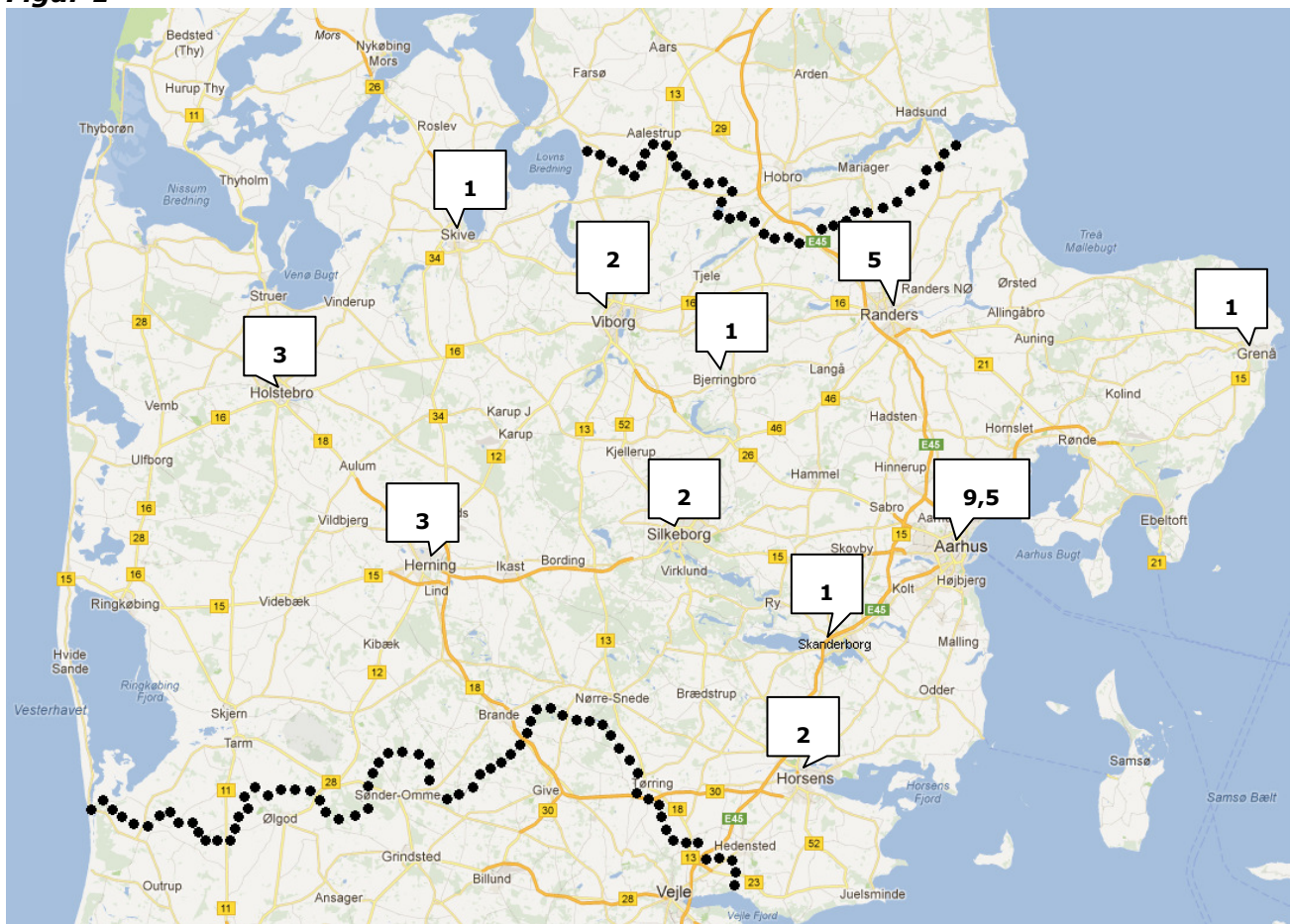
Kendte kommende praksisovertagelser er indarbejdet i tabel 5.

Som det fremgår af tabel 5, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres en del øre-næse-halslæger til at overtage praksis efter ørelæger, der går på pension.

3.8 Geografisk placering af praktiserende øre-næse-halslæger i Region Midtjylland

Figur 1 viser, hvor de praktiserende øre-næse-halslæger er lokaliseret i dag. Den halve praksis i Aarhus er en deltidspødsis.

Figur 1



3.9 Ventetid

Der er generelt set ikke væsentlige ventetidsproblemer til undersøgelse og behandling hos de praktiserende øre-næse-halslæger. Alle praktiserende øre-næse-halslæger har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende øre-næse-halslæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I marts 2013 var ventetiden som følgende:

- 24 øre-næse-halslæger havde 1 – 4 ugers ventetid
- 4 øre-næse-halslæger havde 5 – 10 ugers ventetid
- 3 øre-næse-halslæger havde 11 - 16 ugers ventetid

3.10 Kommende speciallæger

I Videreuddannelsesregion Nord (dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland) forventes det, at der bliver uddannet 6-7 øre-næse-halslæger de kommende år:

3.11 Befolkningsgrundlag og øre-næse-halslægekapaaciteten

Nedenstående tabeller 6 og 7, der viser kommunernes befolkningstal i forhold til antallet af øre-næse-halslægepraksis, kan alene bruges til at give et overordnet overblik over ørelægedækningen i regionen. I praksis benytter patienterne ofte ørelæger i andre kommuner (eller regioner) end bopælskommunen, da de ofte har kortere afstand til en disse.

Tabel 6

Kommune	Antal ørelæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere > 60 år	Borgere/ ørelæge	Borgere > 60 år/ørelæge
Favrskov	0	47.117	10.362		
Hedensted	0	46.029	10.778		
Herning	3	86.348	19.443	28.782	6.481
Holstebro	3	57.153	13.482	19.051	4.494
Horsens	2	83.598	18.496	41.799	9.248
Ikast-Brande	0	40.658	9.499		
Lemvig	0	21.384	5.998		
Norddjurs	1	37.876	10.589	37.876	10.589
Odder	0	21.749	5.716		
Randers	5	95.756	23.391	19.151	4.678
Ringkøbing-Skjern	0	57.892	14.604		
Samsø	0	3.889	1.469		
Silkeborg	2	89.328	20.446	44.664	10.223
Skanderborg	1	58.008	12.368	58.008	12.368
Skive	1	47.620	12.459	47.620	12.459
Syddjurs	0	41.815	6.102		
Struer	0	22.098	11.704		
Viborg	3	93.819	21.871	31.273	7.290
Århus	9,5	314.545	57.911	33.110	6.096
Regionen	30,5	1.266.682	286.688	41.531	9.400

Tabel 7

Kommune	Antal ørelæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere/ ørelæge
Viborg-Skive	4	141.439	35.360
Holstebro-Struer-Lemvig	3	100.635	33.545
Holstebro-Struer-Lemvig-Ringkøbing/Skjern	3	158.527	52.842
Herning-Ikast/Brande	3	139.208	46.403
Herning-Ikast/Brande-Ringkøbing/Skjern	3	197.100	65.700
Silkeborg-Ikast/Brande	2	129.986	64.993
Silkeborg-Skanderborg	3	147.336	49.112
Skanderborg-Odder	1	79.757	79.757
Horsens-Hedensted	2	129.627	64.813
Skanderborg-Odder-Horsens-Hedensted	3	209.384	69.795
Randers-Norddjurs	6	133.632	26.726
Århus-Syddjurs	9,5	356.360	37.512

I Region Nordjylland er der øre-næse-halslæge i Hobro og Thisted, og i Region Syddanmark er der 4 øre-næse-halslæger i Vejle og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den øre-næse-halslæge de ønsker uanset region.

Tabel 8

Kommune	Antal ørelæger i regionen	Befolkningstal i regionen pr 1.1.2012	Borgere/ øjenlæge
Region Nord	14	579.996	41.428
Region Syd	35	1.201.342	34.324
Region Midt	30,5	1.266.682	41.531

Tabel 8, viser antallet af praktiserende øre-næse-halslæger i forhold til indbyggertal i Region Midtjylland og de tilstødende regioner.

3.12 Udfordringer

En de væsentligste udfordringer på øre-næse-halslægeområdet de kommende år vil være at sikre borgernes øgede behov for øre-næse-halslægeydelser samtidig med at den økonomiske ramme overholdes.

Økonomiprotokollatet – nævnt i kapitel 2.6 i den generelle del af praksisplanen – medfører, at det ikke umiddelbart er muligt, at udvide kapaciteten hos de eksisterende praktiserende øre-næse-halslæger.

En forudsætning for at det kan lykkes er, at ydelserne leveres på laveste effektive omsorgs-/omkostningsniveau (LEON), og det sikres, at de praktiserende øre-næse-halslæger bruger deres kapacitet på undersøgelser/behandlinger/operationer som forudsætter øre-næse-halslægefaglige speciallægeressourcer.

Manglende udstyr, klinikpersonale og efteruddannelse kan være begrænsninger for flytning af opgaver fra hospitalernes øreafdelinger til praktiserende øre-næse-halslæger. Skabelse af incitamentter 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 øre-næse-halslægepraksis.

Hvis der opstår rekrutteringsproblemer til ledige øre-næse-halslægepraksis, kan det overvejes, at tage initiativer der gør disse praksis mere attraktive – f.eks. ved knækgrænsefritagelse i en etableringsperiode, indflytning i sundhedshuse mv.

3.13 Anbefalinger om opgaver

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 meget 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 færreste nuværende praktiserende ørelæger har.
- Det kan dreje sig om operationer, der kræver en vis volumen for at operatøren bevarer rutinen.
- Operationerne kan kræve specielt udstyr og krav til tilrettelæggelsen i praksis, som de fleste nuværende praksis ikke opfylder.

Det er yderst vigtigt, at være opmærksom på disse forhold inden der tages stilling til en hel eller delvis flytning af operationen, og hvilke praktiserende ørelæger, der kan indgå i opgaven.

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 jævnlige. 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 ørelægerne kan foretage efter beslutning i regionsrådet.

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 en 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. Der er en undtagelse i tidligere Ringkøbing Amt, 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 klinikpersonale. 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 i 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 forholdsvise nye funktionel endoskopisk sinuskirurgi (FESS)-teknik.

Postoperative kontroller

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

Overvejslen skal beskrives nærmere og forelægges specialerådet.

Særlig opmærksomhed om de faglige anbefalinger

I forbindelse med en eventuel indførelse af de faglige anbefalinger, skal der være opmærksomhed på, at der kan være sammenfald mellem opgaver, som foreslås flyttet til speciallægepraksis og funktioner som Sundhedsstyrelsen har defineret som specialiserede hospitalsfunktioner (f.eks. mastoidektomi).

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 alene er begrundet i overlægernes/afdelingslægernes behov for at opretholde viden og rutine og i behovet for uddannelse af speciallæger. Der skal foretages en økonomisk vurdering forud for en eventuel beslutning.
- visse af ydelserne kun flyttes fra hospitalerne til et begrænset antal praktiserende ørelæger. Der er ikke patienter nok til, at alle praktiserende ørelæger kan opretholde tilstrækkelig rutine i at udføre ydelserne, eller også stilles der så store krav til nødvendige investeringer, at udførelsen af ydelserne i alle praksis ikke vil være rentabelt.
- 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.

3.14 Anbefalinger om kapacitet

I forhold til speciallægepraksis på øre-næse-halslægeområdet er der en dobbelt udfordring. Til praksissektoren kan det jf. 3.7 forventes, at der skal rekrutteres en række nye øre-næse-halslæger i de kommende år. Dertil skal der skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser.

Aldersfordelingen blandt de praktiserende øre-næse-halslæger viser, at det kan forventes, at der bliver op til 7 – 8 praksis til salg i regionen de kommende år.

Som det fremgår af kapitel 3.10, bliver der de kommende år færdiguddannet en del speciallæger inden for øre-næse-halsområdet, så det vurderes, at der vil være gode muligheder for at rekruttere det nødvendige antal øre-næse-halslæger fremover både til speciallægepraksis og til hospitalerne.

I henhold til kapitel 3.11, er der i dag færre øre-næse-halslægepraksis pr. indbygger i Region Midtjylland end tilfældet er i Region Syddanmark, mens dækningen er sammenlignelig med Region Nordjylland.

Det vurderes, at der er en nogenlunde ligelig geografisk fordeling af øre-næse-halslægepraksis i regionen, bortset fra at der er relativt mange praktiserende øre-næse-halslæger i Randers, mens der er få øre-næse-halslæger i Ringkøbingområdet i forhold til befolkningstallet.

Det anbefales;

- at det tilstræbes, at den nuværende kapacitet bevares.
- at mulighederne for at flytte en øre-næse-halslægepraksis fra Randersområdet til den sydvestlige del af regionen, undersøges nærmere. Dette kan eventuelt ske i forbindelse med salg af og efter aftale med en af de eksisterende øre-næse-halslægepraksis.

4. Dermatologer

4.1 Kort beskrivelse af dermatologispecialiet

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).

4.2 Dermatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Dermato-venerologisk afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, varetager funktioner på hovedfunktionsniveau og på højt specialiseret niveau – sidstnævnte 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.

Afdelingen varetager den højt specialiserede behandling samt forskning, udvikling og uddannelse. En række hud- og seksuelt overførte sygdomme forudsætter pga. deres sjældenhed og/eller sværhedsgrad en særlig klinisk erfaring, særlig diagnostisk eller behandlingsmæssig teknologi og er derfor højt specialiseret niveau.

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

På Regionshospitalet Viborg, Dermatologisk Afsnit er der ikke dermatologiske speciallæger, men Dermatologisk-Venerologisk Afdeling på Århus Sygehus og de praktiserende dermatologer henviser til behandling hos specialuddannede dermatologiske sygeplejersker på afsnittet.

4.3 Dermatologer på hospitalerne

Nedenstående tabeller viser antallet af dermatologiske speciallæger, ansat på regionens hospitaler samt en prognose for, hvor mange der forventes til rådighed i 2020 og 2035.

Tabellerne bygger på udtræk fra lønsystemet, hvorefter der er lavet opslag i autorisationsregisteret og tilføjet speciale til den enkelte speciallæge.

Besatte speciallægestillinger på hospitaler i Region Midtjylland, opgjort i fuldtidsstillinger.

Fuldtidsstillinger pr. april 2013	HE Midt	HE Vest	Psykiatri	HE Horsens	RH Randers	AUH	Regionshus	Total
Dermato-venerologi	0	0	0	0	0	9,6	0	9,6

Kilde: løndata og opslag i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Fuldtidsansatte speciallæger pr. april 2013.

Note: Ikke-speciallæger ansat i speciallægestillinger er om muligt fordelt efter deres ansættelsessted.

Forventet fremtidigt antal speciallæger i RM

Fremskrivningen af antal speciallæger i Region Midtjylland 2012-2035 er baseret på Sundhedsstyrelsens tal for udviklingen i antal speciallæger 2012 – 2035 på landsplan. Tallene stammer fra Lægeprognosen 2013, hvori også er beskrevet en lang række forudsætninger, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens fremskrivning. Herunder eksempelvis tilgang af speciallæger, ind- og udvandring, pensionering m.v.

Det bemærkes at prognosen bygger på en forudsætning om at udviklingen i Region Midtjylland følger den udvikling, som Sundhedsstyrelsen forventer på landsplan.

Tabel 3: Udviklingen i antal dermatologer på hospitalerne i Region Midtjylland

	2013	2020	2035
Dermato-venerologi	10	11	17

Kilde: Løndata kombineret med opslag i autorisationsregisteret. Antal speciallæger pr. april 2013.

4.4 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.

4.5 Demografiske forhold

Jf. kapitel 3 i den generelle del af praksisplanen kan antallet af dermatologipatienter forventes at stige, idet den ændrede alderssammensætning i befolkningen med en større andel af ældre vil medføre en stigning i antallet af patienter med hudproblemer. Af figur 2 ses befolkningssammensætningen fordelt på kommuner i 2012.

Sygdomme, som er hyppigt forekommende hos ældre, såsom skinnedenssår, 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.

4.6 Økonomi og aktivitet

Af tabel 1a og 1b ses udviklingen i regionens forbrug hos de praktiserende dermatologer. Dvs. uanset om patienten har været hos en praktiserende dermatolog i Region Midtjylland eller i andre regioner. Beløbende i tabellen er i løbende priser.

Det ses, at de samlede honorarudbetalinger er steget med 0,9 % fra 2011 til 2012. Den relativt lave stigning kan givet tilskrives økonomiprotokollatet, som er beskrevet i kapitel 3.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt (fremmøde)	45.680.011	47.022.180	47.160.428	47.487.910
heraf 1. konsultation hudsygdomme	23.877.980	24.502.167	24.749.599	24.162.603
heraf 2. og senere konsultation hudsygdomme	16.306.083	17.270.542	17.269.795	18.146.927
heraf 1. konsultation allergi	2.883.715	2.814.249	2.665.138	2.578.583
heraf 2. og senere konsultation allergi	2.608.931	2.426.207	2.458.842	2.566.430
heraf 1. konsultation kønssygdomme	2.604	7.459	7.505	6.252
heraf 2. og senere konsultation kønssygdomme	698	1.556	9.549	27.115
Tillægsydelser	4.769.262	5.403.025	5.678.934	5.796.213
heraf stansebiopsi	614.342	932.920	899.415	733.003
heraf rensning og forbindelse sår	524.635	510.173	419.885	400.729
heraf behandling venøse skinnedenssår	413.772	355.059	282.316	268.052
heraf kontrol systemisk behandling	1.414.179	1.666.860	1.983.740	2.130.966
heraf cutanprøve (priktest allergi)	376.216	337.996	307.814	346.350
heraf episkopi	1.049.513	1.207.512	1.487.975	1.554.140
Operationer	8.877.887	10.178.773	9.875.649	10.175.560
heraf fjernelse svulst hud inkl. følgende	3.958.158	4.367.123	4.396.388	4.198.656
heraf fjernelse svulst excision inkl. følgende	1.228.267	1.219.934	1.146.790	992.411
heraf Laserbehandling	2.471.487	3.235.616	2.842.686	3.311.394
heraf multipleaktiniske keratoser inkl. følgende	960.470	1.058.076	1.102.351	1.312.701
§ 64- og rammeaftaler	1.753.862	1.928.227	1.456.990	1.410.951
heraf røde bade	511.477	639.918	354.552	249.166
heraf PDT-cancer	343.182	361.141	547.504	571.161
Total udbetalt honorar	62.817.812	66.400.776	65.943.415	66.537.290

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt (fremmøde)	2,9	0,3	0,7
heraf 1. konsultation hudsygdomme	2,6	1,0	-2,4
heraf 2. og senere konsultation hudsygdomme	5,9	0,0	5,1
heraf 1. konsultation allergi	-2,4	-5,3	-3,2
heraf 2. og senere konsultation allergi	-7,0	1,3	4,4
heraf 1. konsultation kønssygdomme	186,4	0,6	-16,7
heraf 2. og senere konsultation kønssygdomme	123,1	513,6	184,0 ¹
Tillægsydelser	13,3	5,1	2,1
heraf stansebiopsi	51,9	-3,6	-18,5
heraf rensning og forbinding sår	-2,8	-17,7	-4,6
heraf behandling venøse skinnebenssår	-14,2	-20,5	-5,1
heraf kontrol systemisk behandling	17,9	19,0	7,4
heraf cutanprøve (priktest allergi)	-10,2	-8,9	12,5
heraf episkopi	15,1	23,2	4,4
Operationer	14,7	-3,0	3,0
heraf fjernelse svulst hud inkl. følgende	10,3	0,7	-4,5
heraf fjernelse svulst excision inkl. følgende	-0,7	-6,0	-13,5
heraf laserbehandling	30,9	-12,1	16,5
heraf mulipleaktiniske keratoser inkl. følgende	10,2	4,2	19,1
§ 64- og rammeaftaler	9,9	-24,4	-3,2
heraf røde bade	25,1	-44,6	-29,7
heraf PDT-cancer	5,2	51,6	4,3
Total udbetalt honorar	5,7	-0,7	0,9

- 1) Der har været en meget stor procentvis stigning i antallet af 2. og senere kønssygdommekonsultationer, men man skal være opmærksomme på, at der er tale om et meget lille antal konsultationer.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af ydelser som borgere fra Region Midtjylland har modtaget hos de praktiserende dermatologer.

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
Konsultationer i alt (fremmøde)	190.318	195.172	194.539	197.393
heraf 1. konsultation hudsygdomme	55.078	55.827	56.081	53.970
heraf 2. og senere konsultation hudsygdomme	116.785	122.189	121.502	125.921
heraf 1. konsultation allergi	5.034	4.850	4.568	4.360
heraf 2. og senere konsultation allergi	13.410	12.278	12.304	12.940
heraf 1. konsultation kønssygdomme	6	17	17	14
heraf 2. og senere konsultation kønssygdomme	5	11	67	188
Tillægsydelser	80.960	79.911	80.271	85.079
heraf stansebiopsi	5.033	6.001	5.743	4.615
heraf rensning og forbinding sår	2.661	2.556	2.092	1.969
heraf behandling venøse skinnebenssår	2.099	1.779	1.406	1.317
heraf kontrol systemisk behandling	9.679	11.267	13.337	14.129
heraf cutanprøve (priktest allergi)	41.057	36.404	32.969	36.612
heraf episkopi	14.598	16.589	20.330	20.930
Operationer	31.445	33.058	31.981	31.333
heraf fjernelse svulst hud inkl. følgende	8.673	9.454	9.463	8.852
heraf fjernelse svulst excision inkl. følgende	10.942	10.606	9.783	8.319
heraf laserbehandling	4.024	4.495	3.911	4.493
heraf mulipleaktiniske keratoser inkl. følgende	6.905	7.434	7.536	8.731
§ 64- og rammeaftaler	2.565	2.764	1.975	2.036
heraf røde bade	500	618	388	285
heraf PDT-cancer	337	350	527	543
Total antal ydelser	332.555	339.319	336.540	341.334
Antal forskellige borgere ved dermatolog	69.458	71.169	73.300	71.691

Tabel 2b

Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Konsultationer i alt (fremmøde)	2,6	-0,3	1,5
heraf 1. konsultation hudsygdomme	1,4	0,5	-3,8
heraf 2. og senere konsultation hudsygdomme	4,6	-0,6	3,6
heraf 1. konsultation allergi	-3,7	-5,8	-4,6
heraf 2. og senere konsultation allergi	-8,4	0,2	5,2
heraf 1. konsultation kønssygdomme	183,3	0,0	-17,6
heraf 2. og senere konsultation kønssygdomme	120,0	509,1	180,6
Tillægsydelser	-1,3	0,5	6,0
heraf stansebiopsi	19,2	-4,3	-19,6
heraf rensning og forbindelse sår	-3,9	-18,2	-5,9
heraf behandling venøse skinnedessår	-15,2	-21,0	-6,3
heraf kontrol systemisk behandling	16,4	18,4	5,9
heraf cutanprøve (priktest allergi)	-11,3	-9,4	11,0
heraf episkopi	13,6	22,6	3,0
Operationer	5,1	-3,3	-2,0
heraf fjernelse svulst hud inkl. følgende	9,0	0,1	-6,5
heraf fjernelse svulst excision inkl. følgende	-3,1	-7,8	-15,0
heraf Laserbehandling	11,7	-13,0	14,9
heraf mulipleaktiniske keratoser inkl. følgende	7,7	1,4	15,9
§ 64- og rammeaftaler	7,8	-28,5	3,1
heraf røde bade	23,6	-37,2	-26,5
heraf PDT-cancer	3,9	50,6	3,0
Total antal ydelser	2,0	-0,8	1,4
Antal forskellige borgere ved dermatolog	2,5	3,0	-2,2

Som det fremgår af tabel 3, er der stor forskel på, hvor meget de praktiserende dermatologer omsætter for. De fleste praktiserende dermatologer omsætter for mellem 3.000.000 kr. og 4.500.000 kr.

Erfaringsmæssigt kan der gås ud fra at nye praktiserende dermatologer omsætter for mere end gennemsnittet. Derved kan det forventes, at en udvidelse af dermatologikapaciteten medfører en bruttoudgift på mellem 4.000.0000 kr. og 5.000.000 kr. pr. ekstra dermatologipraksis.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	Ca. 2.000.000
Dermatolog med højeste omsætning	Ca. 4.800.000

4.7 Kommuneopdelt forbrug hos praktiserende dermatologer

Tabel 4 viser udgiften til dermatologihjælp i speciallægepraksis i 2012 fordelt på patientens bopælskommune.

Tabel 4

	Antal borgere ved praktiserende dermatolog	Honorar	Procentdel der har været ved praktiserende dermatolog	Udgifter pr. borger
Favrskov	2.345	2.011.778	5,0	42,70
Hedensted	2.319	2.102.230	5,0	45,67
Herning	6.094	5.930.414	7,1	68,68
Holstebro	4.009	3.012.545	7,0	52,71
Horsens	5.308	5.497.609	6,3	65,76
Ikast-Brande	2.202	2.161.039	5,4	53,15
Lemvig	1.409	1.007.090	6,6	47,10
Norddjurs	2.266	1.682.782	6,0	44,43
Odder	784	811.914	3,6	37,33
Randers	5.914	4.719.957	6,2	49,29
Ringkøbing-Skjern	3.322	2.834.792	5,7	48,97
Samsø	108	98.203	2,8	25,25
Silkeborg	4.724	4.179.453	5,3	46,79
Skanderborg	2.751	2.593.614	4,7	44,71
Skive	2.894	2.719.932	6,1	57,12
Struer	1.435	1.123.857	6,5	50,86
Syddjurs	2.350	1.854.028	5,6	44,34
Viborg	4.915	5.454.863	5,2	58,14
Århus	16.793	16.724.983	5,3	53,17
Region Midtjylland	71.691	66.537.290	5,7	52,53

I lighed med hvis patienten har været på et sygehus, er der også kommunal medfinansiering til undersøgelse og behandling hos de praktiserende speciallæger.

4.7 Kapacitet praktiserende dermatologer

Der er 17 fuldtidspraktiserende dermatologer i Region Midtjylland – 11 mænd og 6 kvinder

Gennemsnitsalderen er 55 år og 7 er 60 år eller derover.

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

4.8 Geografisk placering af dermatologiske speciallægepraksis



4.9 Ventetid

Der er generelt set ikke væsentlige ventetidsproblemer til undersøgelse og behandling hos de praktiserende dermatologer. Alle praktiserende dermatologer har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende dermatologer indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I marts 2013 var ventetiden som følgende:

- 5 dermatologer havde 5-10 ugers ventetid
- 5 dermatologer havde 11-15 ugers ventetid
- 6 dermatologer havde 16-20 ugers ventetid
- 1 havde ikke indberettet

4.10 Kommende speciallæger inden for dermatologi

I Videreuddannelsesregion Nord (dækker Region Midtjylland og Region Nordjylland) forventes det, at der bliver uddannet 3 dermatologer om året de kommende år.

4.11 Befolkningsgrundlag og dermatologikapaciteten

Nedenstående tabeller 5 og 6, der viser kommunernes befolkningstal i forhold til antallet af dermatologipraksis, kan alene bruges til at give et overordnet overblik over dermatologidækningen i regionen. I praksis benytter patienterne ofte dermatologer i andre kommuner (eller regioner) end bopælskommunen, da de ofte har kortere afstand til en disse.

Tabel 5

Kommune	Antal dermatologer i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere > 60 år	Borgere/ dermatolog	Borgere > 60 år/ dermatolog
Favrskov	0	47.117	10.362		
Hedensted	0	46.029	10.778		
Herning	2	86.348	19.443	43.174	9.722
Holstebro	2	57.153	13.482	28.577	6.741
Horsens	2	83.598	18.496	41.680	9.248
Ikast-Brande	0	40.658	9.499		
Lemvig	0	21.384	5.998		
Norddjurs	1	37.876	10.589	37.876	10.589
Odder	0	21.749	5.716		
Randers	2	95.756	23.391	47.878	11.696
Ringkøbing-Skjern	0	57.892	14.604		
Samsø	0	3.889	1.469		
Silkeborg	1	89.328	20.446	89.328	20.446
Skanderborg	0	58.008	12.368		
Skive	1	47.620	12.459	47.620	12.459
Syddjurs	0	41.815	6.102		
Struer	0	22.098	11.704		
Viborg	1	93.819	21.871	93.819	21.871
Århus	5	314.545	57.911	62.909	11.582
Regionen	17	1.266.682	286.688	253.336	57.338

Tabel 6

Kommune	Antal ørelæger i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Borgere/ dermatolog
Viborg-Skive	2	141.439	70.720
Holstebro-Struer-Lemvig	2	100.635	50.318
Holstebro-Struer-Lemvig-Ringkøbing/Skjern	2	158.527	79.264
Herning-Ikast/Brande	2	139.208	69.604
Herning-Ikast/Brande-Ringkøbing/Skjern	2	197.100	98.550
Silkeborg-Ikast/Brande	1	129.986	129.986
Silkeborg-Skanderborg	1	147.336	147.336
Horsens-Hedensted	2	129.627	64.814
Skanderborg-Odder-Horsens-Hedensted	2	209.384	104.692
Randers-Norddjurs	3	133.632	44.544
Aarhus-Syddjurs	5	356.360	71.272

I Region Nordjylland er der dermatologer i Hobro og Thisted, og i Region Syddanmark er der 2 dermatologer i Vejle. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den dermatolog de ønsker uanset region.

Tabel 7

Region	Antal dermatologer i regionen	Befolkningstal i regionen pr 1.1.2012	Borgere/ dermatolog
Region Nord	8	579.996	72.500
Region Syd	15	1.201.342	80.095
Region Midt	17	1.266.682	74.511

Tabel 7, viser antallet af praktiserende dermatologer i forhold til indbyggertal i Region Midtjylland og de tilstødende regioner.

4.12 Medicinudgifter i forbindelse med opgavevaretagelse

Hvis patienten behandles i speciallægepraksis skal medicinen – jf. lovgivningen – rekvireres på de private apoteker. Dette medfører en merudgift for regionen, idet hospitalsapotekerne får væsentlige rabatter fra medicinalindustrien på grund af indkøbsaftaler. Der er stor forskel på, hvor meget denne merudgift er, men der kan være tale om væsentlige beløb på dyr medicin.

Derudover kan der forekomme en egenbetaling for patienten på op til 3.000 kr. om året, hvis behandlingen foregår i speciallægepraksis frem for i hospitalsregi.

4.13 Udfordringer

En de væsentligste udfordringer på dermatologiområdet de kommende år vil være at sikre borgernes øgede behov for dermatologiydelser samtidig med at den økonomiske ramme overholdes.

Økonomiprotokollatet – nævnt i kapitel 3 – medfører, at det ikke umiddelbart er muligt, at udvide kapaciteten hos de eksisterende praktiserende dermatologer.

En forudsætning for at det kan lykkes er, at ydelserne leveres på laveste effektive omsorgs-/omkostningsniveau (LEON), og det sikres, at de praktiserende dermatologer bruger deres kapacitet på undersøgelser/behandlinger/operationer, som forudsætter dermatologifaglige speciallægeressourcer.

Manglende udstyr, klinikpersonale og efteruddannelse kan være begrænsninger for flytning af opgaver fra hospitalernes dermatologifaglige afdelinger til praktiserende dermatologer. Skabelse af incitamentter 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 dermatologipraksis.

4.14 Anbefalinger om opgaver

Der er ikke umiddelbart behov for at ændre væsentligt på arbejdsdelingen mellem hospitalerne og dermatologipraksis. Der er dog en del patienter i den sekundære sektor, som kunne undersøges og behandles hos de praktiserende dermatologer, ligesom der i speciallægepraksis på nogle områder vil være mulighed for opgaveglidning til almen praksis.

For alle nedenstående faglige anbefalinger er det gældende, at der skal foretages økonomiske konsekvensberegninger før en eventuel implementering.

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 (ikke lader sig påvirke af behandlingen).

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. Disse aftaler er fortsat gældende i regionen, således at dermatologipraksis i den vestlige del kan tilbyde behandlingen.

Anbefaling

- Det kan være hensigtsmæssigt at indgå rammeaftalen om PDT-cancer for hele regionen, så tilbudet til borgeren ensrettes i hele regionen. men aftalen skal suppleres med klare retningslinjer for, hvornår behandlingen skal bruges, og de økonomiske konsekvenser skal vurderes.

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.

Det vurderes, at systemisk behandling kan udføres i speciallægepraksis, såfremt der foreligger uddannelse, og der kan opnås tilstrækkelig erfaring. Der er de senere år sket en vis udflytning af disse behandlinger.

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

Anbefaling

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at udviklingen mod at systemisk behandling foregår i speciallægepraksis fortsættes.

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 afdelinger på højt specialiseret niveau. I henhold til sundhedsstyrelsens retningslinjer kan visse biologiske vedligeholdelsesbehandlinger af psoriasis udføres i udvalgte dermatologiske speciallægepraksis, hvis behandlingen er igangsat på hospitalet. Disse speciallægepraksis skal godkendes af sundhedsstyrelsen. Der er 2 speciallægepraksis i Region Midtjylland, som er godkendt til at foretage behandlingen.

Anbefaling

- Det anbefales, at biologisk vedligeholdelsesbehandling i højere grad udføres i praksis under de anførte forudsætninger. Der skal dog være opmærksomhed på de økonomiske konsekvenser, da udlevering af medicinen – jf. kapitel 4.12 – medfører en merudgift for regionen.

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.

Anbefaling

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

Kontrol af maligne melanomer (modermærkekræft)

Efter operation for modermærkekræft skal patienten gå til kontrol. Hidtil har denne kontrol skulle foregå ca. hver 3. mdr. de første år og 2 gange årligt de følgende 3 år. Alternativt (for tynde melanomer) 1 gang årligt.

Sundhedsstyrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet har nedsat 14 kliniske arbejdsgrupper der skal beskrive de sygdomsspecifikke kontrolforløb for kræftpatienter – herunder en gruppe der skal beskæftige sig med modermærkekræft.

Formålet er at revidere opfølgningen af kræftpatienter i pakkeforløb for kræft.

I henhold til kommissorium bør arbejdsgrupperne revurdere de traditionelle og rutinemæssige kontrolprogrammer, herunder om der er grundlag for opfølgning af alle patientgrupper, samt hvor i sundhedssystemet de eventuelle opfølgende indsatser skal foregå.

På baggrund af denne formålsbeskrivelse skal de sygdomsspecifikke arbejdsgrupper formulere et opfølgingsprogram for det specifikke pakkeforløb.

Anbefaling

- I forlængelse af arbejdsgruppens arbejde tages der stilling til de praktiserende dermatologers inddragelse i kontrolopgaven.

4.15 Anbefalinger vedrørende opgaver som kan flyttes til almen praksis

Det anbefales, at behandling af simple vorter ud fra en faglig vurdering kan ligge i almen praksis.

4.16 Generel anbefaling

Som nævnt i kapitel 1 er der i henhold til overenskomsten mulighed for at indgå aftaler med de praktiserende psykiatere om, hvad op til 20 % af deres kapacitet skal anvendes til (råderumsaftaler).

- råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende dermatologers kapacitet i endnu højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

4.17 Anbefalinger om udvidelse og effektivisering

I forhold til speciallægepraksis på dermatologiområdet er der en dobbelt udfordring. Til praksissektoren kan det jf. kapitel 4.7 forventes, at der skal rekrutteres en række nye dermatologer til speciallægepraksis i de kommende år. Dertil skal der skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser.

Aldersfordelingen blandt de praktiserende dermatologer viser, at det kan forventes, at der bliver op til 6 - 7 praksis til salg i regionen de kommende år.

Som det fremgår af kapitel 11, bliver der de kommende år færdiguddannet 3 speciallæger inden for dermatologiområdet om året. Det vurderes, at der vil være gode muligheder for at rekruttere det nødvendige antal dermatologer fremover både til speciallægepraksis og til hospitalerne.

Hvis der opstår rekrutteringsproblemer til ledige dermatologipraksis, kan det overvejes, at tage initiativer der gør disse praksis mere attraktive – f.eks. ved knækgrænsefritagelse i en etableringsperiode, indflytning i sundhedshuse mv.

I henhold til kapitel 12, er der i dag ca. samme antal dermatologipraksis pr. indbygger i Region Midtjylland end tilfældet er i naboregionerne.

Det vurderes, at der er en nogenlunde ligelig geografisk fordeling af dermatologipraksis i regionen.

Det anbefales;

- at det tilstræbes, at den nuværende kapacitet bevares.

Udskast

5. Voksenpsykiatri

5.1 Kort beskrivelse af psykiatrispecialet

Psykisk sygdom rammer hver 5. borger. Sygdommene kan være milde og kortvarige, for andre kan de være langvarige eller kroniske.

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. I takt med reduktionen af psykiatriske sengepladser er der 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.

5.2 Psykiatrien i Region Midtjylland

Siden 2007 er antallet af patienter i regionspsykiatrien vokset med ca. 10 % (samme vækst som landsgennemsnittet).

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.

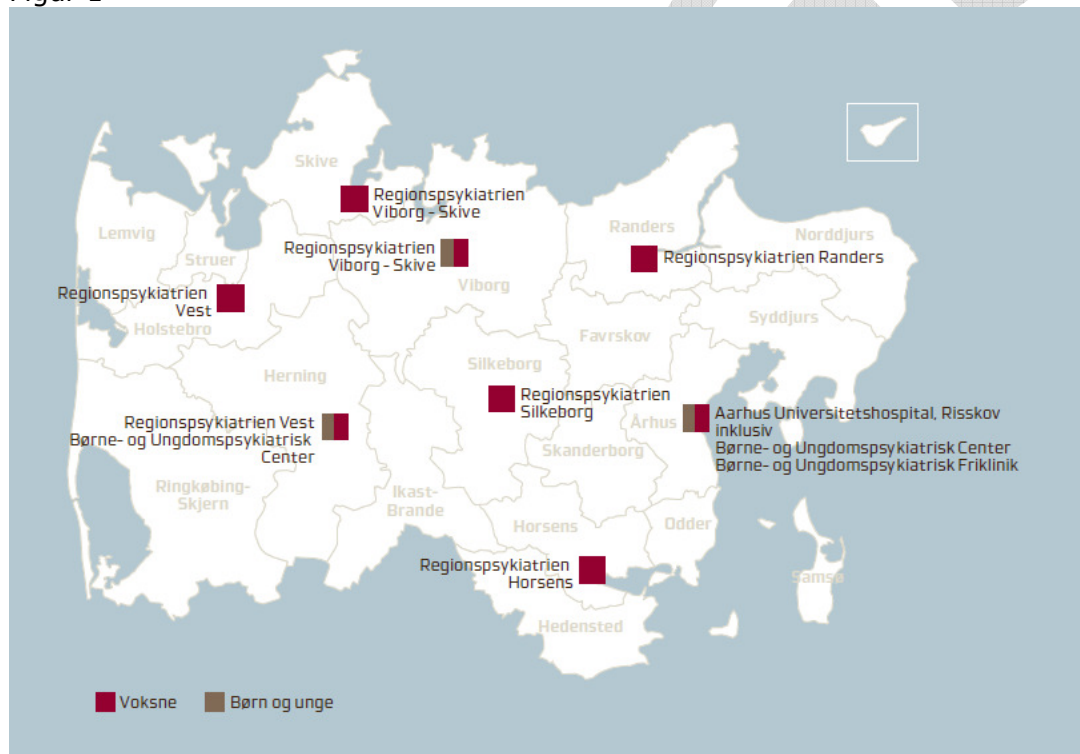
Behandlingspsykiatrien for voksne kaldes i Region Midtjylland for regionspsykiatrien. Regionspsykiatrien tilbyder både stationær-, ambulans-, dag- og hjemmebehandling.

Regionspsykiatrien er ét hospital med én hospitalsledelse, som dækker både voksen og børne- og ungdomspsykiatrien. Der er 11 kliniske afdelinger fordelt på 8 matrikler fordelt over hele regionen – figur 1. Det ses, at der er behandlingstilbud i Silkeborg, Horsens, Viborg, Herning, Holstebro, Skive, Randers og Århus (Risskov). Afdelingerne har udover sengekapacitet også omfattende ambulansaktivitet.

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 unge sker i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har behandlingstilbud placeret i Århus (Risskov), Herning og Viborg.

Figur 1



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

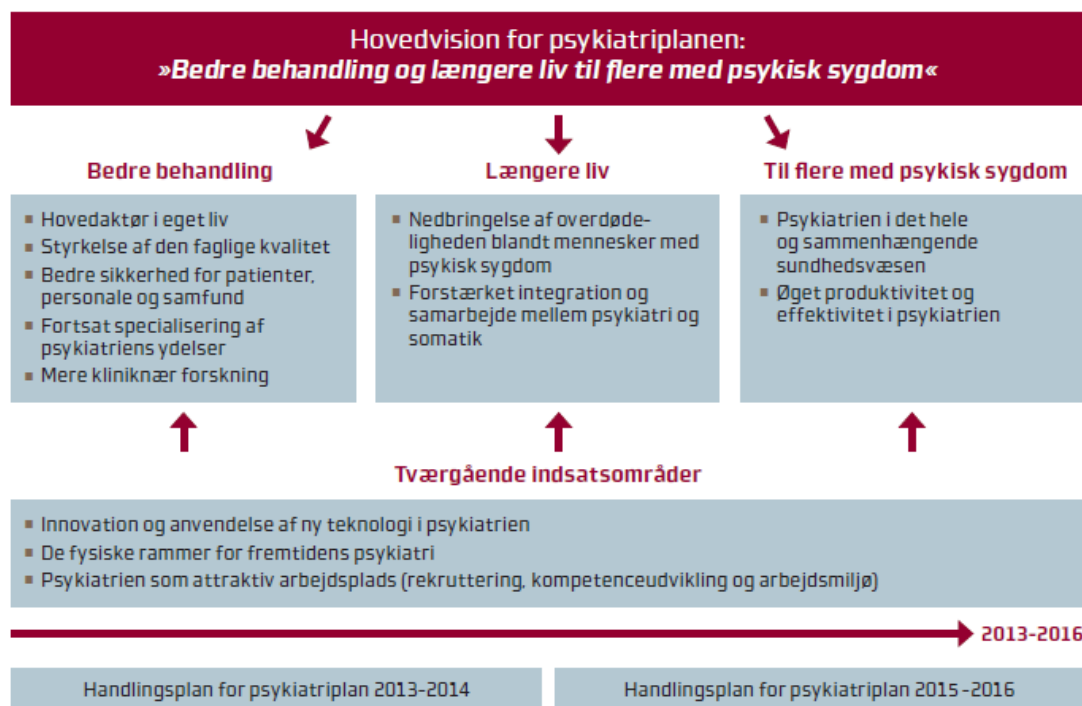
Siden kommunalreformen har haft myndighedsansvaret for de sociale tilbud til psykisk syge.

5.3 Psykiatriplanen

I psykiatriplanen fra 2013 beskrives regionens hovedvision for psykiatriområdet og en række strategier for at nå målet.

Figur 2 viser hvilke strategier, der skal sikre at hovedvisionen "Bedre behandling og længere liv til flere med psykisk sygdom" skal nås.

Figur 2



5.4 Demografiske konsekvenser

Jf. kapitel 3 figur 1 ses, at antallet af borgere over 20 år forventes at stige fra 909.707 i 2012, over 1.011.901 i 2020 til 1.064.0521 i 2030.

5.5 Praktiserende psykiatere i Region Midtjylland

Der er i Region Midtjylland 19 fuldtids- og 7 deltidspødsis i psykiatri.

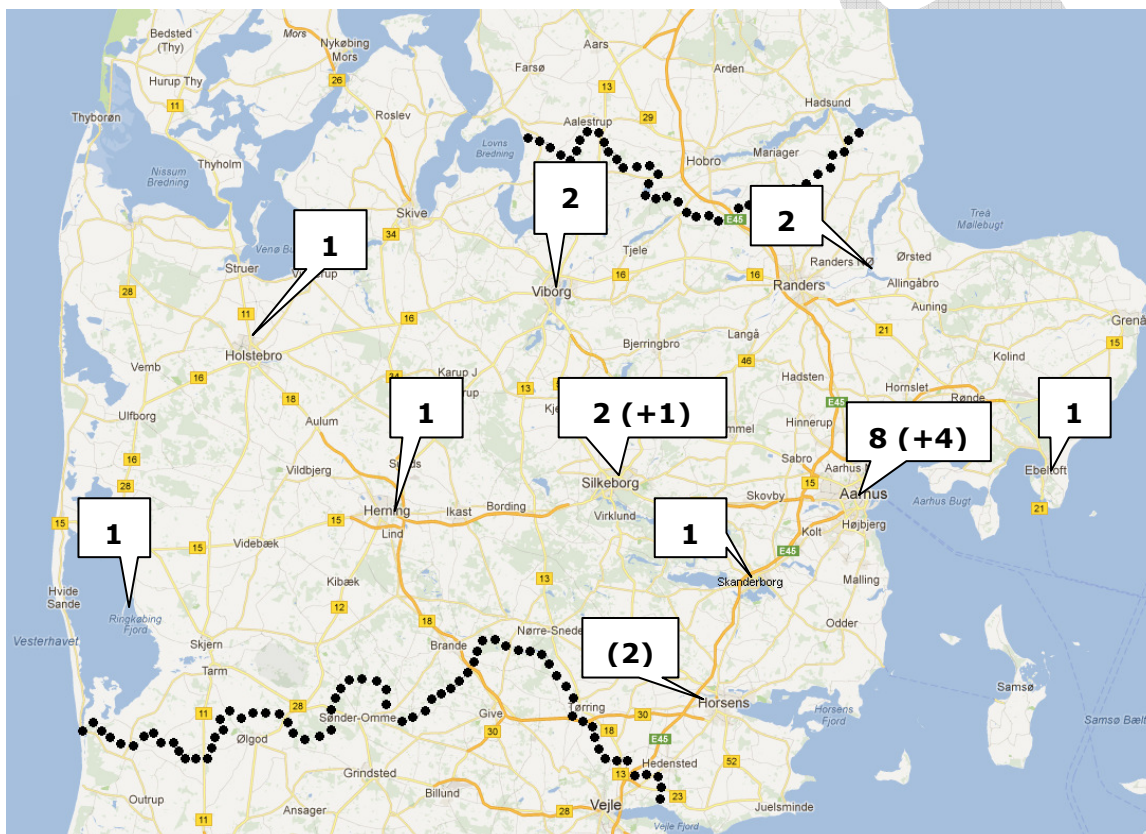
Pr. 1.1.2013 er der en vakant psykiatriprødsis i Lemvig og i Skive. Prødsis i Lemvig har været ledig siden 1. juli 2010.

I forbindelse med handel af psykiatriprødsis i Skive, godkendte Regionsrådet i efteråret 2012, at den nye ejer kunne flytte prødsis til Silkeborg, hvor der var et vakant ydernummer.

I delprødsisplanen skal der tages stilling til, om de 2 prødsis skal genoplås, flyttes eller nedlægges.

5.6 Geografisk placering af praktiserende psykiatere i Region Midtjylland

Kortet viser den geografiske placering af psykiatriske speciallægeprødsis i Region Midtjylland. Tallene i parentes er deltidspødsis.



5.7 Køn- og aldersprofil praktiserende psykiatere

19 fuldtids- + 7deltidspødsis
7 kvinder + 19 mænd
10 over 60 år
Gennemsnitsalder 57 år

Som det fremgår af tabellen, må det påregnes, at der i de kommende år skal rekrutteres en del speciallæger i psykiatri til at overtage praksis efter psykiatere, der går på pension eller efterløn.

5.8 Ventetider til undersøgelse og behandling hos de praktiserende psykiatere

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende psykiatere indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I januar 2013 var ventetiden som følgende:

8 praksis havde 12 – 26 ugers ventetid

11 praksis havde 26 – 52 ugers ventetid

4 praksis havde mere end 52 ugers ventetid.

2 praksis havde ikke indberettet, og 1 praksis var endnu ikke startet op.

5.9 Rekrutteringssituationen af psykiatriske speciallæger

Psykiatrien er kendetegnet ved store rekrutteringsvanskeligheder på lægeområdet. Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose vil der i perioden 2010-2020 ske et fald i antallet af speciallæger på 3 %, mens der i perioden 2012-2030 vil være tale om en stigning på 22 %.

I Uddannelsesregion Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland) er der i perioden 2008-2012 opslået 100 uddannelsesstillinger, hvoraf kun de 54 blev besatte.

Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose vil der i perioden 2010-2020 ske et fald i antallet af speciallæger på 3 %, mens der i perioden 2012-2030 vil være tale om en stigning på 22 %.

Uddannelsesregion Nord forventer, at der færdiguddannes ca. 5 psykiatriske speciallæger årligt de kommende år.

5.10 Arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og regionspsykiatrien

Der er generelt 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. 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 få 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 noget ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen. Der er dog en del patienter i sekundærsektoren, som kunne undersøges og behandles hos de praktiserende psykiatere.

5.11 Udgifter og aktivitet

Tabel 1 viser bl.a. hvor mange forskellige borgere fra de enkelte kommuner, der har været ved en praktiserende psykiater i 2012. Man skal være opmærksom på, at tallene ikke siger noget om, hvor mange af kommunens borgere, der har modtaget psykiatrisk behandling, men alene hvor mange, der har været til konsultation/behandling hos en **praktiserende** psykiater. Der kan i nogle tilfælde være tale om praktiserende psykiatere i andre regioner.

Tabel 1

2012	Befolkningstal i kommunen pr 1.1.2012	Antal personer ved praktiserende psykiater	Honorar til praktiserende psykiaterne	Procentdel ved praktiserende psykiater	Udgifter pr. borger (kr.)
Region Midtjylland	1.266.682	9.431	40.790.207	0,7	32
Favrskov	47.117	290	1.398.461	0,6	30
Hedensted	46.029	212	770.394	0,5	17
Herning	86.348	547	1.630.413	0,6	19
Holstebro	57.153	498	1.499.917	0,9	26
Horsens	83.598	478	2.095.913	0,6	25
Ikast-Brande	40.658	290	937.281	0,7	23
Lemvig	21.384	99	331.021	0,5	15
Norddjurs	37.876	397	1.701.245	1,0	45
Odder	21.749	95	396.246	0,4	18
Randers	95.756	806	3.848.133	0,8	40
Ringkøbing-Skjern	57.892	581	1.770.004	1,0	31
Samsø	3.889	10	23.956	0,3	6
Silkeborg	89.328	638	2.525.222	0,7	28
Skanderborg	58.008	426	1.800.997	0,7	31
Skive	47.620	129	504.738	0,3	11
Struer	22.098	155	541.906	0,7	25
Syddjurs	41.815	404	1.854.019	1,0	44
Viborg	93.819	640	2.960.585	0,7	32
Århus	314.545	2.886	14.197.791	0,9	45

Af tabel 2 ses udviklingen over hvor meget regionen har udbetalt i honorarer til de praktiserende psykiatere og hvor mange borgere der har været hos praktiserende psykiatere. Dvs. uanset om patienten har været hos en praktiserende psykiater i Region Midtjylland eller i andre regioner.

Det ses, at udgiften til praktiserende psykiatere er faldet med 2,3 % fra 2011 til 2012.

Tabel 2

Forbrug - honorarer	2009	2010	2011	2012	Procentuel udvikling 2009-2010	Procentuel udvikling 2010-2011	Procentuel udvikling 2011-2012
Honorarer i alt	38.404.215	40.996.014	41.735.840	40.790.207	6,75	1,80	-2,27
Honorarer 1. konsultationer	2.760.266	2.767.918	2.702.188	2.546.982	0,28	-2,37	-5,74
Antal forskellige personer	9.391	9.598	9.681	9.431	2,2	0,9	-2,6

Tabel 3 viser udviklingen i antallet af ydelser som borgere fra Region Midtjylland har modtaget hos de praktiserende psykiatere. Dvs. at der også indgår ydelser, som er leveret af praktiserende psykiatere i andre regioner på patienter fra Midt.

Det ses et fald i antallet af 1. konsultationer på 7,1 % fra 2011 til 2012.

Tabel 3

Forbrug – antal ydelser	2009	2010	2011	2012	Procentuel udvikling 2009-2010	Procentuel udvikling 2010-2011	Procentuel udvikling 2011-2012
1. Konsultationer	3.967	3.929	3.815	3.544	-0,96	-2,90	-7,10
2. og senere konsultationer	31.347	35.426	38.671	37.528	13,01	9,16	-2,96
Pårørende konsultationer	5.019	5.686	5.936	5.643	13,29	4,40	-4,94
Individuel terapi	16.114	15.780	14.747	13.974	-2,07	-6,55	-5,24
Par- og gruppeterapi	3.288	3.266	2.600	2.869	-0,67	-20,39	10,35
E-mail konsultation	729	1.262	1.922	2.035	73,11	52,30	5,88
Telefonkonsultation	17.287	18.661	18.522	17.870	7,95	-0,74	-3,52
Øvrige	15.299	13.717	13.837	13.186	-10,34	0,87	-4,70

5.12 Befolkningsgrundlag

Tabel 4 viser befolkningstallet i udvalgte områder af regionen i forhold til antallet af praktiserende psykiatere. Der skal gøres opmærksom på, at tabellen ikke siger noget om, befolkningens muligheder for at få psykiatrisk behandling i nærområdet, da der også er en række regionspsykiatriske tilbud fordelt ud over regionen.

Tabel 4

Kommune	Antal psykiatere i kommunen	Befolkningstal i kommunen pr. 1.1.2012	Borgere/psykiater
Viborg-Skive	2	141.439	70.720
Viborg-Skive-Struer	2	163.537	81.769
Holstebro-Struer-Lemvig	1	100.635	100.635
Holstebro-Struer-Lemvig-Ringkøbing/Skjern	2	158.527	79.264
Herning-Ikast/Brande	1	127.006	127.006
Herning-Ikast/Brande-Ringkøbing/Skjern	2	184.898	92.449
Silkeborg-Ikast/Brande	2,5	129.986	51.994
Skanderborg-Skanderborg	3,5	147.336	42.096
Skanderborg-Odder	1	79.757	79.757
Horsens-Hedensted	1	129.627	129.627
Skanderborg-Odder-Horsens-Hedensted	2	209.384	104.692
Randers-Norddjurs	2	133.632	66.816
Norddjurs-Syddjurs	1	79.691	79.691
Aarhus-Syddjurs	9,5	356.360	37.512

Deltidspraksis er normeret som 1/2 praksis.

5.13 Udfordringer

Økonomiske og andre udfordringer

En de væsentligste udfordringer på psykiatriområdet de kommende år vil være at sikre borgernes øgede behov for psykiatrydelser samtidig med at den økonomiske ramme overholdes. Antallet af borgere, der modtager behandling inden for regionspsykiatrien er steget med 10 % siden 2007.

Som det fremgår af regionens psykiatriplan har det stigende antal henviste og mangel på speciallæger i psykiatri medført lange ventelister. Sammenholdt med at der er en afdæmpet offentlig udgiftsstigning i de kommende år, er der behov for, at der sættes fokus på initiativer, der kan bidrage til at flere kan behandles inden for de givne rammer.

Dette behov aktualiseres af, at folketinget har indgået en aftale om behandlings- og udredningsgaranti, som bl.a. skal sikre patienterne udredningen inden for 1 måned.

Økonomiprotokollatet – nævnt i kapitel 9.1 – medfører, at det ikke umiddelbart er muligt, at udvide kapaciteten hos de eksisterende praktiserende psykiatere.

Rekrutteringsudfordringer til psykiatrien generelt

Psykiatrien er kendetegnet ved store rekrutteringsvanskeligheder på lægeområdet. Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose vil der i perioden 2010-2020 ske et fald i antallet af speciallæger på 3 %, mens der i perioden 2012-2030 vil være tale om en stigning på 22 %.

I Uddannelsesregion Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland) er der i perioden 2008-2012 opslået 100 uddannelsesstillinger, hvoraf kun de 54 blev besatte.

“Den hidtidige udvikling med et stigende antal henviste og mangel på speciallæger i psykiatri har resulteret i høje ventelister. Sammenholdt med en afdæmpet offentlig udgiftsstigning de kommende år, er der behov for at sætte fokus på initiativer, der kan bidrage til at flere kan behandles inden for de givne rammer, og dermed give mest mulig sundhed for pengene. Dette behov aktualiseres yderligere af den aftale, der i 2012 er indgået om en udrednings- og behandlingsgaranti, som bl.a. skal sikre såvel patienter med somatiske sygdomme som patienter med psykiske sygdomme udredning inden for 1 måned. Garantien vil blive implementeret i somatikken først og i psykiatrien på et senere tidspunkt” (Psykiatriplan, september 2012).

Bl.a. derfor er der behov for se nærmere på opgavefordelingen mellem hospitalspsykiatrien og speciallægepraksis, således at ansvarsfordelingen afklares, og det undersøges om og i givet fald hvordan, de praktiserende psykiatere bedre kan integreres i hospitalspsykiatriens patientforløb.

Rekrutteringsudfordringer til psykiatriske speciallægepraksis

Aldersfordelingen blandt de praktiserende psykiatere indikerer, at der vil blive en del psykiatripraksis til salg de kommende år. Der kan opstå udfordringer med at besætte de kommende ledige psykiatripraksis, især i den vestlige del af regionen.

Hvis der opstår rekrutteringsproblemer i yderområderne, kan det overvejes, at tage initiativer der gør disse praksis mere attraktive – f.eks. ved knækgrænsefritagelse i en etableringsperiode, indflytning i sundhedshuse mv.

Derudover kan det overvejes at flytte praksis, der ikke kan sælges. Dette vil medføre, at nogle borgere får længere transporttid, men den samlede kapacitet kan bibeholdes.

5.14 Anbefalinger om kapacitet

I forhold til psykiatriske speciallægepraksis er der flere udfordringer. Det forventes - jf. kapitel 5.7 -, at der skal rekrutteres en række nye speciallæger til praksissektoren i de kommende år, der er generelt mangel på psykiatriske speciallæger og der skal skabes kapacitet til en øget efterspørgsel efter ydelser.

- Som følge af den generelle mangel på speciallæger i psykiatrien, kan en udvidelse af antallet af speciallægepraksis medføre en uhensigtsmæssig flytning af speciallægefaglige ressourcer fra regionspsykiatrien til speciallægepraksis. Derfor anbefales det, at en eventuel udvidelse af kapaciteten sker gennem tilladelse til nedsættelse i deltids- eller overlægepraksis. Derved vil psykiatere, der er ansatte i sekundærsektoren få mulighed for at praktisere på deltid i primærsektoren.
- Overenskomsten åbner mulighed for, at en speciallæge tildeles en tidsbegrænset ekstra kapacitet, ligesom der kan gives tilladelse til etablering af en satellitpraksis, hvis der er behov for en kapacitetsudvidelse i et bestemt geografisk område. Disse muligheder kan afprøves i konkrete situationer.
- 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 har indtil 1. juli 2010 været en psykiatripraksis i Lemvig. Den tidligere indehaver lukkede uden at praksis blev solgt.

Derudover har der hidtil været en praktiserende psykiater i Skive. Regionsrådet gav i efteråret 2012 tilladelse til, at denne praksis blev flyttet til Silkeborg i forbindelse med salg (der var et ledigt ydernummer i Silkeborg). Det vil sige, at der reelt blev flyttet et ledigt ydernummer fra Silkeborg til Skive.

Som det fremgår af kapitel 10, er der stor forskel på, hvor mange indbyggere der er pr. psykiatripraksis i regionen, men det siger ikke nødvendigvis noget om borgernes adgang til psykiatrisk behandling i nærområdet.

- På baggrund af den lange ventetid der er inden for psykiatri i dag sammenholdt med den forventede øgede efterspørgsel, anbefales det, at det ene vakante ydernummer genopslås med placering i den vestlige del af regionen.

5.15 Anbefalinger om opgavefordeling

Som tidligere nævnt vil de lange ventelister og behandlings- og udredningsgarantien medføre et øget pres på det psykiatriske behandlingssystem, så det vil være nødvendigt at tage initiativer, som sikrer, at der behandles flere inden for de givne rammer.

Som et led i dette skal der sættes fokus på arbejdsdelingen mellem regionspsykiatrien, praktiserende psykiatere og almen praksis.

Som nævnt i kapitel 1 er der i henhold til overenskomsten mulighed for at indgå aftaler med de praktiserende psykiatere om, hvad op til 20 % af deres kapacitet skal anvendes til (råderumsaftaler).

Det har været forsøgt at indgå råderumsaftaler med de praktiserende psykiatere, om at almen praksis skulle have mulighed for at henvise patienter, de var "kørt fast med" til en praktiserende psykiater. Psykiateren skulle inden for ca. 2 uger modtage patienten til en samtale (eller to) og sende sine bedste råd tilbage til den praktiserende læge. Ved en form for integration af patientforløb mellem almen praksis og privatpraktiserende psykiatere var ét formål at reducere antallet af henvisninger til regionspsykiatrien.

Det lykkedes ikke på daværende tidspunkt at nå til enighed om en aftale.

- råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende psykiaters kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.
- mulighederne for øget samarbejde om konkrete patienter (shared care) mellem praktiserende psykiatere og alment praktiserende læger undersøges og understøttes.

5.16 Økonomiske konsekvenser

Udgifter ved etablering af psykiatripraksis.

Der er stor forskel på, hvor meget en praktiserende psykiater omsætter for, men det kan forventes, at en genbesættelse af det ledige ydnummer vil medføre en udgift for Nære Sundhedstilbud på ca. 2.000.000 kr. Det kan diskuteres, om der er tale om en reel merudgift idet ydnummeret i Skive tidligere var besat, mens det nybesatte ydnummer i Silkeborg havde været ledigt siden 1. juli 2009.

6. Pædiatri

6.1 Kort beskrivelse af pædiatri

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.

I pædiatriske speciallægepraksis ses mange børn med astma, enuresis, afføringsproblemer, mavesmerter, hovedpine, allergisk rhinitis, fødemiddelallergi, udviklingsvurderinger inden for det neuropædiatriske område.

6.2 Pædiatriske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

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

- Regionshospitalet Randers
- Hospitalsenheden Midt
- Hospitalsenheden Vest
- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet Horsens (Fællesfunktion)

Der er der etableret 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.

6.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende børnelæger i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende pædiatere steg markant i perioden 2009-2010 (14 %). I perioden 2010-2011 steg honoraret også (4,9 %), hvorefter det faldt en smule fra 2011 til 2012 (0,6 %).

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	12.889.398	14.692.800	15.416.337	15.316.988
1. konsultationer	1.875.036	1.955.656	1.937.190	2.132.732
2. og senere konsultationer	5.599.886	6.456.936	6.873.875	6.635.823

Tabel 1b

Honorarudvikling	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	14,0	4,9	-0,6
1. konsultationer	4,3	-0,9	10,1
2. og senere konsultationer	15,3	6,5	-3,5

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer	2.930	3.018	2.973	3.226
2. og senere konsultationer	11.437	13.085	13.907	13.186
Antal forskellige borgere	5.261	5.537	5.579	5.463

Tabel 2b

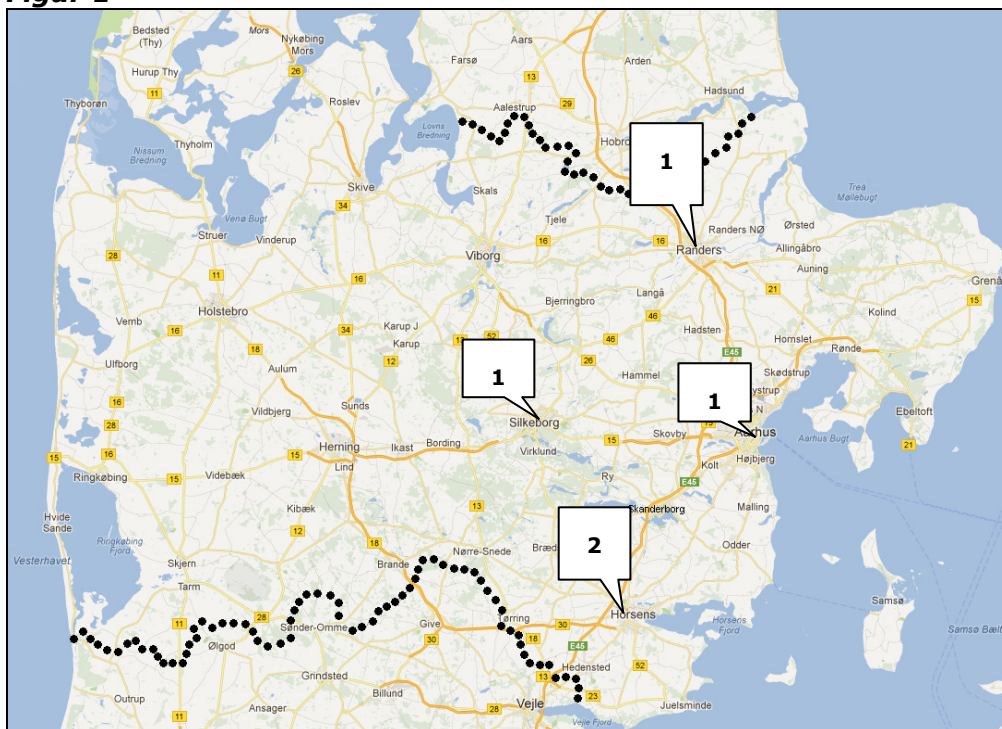
Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer	3,0	-1,5	8,5
2. og senere konsultationer	14,4	6,3	-5,2
Antal forskellige borgere	5,25	0,76	-2,08

6.4 Kapacitet og geografisk placering

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 5 fuldtidspraksis.

Figur 1 viser, hvor de praktiserende pædiatere er lokaliseret i dag.

Figur 1



6.5 Køn- og aldersprofil praktiserende pædiatere

Tabel 3

5 praksis

5 pædiatere

2 mænd og 3 kvinder

Alle er under 60 år

Gennemsnitsalder 53 år

6.6 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende børnelæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I januar 2013 havde pædiaterne mellem 4 og 7 ugers ventetid.

6.7 Demografi

Tabel 4 Befolkningsudvikling børn og unge

	2012	2017	2022	2027	udvikling 2012-2017	udvikling 2012-2022	udvikling 2012-2027
0-9 år	152.170	145.782	145.422	157.247	-6.388	-6.748	5.077
10-19 år	164.805	160.417	156.786	150.355	-4.388	-8.019	-14.450

I 2017 vil der være ca. 6.388 færre børn mellem 0 og 9 år end tilfældet var i 2012 (fald på 4,2 %). I 2027 vil dette have vendt sig til en vækst på ca. 5.077 i aldersgruppen (+ 3,3 % i forhold til 2012).

I 2017 vil der være ca. 4.388 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 2,7 %). I 2027 kan det forventes, at der vil være ca. 14.450 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 8,8 %).

6.8 anbefalinger om opgaver

Der er ikke umiddelbart et ønske om at ændre væsentligt på arbejdsdelingen, dog er der en del patienter i den sekundære sektor, som kunne undersøges og behandles hos de praktiserende børnelæger.

Der er igangsat en modernisering af pædiatrispecialet, og nogle af nedenstående anbefalinger er til drøftelse i den sammenhæng.

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 kan 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.

Der skal gøre opmærksom på at de praktiserende børnelæger ikke blot ser børn med enuresis, men hele spektret af "bladder-bowel dysfunktion" (obstipation, fæcalinkontinens, daginkontinens og enuresis).

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at indgå en § 64-aftaler med praktiserende pædiatere om ultralydsscanninger af blæren mhp. resturin og foretage uroflowundersøgelser (hvis det ikke mod forventning bliver en del af overenskomsten fremover).

Allergisk rhinitis og allergivaccinationsbehandling

Allergisk rhinitis (høfeber) er en meget hyppig kronisk lidelse hos børn. Det er en lidelse, der alene kan være forbundet med allergi over for græs, men som hyppigt også skyldes allergi over for husstøvmider.

Disse børn – samt børn med fødevarerallergi kan udredes og behandles i pædiatriske speciallægepraksis.

Hvis medicinsk behandling af børn med allergisk rhinit ikke er effektiv, kan det komme på tale at foretage allergivaccination

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 allergivaccinationsbehandling, men har mulighed for at foretage flere. Dette kan eventuelt ske ved, at hospitalerne visiterer diagnosticerede patienter til behandling i speciallægepraksis.

Problemstillingen om allergivaccinationer i pædiatriske speciallægepraksis, drøftes i moderniseringsudvalget.

- Det anbefales, at overvejelserne om at allergivaccinationsbehandling i højere grad udføres i speciallægepraksis afventer moderniseringsudvalgets arbejde.

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). Selve behandlingen foregår med injektion en gang om måneden med GnRH-analog præparat.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at injektioner med GnRH-analog præparat i endnu højere grad udføres i praksis under foruddefinerede forudsætninger.

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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at kontrol af patienter med glutenallergi i endnu højere grad foregår i speciallægepraksis.

Astmabehandling

Astma bronchiale er en kronisk sygdom, som karakteriseres ved tilbagevendende anfald af forsnævrede luftveje med vejrtrækningsbesvær, hvæsen og hoste til følge. Den udredes både i speciallægepraksis og i hospitalsregi.

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

Det vil 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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende børnelæger aflaster hospitalerne med astmapatienter i vinterperioden.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende børnelægers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

6.9 Anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af pædiatriske speciallægepraksis er passende, og at den bevares.

- Jf. praksisplanens generelle kapitel anbefales, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Idet der er generel mangel på speciallæger inden for pædiatri, skal det sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

7. Gynækologi

7.1 kort beskrivelse af gynækologispecialiet

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 specialiet 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.

7.2 Gyækologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Akutbehandling inden for det gynækologiske-obstetriske speciale vil blive varetaget på hovedfunktionsniveau på alle 5 hospitalsenheder herunder Aarhus Universitetshospital, der varetager behandling på højt specialiseret niveau.

- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Horsens
- Hospitalsenheden Midt
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital

Fertilitetsbehandling vil varetages på Århus Universitetshospital, Hospitalsenheden Midt og regionshospitalet Horsens.

Hertil kommer Center for Voldtægtsofre, som er placeret ved Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest.

7.3. Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende kirurger i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende gynækologer steg meget i perioden 2009-2010 (11 %), hvorefter der skete et fald på 6,2 % fra 2010 til 2011. Fra 2011 til 2012 var der en stigning på 5,2 %.

Det store fald i antallet af fertilitetsydelser i 2011 skyldes, at der på det tidspunkt blev indført egenbetaling for fertilitetsbehandling. Denne egenbetaling blev afskaffet igen i 2012.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	36.029.928	39.977.805	37.502.738	39.447.593
1. konsultationer	7.108.896	7.404.190	7.569.848	7.434.588
Senere konsultationer	1.729.334	1.767.537	1.786.250	1.685.958
1. konsultation fertilitet	899.188	969.915	876.426	849.652
Senere konsultation fertilitet	2.497.286	3.056.442	2.666.306	2.778.301

Tabel 1b

	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	10,96	-6,19	5,19
1. konsultationer	4,15	2,24	-1,79
Senere konsultationer	2,21	1,06	-5,61
1. konsultation fertilitet	7,87	-9,64	-3,05
Senere konsultation fertilitet	22,39	-12,76	4,20

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer	17.269	17.766	18.061	17.491
Senere konsultationer	10.291	10.388	10.439	9.716
1. konsultation fertilitet	2.184	2.327	2.091	1.999
Senere konsultation fertilitet	14.858	17.962	15.584	16.009
Antal forskellige borgere	22.016	22.708	23.238	23.134

Tabel 2b

Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer	2,88	1,66	-3,16
Senere konsultationer	0,94	0,49	-6,93
1. konsultation fertilitet	6,55	-10,14	-4,40
Senere konsultation fertilitet	20,89	-13,24	2,73
Antal forskellige borgere	3,14	2,33	-0,45

Som det fremgår af tabel 3, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende gynækolog omsætter for. På baggrund af den typiske omsætning, kan det forventes, at en udvidelse af kapaciteten medfører en udgift på mellem 3.000.000 kr. og 4.500.000 kr. pr. ekstra gynækologipraksis.

En enkelt praksis er udtaget af oversigtet, den har en usædvanlig høj aktivitet – en omsætning på knap 12,5 mio. kr. Dette skyldes en meget stor aktivitet på fertilitetsydelser.

Tabel 3

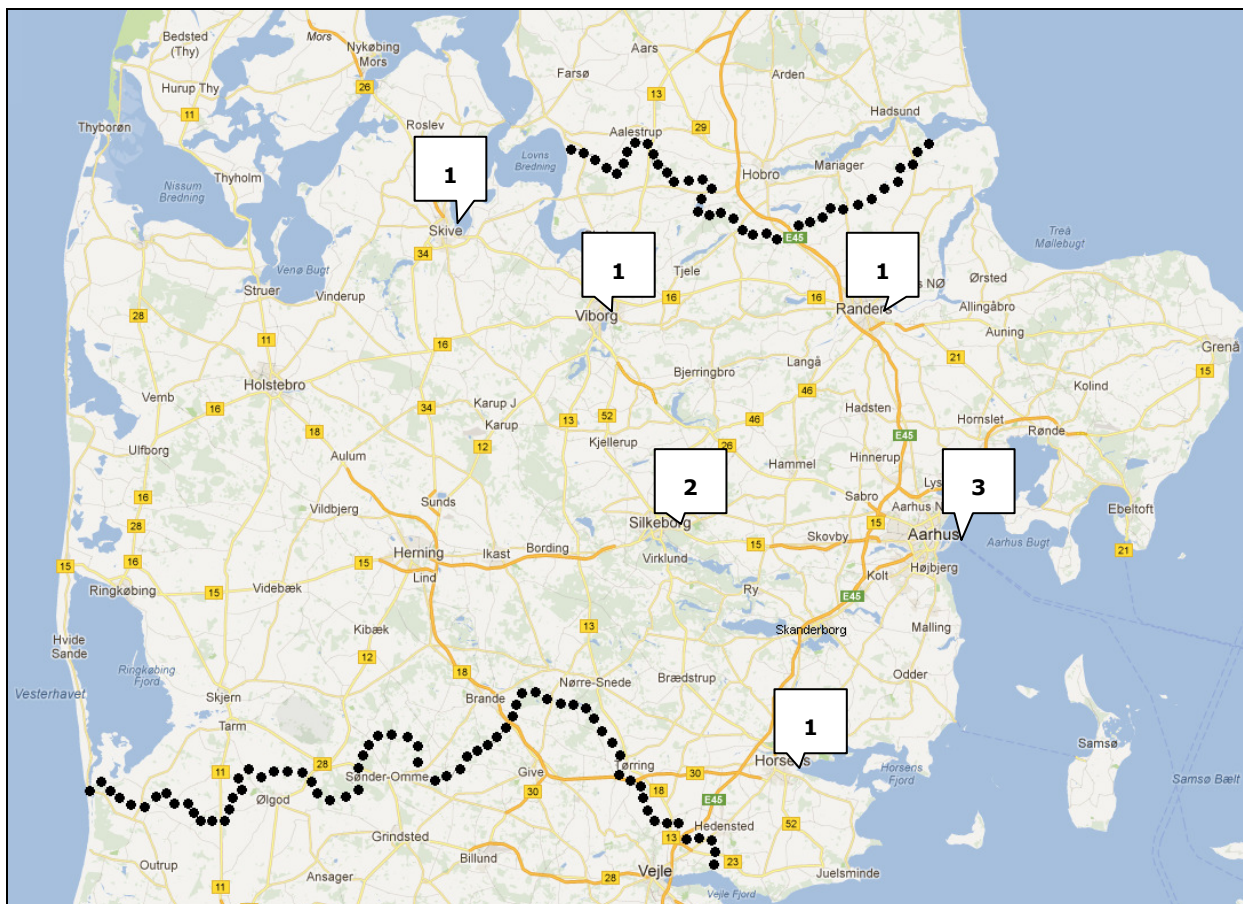
Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	2.600.000
Praksis med højeste omsætning	4.400.000
Gennemsnitsomsætning	3.500.000

7.4 Kapaciteten af gynækologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 9 fuldtidspraksis.

7.5 Geografisk placering af praktiserende gynækologer i Region Midtjylland

Figur 1 viser, hvor de praktiserende gynækologer er lokaliseret i dag.



7.6 Køn- og aldersprofil praktiserende gynækologer

Tabel 4

9 praksis

9 gynækologer

5 kvinder + 4 mænd

2 over 60 år (Aarhus og Randers)

Gennemsnitsalder 56,2 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres op til 2 speciallæger i gynækologi til at overtage praksis efter gynækologer, der går på pension: 1 i Randers og 1 i Aarhus.

7.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende gynækologer indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

I januar 2013 var der stor forskel på ventetiden hos de enkelte gynækologer. 3 praksis havde under 10 ugers ventetid, 3 havde mellem 10 og 20 uger, 1 havde 24 uger og 1 praksis havde en ventetid på 52 uger. 1 praksis havde ikke indberettet ventetiden.

7.8 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren

De praktiserende 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
- Sempel 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.

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.

7.9 anbefalinger om opgaver

Der er ikke umiddelbart et ønske om at flytte opgaver fra hospitalerne til de praktiserende gynækologer.

Hvis der flyttes opgaver fra hospitalerne til speciallægepraksis i større udstrækning, er det vigtigt, at eventuelle konsekvenser for de yngre lægers uddannelse indtænkes.

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende gynækologers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

7.10 anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, 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.

- Jf. praksisplanens generelle del, anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

8. Neurologi

8.1 Kort beskrivelse af neuromedicin

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 selvhjulpenhed, hvilket medfører stor belastning af patient, pårørende og samfund.

8.2 Neuromedicinske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

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

- Hospitalsenheden Midt
- Hospitalsenheden Vest
- Aarhus Universitetshospital

Der tilbydes neurorehabilitering på hovedfunktionsniveau på Regionshospitalet Horsens og Regionshospitalet Randers.

Den akutte trombolyselbehandling af borgere i Region Midtjylland varetages på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest, som dækker hele det midtjyske område.

Derudover er der TCI-klinik på Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Holstebro og Aarhus Universitetshospital for patienter,, som har haft symptomer på TCI/minor stroke for mere end 48 timer siden og patienter med en "gammel apopleksi", som først sent kommer til lægens kendskab.

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.

Regionshospitalet Viborg varetager desuden højt specialiseret paraplegibehandling for Vestdanmark.

8.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende neurologer i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende neurologer faldt i både perioden 2009-2010 (4,8 %) og i perioden 2010-2011 (7,4 %), hvorefter der var en stor stigning på 17,4 % fra 2011 til 2012.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	14.472.874	13.776.372	12.754.337	14.978.931
1. konsultation	6.131.873	5.704.317	6.034.482	7.191.227
2. og senere konsultation	3.462.502	3.293.069	3.422.783	3.765.892
1. konsultation - særaftale	35.796	47.386	1.849	
2. og senere konsultation - særaftale	1.063.264	1.043.913	502.739	197.814

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	-4,81	-7,42	17,44
1. konsultation	-6,97	5,79	19,17
2. og senere konsultation	-4,89	3,94	10,02
1. konsultation - særaftale	32,38	-96,10	-100,00
2. og senere konsultation - særaftale	-1,82	-51,84	-60,65

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultation	9.448	8.678	9.129	9.274
2. og senere konsultation	5.335	5.010	5.178	5.221
1. konsultation - særaftale	11	16	1	
2. og senere konsultation - særaftale	1.628	1.567	752	296
Antal borgere	10.896	10.363	10.167	10.437
Heraf særaftale	859	871	451	212

Tabel 2b

Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultation	-8,15	5,20	1,59
2. og senere konsultation	-6,09	3,35	0,83
1. konsultation - særaftale	45,45	-93,75	-100,00
2. og senere konsultation - særaftale	-3,75	-52,01	-60,64
Antal borgere	-4,89	-1,89	2,66
Heraf særaftale	1,40	-48,22	-52,99

Som det fremgår af tabel 3, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende neurolog omsætter for. På baggrund af omsætningen hos de eksisterende neurologer, kan det forventes, at en udvidelse af kapaciteten medfører en udgift på ca. 3.000.000 kr. pr. ekstra neurologipraksis.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	1.500.000
Praksis med højeste omsætning	3.130.000
Gennemsnitsomsætning	2.650.000

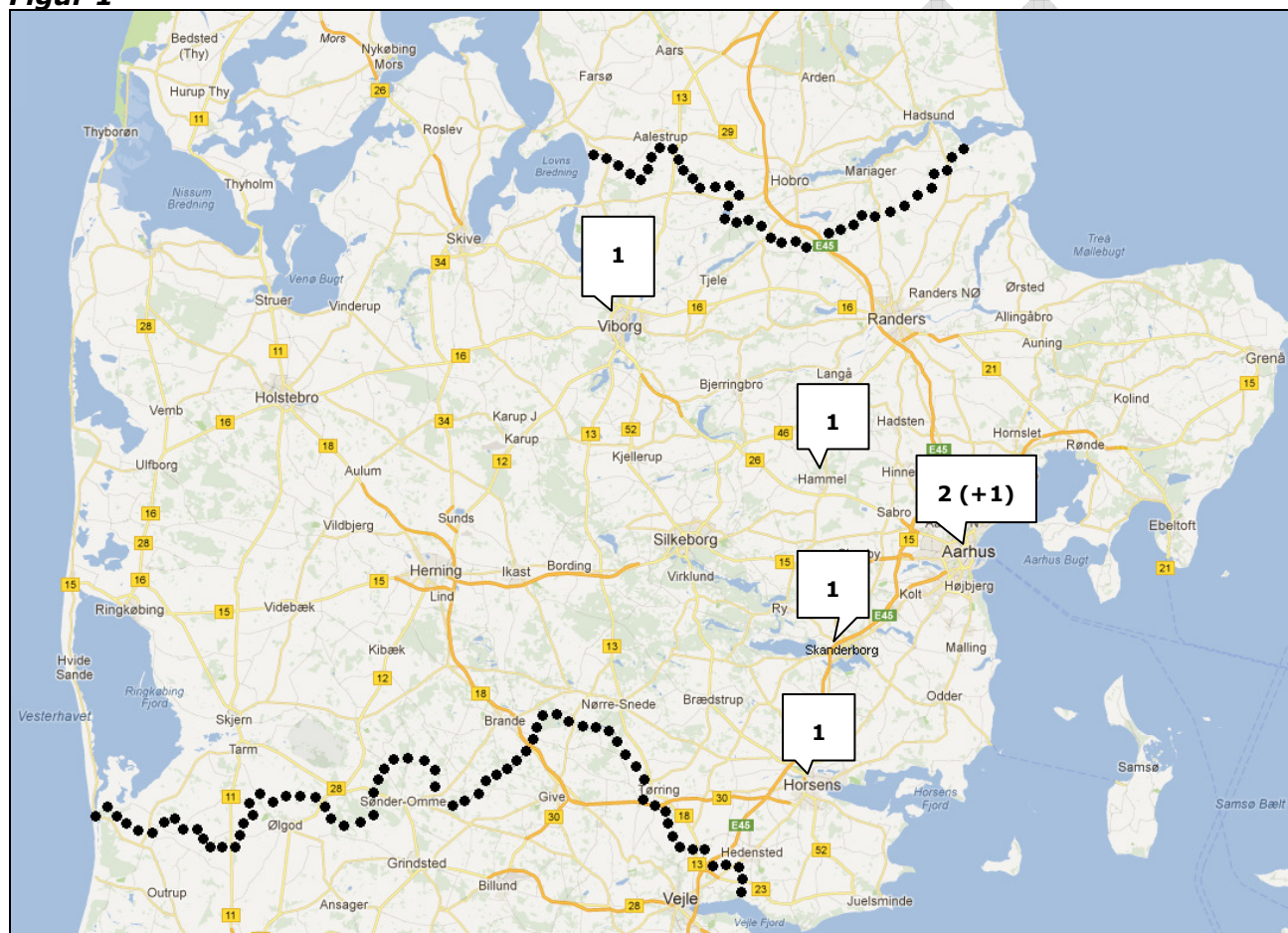
8.4 Kapaciteten af neurologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 6 fuldtidspraksis og 1 deltidspødspraksis.

8.5 Geografisk placering af praktiserende neurologer i Region Midtjylland

Figur 1 viser, hvor de praktiserende neurologer er lokaliseret i dag. Tal i parentes angiver deltidspødspraksis.

Figur 1



8.6 Køn- og aldersprofil praktiserende neurologer

Tabel 4

6 fuldtidspraksis og 1 deltidspødspraksis

7 neurologer

7 mænd

3 over 60 år (Alle 3 med praksis i Aarhus, én af dem med deltidspødspraksis)

Gennemsnitsalder 59,1 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres et par speciallæger i neurologi til at overtage praksis efter neurologer, der går på pension.

8.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende neurologer indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende neurologer er ikke speciel lang. Alle praktiserende neurologer har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

I januar 2013 var ventetiden mellem 2 og 8 uger.

8.8 Anbefalinger om opgaver

I forbindelse med en eventuel implementering af de faglige anbefalinger, skal der være opmærksomhed på, at der kan være sammenfald mellem opgaver, som foreslås flyttet til speciallægepraksis og funktioner som Sundhedsstyrelsen har defineret som specialiserede hospitalsfunktioner (f.eks. behandling med botulinum-toxin).

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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende neurologer aflaster hospitalerne i perioder med spidsbelastning.

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.

Det vurderes, 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.

- Det anbefales, at der udarbejdes visitationsbeskrivelser til 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 multipl 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.

Det vurderes, at det vil være hensigtsmæssigt, 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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende neurologer får mulighed for at udføre lumbalpunktur.

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 en rammeydelse i overenskomsten, som speciallægerne må udføre efter regionsrådets beslutning.

Det vurderes, 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.

Indikationen for behandling skal fastslås på hospitalerne, inden de praktiserende neurologer eventuelt udfører behandlingen.

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

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende neurologer får mulighed for at udføre Botulinum-toksinbehandling

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende neurologers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

8.9 Anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, 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.

- Jf. Praksisplanens generelle del, anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

8.10 Øvrige anbefalinger

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.

- Det anbefales, at mulighederne for at læger under uddannelse til speciallæge i neurologi kommer i "praktik" hos praktiserende neurologer i f.eks. 1 måned undersøges nærmere.

Udkast

9. Kirurgi

9.1 Kort beskrivelse af kirurgi

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, orto-rhinolaryngologi m.fl.

Kirurgi omfatter 5 selvstændige specialer: karkirurgi, kirurgi, thoraxkirurgi, urologi, i 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 - f.eks. på hernieområdet, hvor en stor del af operationerne foregår laparoskopisk i dag.

Den ovenfor skitserede beskrivelse af det kirurgiske speciale er ikke slået igennem i Overenskomst for Speciallægehjælp. Som det er i dag, kan kun speciallæger, der har den tidligere brede kirurgiske uddannelse, blive praktiserende kirurg (med mindre der gives dispensation). De centrale parter har igangsat en modernisering af specialet, som bl.a. har det formål, at specialet på praksisområdet i højere grad kommer til at afspejle den opdeling af specialet, der er indført på hospitalsområdet

9.2 Kirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Der vil være fem akutte afdelinger i regionen på hovedfunktionsniveau, herunder Aarhus 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
- Hospitalsenheden Midt
- Hospitalsenheden Vest
- Århus Universitetshospital

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 Regionshospitalet Viborg, Regionshospitalet Randers og på Aarhus Universitetshospital
- Thyreidekirurgi er på Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Vest.
- Rectumcancer kirurgi, som samles på Hospitalsenheden Vest, Regionshospitalet Randers og Aarhus Universitetshospital
- Leverresektioner er samlet på Aarhus Universitetshospital

9.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende kirurger i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende kirurger steg 2,5 % i perioden 2009-2010 efterfulgt af perioden 2010-11, hvor der var en stor stigning (14 %). Fra 2011 til 2012 var der et lille fald på 0,8 %.

Tabel 1a

	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	25.052.793	25.678.756	29.265.740	29.030.084
1. Kons.	2.743.823	2.554.982	3.018.192	3.211.019
2. - og senere konsultationer	214.038	198.261	206.532	221.277
Kolo- gastro og sigmoideoskopier	5.276.460	5.529.728	7.795.593	9.086.140
Operationer inkl. følgende	13.458.831	13.903.964	14.603.291	13.396.742

Tabel 1b

	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	2,5	14,0	-0,8
1. Kons.	-6,9	18,1	6,4
2. - og senere konsultationer	-7,4	4,2	7,1
Kolo- gastro og sigmoideoskopier	4,8	41,0	16,6
Operationer inkl. følgende	3,3	5,0	-8,3

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
1. Kons.	6.769	6.225	7.314	7.674
2. - og senere konsultationer	1.640	1.500	1.554	1.641
Kolo- gastro og sigmoideoskopier	3.307	3.334	4.382	5.041
Operationer inkl. følgende	21.456	22.093	23.542	20.639
Antal borgere	10.015	9.741	10.798	10.902

Tabel 2b

	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Ydelser i alt	-8,0	17,5	4,9
1. Kons.	-8,5	3,6	5,6
2. - og senere konsultationer	0,8	31,4	15,0
Kolo- gastro og sigmoideoskopier	3,0	6,6	-12,3
Operationer inkl. følgende	-2,7	10,9	1,0

Som det fremgår af tabel 3, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende kirurger omsætter for. Det kan det forventes, at en udvidelse af kapaciteten medfører en bruttoudgift på mellem 5.000.000 kr. og 7.000.000 kr. pr. ekstra kirurgipraksis.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	4.500.000
Praksis med højeste omsætning	11.000.000
Gennemsnitsomsætning	7.200.000

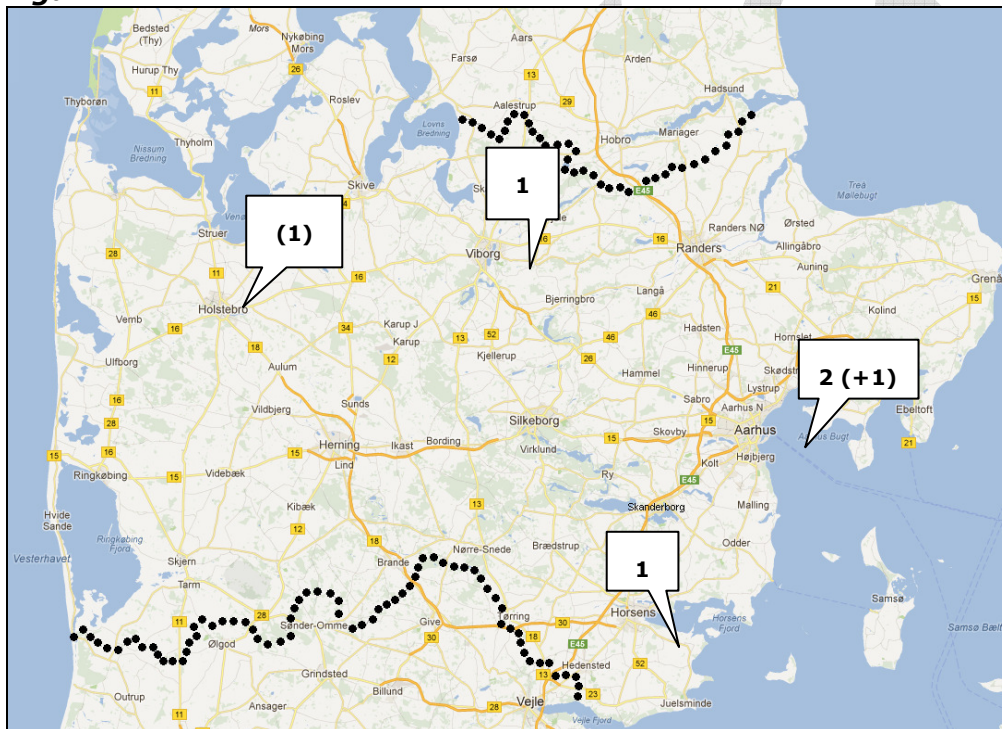
9.4 Kapaciteten af kirurger

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 4 fuldtidspraksis og 2 deltidspaksis.

9.5 Geografisk placering af praktiserende kirurger i Region Midtjylland

Figur 1 viser, hvor de praktiserende gynækologer er lokaliseret i dag. Tal i parentes er deltidspaksis.

Figur 1



9.6 Køn- og aldersprofil praktiserende kirurger

Tabel 4

4 fuldtidspraksis + 2 deltidspaksis
6 kirurger
6 mænd
3 over 60 år (Holstebro - deltid, Viborg - fuldtid og Horsens - fuldtid)
Gennemsnitsalder 59,7 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres op til 3 speciallæger i kirurgi til at overtage praksis efter kirurger, der går på pension.

9.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende kirurger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende kirurger var pr. 1. januar 2013 mellem 2 og 4 uger. Alle praktiserende kirurger har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

9.8 anbefalinger om opgaver

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

Endoskopier

Det vurderes, at alle diagnostiske endoskopier som gastro-, kolo- og sigmoideoskopier i højere grad end i dag kan foretages i speciallægepraksis.

Bl.a. som følge af den nyindførte udredningsgaranti og tilbud om screening for tarmkræft hos mænd, vil der fremover blive et øget pres på endoskopiområdet.

De praktiserende kirurgers kapacitet kan indtænkes i løsningen af disse opgaver.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende kirurger i højere grad kan indgå i arbejdet med at foretage diagnostiske endoskopier som gastro-, kolo- og sigmoideoskopier.

Dette også set i lyset af den nyindførte udredningsgaranti og den kommende tilbud om screening for tarmkræft hos mænd.

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, forhudsforstørrelser, 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.

En lang række operationer – såsom hernie – foretages i dag laparoskopisk (kikkertoperation) og området er under en rivende udvikling. Denne operationsform vil fremover have stor relevans i speciallægepraksis.

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

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende kirurger i højere grad får mulighed for at foretage laparoskopiske operationer.

Stomi- og incontinenstrådgivning

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

Det vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende speciallæger, der har interessen og kvalifikationerne, får mulighed for at rådgivning i forhold til incontinen.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende kirurger kan foretage rådgivning, kontrol og opfølgning på stomipatienter.
- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt at de praktiserende kirurger kan foretage rådgivning i forhold til incontinen.

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.

Regionen har i sommeren 2013 indført rammeaftalen, således at de 4 fuldtidspraktiserende kirurger, kan udføre sterilisationer af mænd.

Generel anbefaling

Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder – skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende kirurgers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

9.9 anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af kirurgiske speciallægepraksis er passende, og at den bevares.

- Jf. praksisplanens generelle del, anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

Udskæst

10. Ortopædkirurgi

10.1 Kort beskrivelse af 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 anæstesiologiske 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.

10.2 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.

10.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende ortopædkirurger i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende ortopædkirurger steg en smule (1,4 %) i perioden 2009-2010. I perioden 2010-2011 steg honoraret også, men den stigning var meget lille (0,02 %). Fra 2011 til 2012 var der en lille stigning på 0,9 %.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	11.776.480	11.943.241	11.945.091	12.051.338
1. konsultationer	2.383.674	2.334.315	2.361.791	2.510.126
2. - og senere konsultationer.	164.991	188.919	186.663	196.584
Operationer inkl. følgende	6.987.820	6.946.418	6.710.309	6.565.573

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	1,4	0,0	0,9
1. konsultationer	-2,1	1,2	6,3
2. - og senere konsultationer.	14,5	-1,2	5,3
Operationer inkl. følgende	-0,6	-3,4	-2,2

Tabel 2a

Antal ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer	5.947	5.750	5.786	6.063
2. - og senere konsultationer.	1.278	1.445	1.420	1.474
Operationer inkl. følgende	7.058	7.323	7.042	7.097
Antal borgere	6.608	6.680	6.584	6.506

Tabel 2b

Antal ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer	-3,3	0,6	4,8
2. - og senere konsultationer.	13,1	-1,7	3,8
Operationer inkl. følgende	3,8	-3,8	0,8
Antal borgere	1,1	-1,4	-1,2

Som det fremgår af tabel 3, er der stor forskel på, hvor meget en praktiserende ortopædkirurg omsætter for. Det kan forventes, at en udvidelse af kapaciteten medfører en bruttoudgift på ca 4.000.000 kr. pr. ekstra ortopædkirurgiske praksis.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
Praksis med mindste omsætning	2.922.376
Praksis med højeste omsætning	4.844.674
Gennemsnitsomsætning	3.570.677

10.4 Kapaciteten af ortopædkirurger

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 3 fuldtidspraksis.

10.5 Geografisk placering af praktiserende ortopædkirurger i Region Midtjylland

Af de 3 praksis er 2 lokaliseret i Aarhus og 1 i Herning.

10.6 Køn- og aldersprofil praktiserende ortopædkirurger

Tabel 4

3 praksis
3 ortopædkirurger
3 mænd
2 over 60 år (begge i Aarhus)
Gennemsnitsalder 60 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres et par speciallæger i ortopædkirurger til at overtage praksis efter ortopædkirurger, der går på pension.

10.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende øjenlæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende ortopædkirurger var i januar 2013 henholdsvis 3, 7 og 14 uger. Alle praktiserende ortopædkirurger har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

10.8 Mulighed for flytning af opgaver fra hospitalerne til praksissektoren

De praktiserende ortopædkirurger tilbyder udredning og behandling inden for

- Tapning af blod eller vand i led
- Småår
- 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

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 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.

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 svanehal fingre, der låser i overstrækning, flyttes fleksorsenefæste – sene fastgøring. Ydelsen kræver særlige kvalifikationer.

Frilægning af ramus profundus nervus radialis

Ved en nerve klemt 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 hånddryg

Når fingrenes strækkesener er angrebet af en patologisk ledhinde gigtsslimsæk oprenses samtlige strækkesener fra distale underarm til hånddryg 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 (knoglesammenskruning) og corpus resektion. Ydelsen kræver røntgen samt særlige kvalifikationer.

Det vurderes, at det ud fra et fagligt synspunkt vil være hensigtsmæssigt, hvis praktiserende ortopædkirurger, der har kvalifikationerne 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.

10.9 Anbefalinger om opgaver

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

Det vil ikke 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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at regionen indgår nogle af rammeaftalerne (Beckenbaugh tenodese, Frilægning af ramus profundus nervus radialis, Operation for peronær seneskred, Tenosynovectomi på håndryg, Artroplastik for slidgigt i tommelrodled).

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomst mæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende ortopædkirurgers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

10.10 Anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af ortopædkirurgiske speciallægepraksis er passende, og at den bevares.

- Jf. praksisplanens generelle del, anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store u hensigtsmæssige personale mæssige konsekvenser for hospitalerne.

11. Plastikkirurgi

11.1 Kort beskrivelse af 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.

11.2 Plastikkirurgiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Der vil fortsat være én afdeling i regionen, som varetager såvel højtspecialiserede funktioner som hovedfunktioner inden for plastikkirurgien. Afdelingen er placeret på:

- Aarhus Universitetshospital

11.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende plastikkirurger i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende plastikkirurger faldt i både perioden 2009-2010 (4,3 %) og i perioden 2010-2011 (4,5 %). Fra 2011 til 2012 er der et meget lille fald (0,03 %).

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	6.685.395	6.397.719	6.111.029	6.108.916
1. konsultationer inkl. med operation	315.199	345.916	411.232	561.581
2. og senere konsultationer	190.413	161.619	140.845	96.283
Operationer inkl. følgende	6.002.494	5.497.113	5.177.479	5.211.931

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	-4,3	-4,5	0,0
1. konsultationer inkl. med operation	9,7	18,9	36,6
2. og senere konsultationer	-15,1	-12,9	-31,6
Operationer inkl. følgende	-8,4	-5,8	0,7

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer inkl. med operation	1.084	838	987	1.330
2. og senere konsultationer	1.445	1.211	1.054	725
Operationer inkl. følgende	6.763	6.139	5.658	5.571
Antal borgere	2.899	3.012	3.053	3.083

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer inkl. med operation	-22,7	17,8	34,8
2. og senere konsultationer	-16,2	-13,0	-31,21
Operationer inkl. følgende	-9,23	-7,8	-1,6
Antal borgere	3,90	1,4	1,0

Som det fremgår af tabel 3, omsatte den fuldtidspraktiserende plastikkirurg for godt 3,6 mio. kr. i 2012. De 3 deltidspraksis omsatte ca. for det maksimale beløb, de har tilladelse til - 911.623 kr.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter
1 Fuldtidspraksis	3.626.794
Deltidspraksis - omsætningsloft	911.623

11.4 Kapaciteten af plastikkirurger

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 1 fuldtidspraksis og 3 deltidspraksis.

15.5 Geografisk placering af praktiserende plastikkirurger i Region Midtjylland

Samtlige 4 praksis, både fuldtid og deltid, er placeret i Aarhus.

11.6 Køn- og aldersprofil praktiserende plastikkirurger

Tabel 4

1 fuldtidspraksis og 3 deltidspaksis
4 plastikkirurger
4 mænd
1 over 60 år (deltid i Aarhus)
Gennemsnitsalder 55,5 år

17.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende plastikkirurger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos den fuldtidspraktiserende plastikkirurg var i januar 2013 ca. 6 uger. De praktiserende plastikkirurger har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

11.8 Anbefalinger om opgaver

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.

Det vurderes det, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til de praktiserende plastikkirurger. Speciallægepraksis har dog tidligere tilkendegivet, at der er kapacitet til at aflaste hospitalet og være behjælpelig med afvikling af ventelister efter nærmere aftale.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende plastikkirurger aflaster hospitalerne i situationer med spidsbelastninger.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende plastikkirurgers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

11.9 Anbefalinger om kapacitet

- Jf. praksisplanens generelle del anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

Udskast

12. Lungemedicin

12.1 Kort beskrivelse af lungemedicin

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.

12.2 Lungemedicinske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Der er lungemedicinske afsnit/ambulatorium/afdeling på hovedfunktionsniveau på følgende hospitaler:

- Regionshospitalet Randers
- Hospitalsenheden Horsens
- Hospitalsenhed Midt
- Hospitalsenheden Vest
- Aarhus Universitetshospital

Højtspecialiseret udredning og behandling foregår på Lungemedicinske Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Derudover er der enkelte behandlinger på regionsfunktionsniveau på Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Holstebro.

12.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende lungemedicinere i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende lungemedicinere steg i både perioden 2009-2010 (8,8 %) og i perioden 2010-2011 (5,6 %), hvorefter der var et fald på 9,9 % fra 2011 til 2012.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	15.935.165	17.342.438	18.309.884	16.497.692
1. konsultationer	1.420.900	1.357.570	1.357.772	1.398.619
2. og senere konsultationer	2.565.922	2.806.093	2.793.747	2.560.502

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	8,8	5,6	-9,9
1. konsultationer	-4,5	0,0	3,0
2. og senere konsultaioner	9,4	-0,4	-8,3

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer	2.450	2.311	2.299	2.334
2. og senere konsultaioner	16.077	17.674	17.461	15.222
Antal borgerer	4.085	4.252	4.407	4.197

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer	-5,7	-0,5	1,5
2. og senere konsultaioner	9,9	-1,2	-12,8
Antal borgerer	4,1	3,6	-4,8

Der er stor forskel på, hvor meget de 2 fuldtidspraktiserende lungemedicinere omsætter for. De modtog i 2012 honorarer for henholdsvis 11,5 mio. kr. og 3,6 mio. kr. Lungemedicinerne har en knækgrænse på 3.742.212.

Forskellen skyldes, at den ene praksis har et stort volumen af allergivaccinationer, som i høj grad kan varetages af klinikpersonale.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter	Minus knækfradrag
Praksis med mindste omsætning	3.600.000	3.600.000
Praksis med højeste omsætning	11.500.000	8.400.000

12.4 Kapaciteten af lungemedicinere

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 2 fuldtidspraksis, hvoraf den ene er delt mellem to lungemedicinere, og 2 deltidspaksis.

12.5 Geografisk placering af praktiserende lungemedicinere i Region Midtjylland

Der er fuldtidspraksis i Aarhus og Silkeborg, mens der er deltidspaksis i Aarhus og i Horsens

12.6 Køn- og aldersprofil praktiserende lungemedicinere

Tabel 4

2 fuldtidspraksis og 2 deltidspaksis
5 lungemedicinere
3 mænd + 2 kvinder
Ingen over 60 år.
Gennemsnitsalder 56 år

Som det fremgår af tabel 6, forventes ikke rekrutteringsproblemer til lungemedicinske speciallægepraksis de kommende år.

12.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende lungemedicinere indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de fuldtidspraktiserende lungemedicinere var i januar 2013 på henholdsvis 4, 5, 8 og 26 uger. De praktiserende lungemedicinere har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

12.8 Anbefalinger om opgaver

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

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. 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.

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.

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.

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

Søvnnapnø

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende lungemedicinere udreder og behandler patienter med søvnapnø.

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 afdelinger på højt specialiseret niveau.

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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende lungemedicinere i højere grad involveres i opfølgning og kontrol af kronisk patienter, der er diagnosticerede.
- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende lungemedicinere i højere grad involveres i behandlingen af patienter med svær eller middelsvær astma.

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 hovedfunktionsniveau, medens mere specielle allergier udredes og behandles på højt specialiseret niveau.

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 honoret 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.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende lungemedicinere i højere grad foretager allergivaccinationer.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende lungemedicineres kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

12.9 Anbefalinger om kapacitet

Det kan være en mulighed at styrke praksissektoren ved hjælp af deltidsydernumre eller at opgradere deltidspraksis til fuldtids.

- Jf. praksisplanens generelle del anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.

- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

Udskast

13. Kardiologi

13.1 Kort beskrivelse af kardiologi

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 hjerteinsufficiens (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 langtidsopfølgen på mistanke om arvelige sygdomme, som påvirker hjertemusklen og/eller hjertets elektriske system og kontroller og behandling af patienter med forstyrrelser i blodfedtet og blodets styrkningsmekanismer.

13.2 Kardiologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Dette afsnit er baseret på Kardiologiudredningen, februar 2013

Hospitalerne kan med udgangspunkt i opgavefordelingen inddeles i 4 overordnede grupper:

- Aarhus Universitetshospital
- Regionshospitalet med både invasiv og ikke-invasiv kardiologi (Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Viborg)
- Regionshospitalet uden invasiv kardiologi (Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Holstebro)

- Diagnostisk Center (Regionshospitalet Silkeborg)

Alle hospitaler varetager behandlinger på hovedfunktionsniveau. Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Viborg varetager derudover behandlinger på regionsfunktionsniveau og Aarhus Universitetshospital varetager som det eneste hospital behandlinger på højt specialiseret niveau.

Organiseringen af kardiologien ved Regionshospitalet Silkeborg bygger på en anden model end de øvrige hospitaler. Hospitalet har et begrænset optag af akutte hjertepatienter, men har i stedet etableret en klinik for Samme Dags Udredning i regi af Diagnostisk Center. Konceptet i klinikken er, at patienter kan blive henvist direkte fra den praktiserende læge til en hurtig, ambulans hjerteudredning inden for få dage.

Patienter med akut opstået hjertesygdom modtages i Region Midtjylland på hospitaler med akutafdelinger, dvs. Aarhus Universitetshospital samt regionshospitalerne i Herning, Horsens, Randers og Viborg. Herudover modtages visiterede akutte hjertepatienter på Regionshospitalet Silkeborg.

Der er i Region Midtjylland etableret et telemedicinsk beredskab på hjerteområdet med henblik på at sikre, at diagnostik og behandling af akutte hjertepatienter kan indledes allerede i den præhospitale fase.

I øjeblikket pågår der drøftelser i regionen om ændret organisering af to funktioner: Udbredelse af Hjerter-CT til flere/alle regionens hospitaler samt udbredelse af PCI til Hospitalsenheden Vest.

13.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende kardiologer i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende kardiologer faldt en del i perioden 2009-2010 (8,3 %) efterfulgt af et lidt mindre fald på 2,5 % fra 2010 til 2011. Fra 2011 til 2012 steg det med 2,4 %.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	16.061.575	14.728.998	14.357.704	14.707.156
1. Konsultationer	3.670.123	3.695.503	3.740.452	3.734.767
2. og senere konsultationer	1.622.894	1.589.768	1.734.193	1.805.316

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	-8,3	-2,5	2,4
1. Konsultationer	0,7	1,2	-0,2
2. og senere konsultationer	-2,0	9,1	4,1

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
1. Konsultationer	6.326	6.292	6.333	6.236
2. og senere konsultationer	5.576	5.425	6.069	6.214
Antal borgerer	6.608	6.636	6.686	6.747

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. Konsultationer	-0,5	0,7	-1,5
2. og senere konsultationer	-2,7	11,9	2,4
Antal borgerer	0,4	0,8	0,9

Der er stor forskel på, hvor meget de 2 fuldtidspraktiserende kardiologer omsætter for. De modtog i 2012 honorarer for henholdsvis 9,1 mio. kr. og 5,8 mio. kr. Kardiologerne har en knækgrænse på 3.742.212.

Tabel 3

Honorarudbetaling 2012	Alle patienter	Minus knækfradrag
Praksis med mindste omsætning	5.800.000	5.000.000
Praksis med højeste omsætning	9.100.000	7.000.000

13.4 Kapaciteten af kardiologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 2 fuldtidspraksis.

13.5 Geografisk placering af praktiserende kardiologer i Region Midtjylland

Begge de to praktiserende kardiologer er lokaliseret i Aarhus.

13.6 Køn- og aldersprofil praktiserende kardiologer

Tabel 4

2 praksis
2 kardiologer
1 kvinde + 1 mand
Begge to over 60 år
Gennemsnitsalder 64 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres op til 2 speciallæger i kardiologi til at overtage praksis efter kardiologer, der går på pension.

13.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende lungemedicinere indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende kardiologer var i januar 2013 på henholdsvis 7 og 15 uger. De praktiserende kardiologer har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

13.8 anbefalinger om opgaver

Der 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.

Det vurderes, 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 hjerteinsufficiens behandling også indebærer en fysisk træningsdel, som er væsentlig for patienten. I speciallægepraksis kan der kun tilbydes klinisk kontrol.

Det kan være hensigtsmæssigt, hvis speciallægepraksis i endnu højere grad end tilfældet er i dag, aflaster ambulatorierne.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende kardiologers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

13.9 anbefalinger om kapacitet

Da der kun findes to praktiserende kardiologer i regionen, er det begrænset, hvor meget der er mulighed for at aflaste ambulatorierne.

- Jf. praksisplanens generelle del anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store u hensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

14. Børne- og ungdomspsykiatri

14.1 Kort beskrivelse af børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatri omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiatriske sygdomme hos børn og unge. Psykiske lidelser i børnealder og ungdomsår 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.

14.2 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.

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.

Behandlingsansvaret for patienter med spiseforstyrrelser samles 1. februar 2009 i Center for Spiseforstyrrelser i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, uanset hvilken alder patienten har

Socialpsykiatri

Siden kommunalreformen har haft myndighedsansvaret for de sociale tilbud til psykisk syge.

14.3 Demografiske forhold

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.

Tabel 1 Befolkningsudvikling børn og unge

	2012	2017	2022	2027	udvikling 2012-2017	udvikling 2012-2022	udvikling 2012-2027
0-9 år	152.170	145.782	145.422	157.247	-6.388	-6.748	5.077
10-19 år	164.805	160.417	156.786	150.355	-4.388	-8.019	-14.450

Som det ses af tabel 1, vil der i 2017 være ca. 6.388 færre børn mellem 0 og 9 år end tilfældet var i 2012 (fald på 4,2 %). I 2027 vil dette have vendt sig til en vækst på ca. 5.077 i aldersgruppen (+ 3,3 % i forhold til 2012).

I 2017 vil der være ca. 4.388 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 2,7 %). I 2027 kan det forventes, at der vil være ca. 14.450 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 8,8 %).

14.4 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 2a og 2b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 3a og 3b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere steg meget i perioden 2009-2010 (19,1 %) og igen i perioden 2010-2011 (7,3 %), hvorefter der var et fald på 3,4 % fra 2011 til 2012.

Tabel 2a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	3.960.978	4.718.008	5.064.358	4.892.833
1. konsultationer i alt	559.051	893.950	843.735	751.928
heraf 1. konsultation 1 patient	2.922	10.351	15.654	12.819
heraf 1. konsultation voksen+barn	110.231	143.739	125.004	135.645
heraf 1. konsultation familie	445.898	739.861	703.077	603.463
2. og senere konsultation i alt	2.937.935	3.576.335	4.002.172	3.952.194
heraf 2. og senere konsultation, samtalerterapi	504.345	514.070	462.178	426.240
heraf 2. og senere konsultation, legeterapi	79.107	253.994	514.274	542.821
heraf 2. og senere konsultation, forældreterapi	1.250.160	1.712.799	1.804.472	1.947.472
heraf 2. og senere konsultation, familieterapi	1.104.323	1.095.472	1.221.248	1.035.661

Tabel 2b

	Udvikling i % 2009- 2010	Udvikling i % 2010- 2011	Udvikling i % 2011- 2012
Honorarer			
Honorarer i alt	19,1	7,3	-3,4
1. konsultationer i alt	59,9	-5,6	-10,9
heraf 1. konsultation 1 patient	254,2	51,2	-18,1
heraf 1. konsultation voksen+barn	30,4	-13,0	8,5
heraf 1. konsultation familie	65,9	-5,0	-14,2
2. og senere konsultation i alt	21,7	11,9	-1,2
heraf 2. og senere konsultation, samtaletterapi	1,9	-10,1	-7,8
heraf 2. og senere konsultation, legeterapi	221,1	102,5	5,6
heraf 2. og senere konsultation, forældreterapi	37,0	5,4	7,9
heraf 2. og senere konsultation, familieterapi	-0,8	11,5	-15,2

Tabel 3a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer i alt	189	295	280	252
heraf 1. konsultation 1 patient	4	14	21	17
heraf 1. konsultation voksen+barn	63	81	70	75
heraf 1. konsultation familie	122	200	189	160
2. og senere konsultation i alt	2.372	2.817	3.020	2.955
heraf 2. og senere konsultation, samtaletterapi	690	695	621	565
heraf 2. og senere konsultation, legeterapi	45	143	288	300
heraf 2. og senere konsultation, forældreterapi	1.007	1.362	1.427	1.518
heraf 2. og senere konsultation, familieterapi	630	617	684	572
Antal borgere	599	667	727	749

Tabel 3b

	Udvikling i % 2009- 2010	Udvikling i % 2010- 2011	Udvikling i % 2011- 2012
Ydelser			
1. konsultationer i alt	56,1	-5,1	-10,0
heraf 1. konsultation 1 patient	250,0	50,0	-19,0
heraf 1. konsultation voksen+barn	28,6	-13,6	7,1
heraf 1. konsultation familie	63,9	-5,5	-15,3
2. og senere konsultation i alt	18,8	7,2	-2,2
heraf 2. og senere konsultation, samtaletterapi	0,7	-10,6	-9,0
heraf 2. og senere konsultation, legeterapi	217,8	101,4	4,2
heraf 2. og senere konsultation, forældreterapi	35,3	4,8	6,4
heraf 2. og senere konsultation, familieterapi	-2,1	10,9	-16,4
Antal borgere	11,4	9,0	3,0

Der er stor forskel på, hvor meget en praktiserende børne- og ungdomspsykiatere omsætter for. 2 praksis havde i 2012 en omsætning for ca. 2.000.000 kr., mens 1 fik udbetalt honorarer for ca. 1.000.000 kr.

14.5 Kapaciteten af børne- og ungdomspsykiatere

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 3 fuldtidspraksis.

14.6 Geografisk placering af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Af de tre fuldtidspraksis er to placeret i Aarhus og en i Horsens.

14.7 Køn- og aldersprofil praktiserende børne- og ungdomspsykiatere

Tabel 4

3 praksis
3 børne- og ungdomspsykiatere
1 mand + 2 kvinder
1 over 60 år (i Aarhus)
Gennemsnitsalder 54 år

Som det fremgår af tabel 4, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres 1 børne- og ungdomspsykiater at overtage praksis efter speciallæge, der stopper.

14.8 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende børne- og ungdomspsykiater indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere var i januar 2013 på henholdsvis 28, 72 og 160 uger. De praktiserende børne- og ungdomspsykiatere har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

14.9 anbefalinger om opgaver

Som tidligere nævnt er det, sværhedsgraden af diagnositilstanden 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.

Den børne- og ungdomspsykiatriske arbejdsgruppe vurderede, at praksissektoren bør blive en mere integreret del af opgaveløsningen inden for det børne- og ungdomspsykiatriske felt. Det var opfattelsen, at det under givne forudsætninger, vil være en mulighed for at styrke specialet til gavn for patienterne, hvis praksissektoren i højere grad udvikles og styrkes.

Det vurderes, at

- de praktiserende børne- og ungdomspsykiatere 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.
- der bør gennemføres forsøg med henvisning fra børne- og ungdomspsykiatere til praktiserende psykologer med henblik på neuropsykologiske tests.
- samarbejdet mellem Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, praktiserende speciallæger, almen læger og kommunerne bør styrkes. Dette kan eventuelt gøres gennem sundhedsaftaler med kommunerne, fælles vejledninger udarbejdet i samarbejde mellem primær og sekundær sektor og øget mulighed for supervision på tværs af sektorerne.”
- muligheden for efteruddannelse af praktiserende børne- og ungdomspsykiatere styrkes.

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 det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at arbejde videre med den tidligere arbejdsgruppes forslag.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de praktiserende børne- og ungdomspsykiateres kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

14.10 Anbefalinger om kapacitet

Det anbefales, at der sker en udvidelse af kapaciteten hos de 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, at udvidelsen hovedsageligt sker gennem tilladelse til nedsættelse i deltidspkaksis eller ansættelse som assisterende speciallæger hos børne- og ungdomspsykiatere med fuldtidspkaksis. (Overenskomstens parter har siden strammet mulighederne for ansættelse af assisterende speciallæger).

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.

- Det anbefales, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige organisering på børne- og ungdomspsykiatriområdet.

Udkast

15. Reumatologi

15.1 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 hoftelid 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

15.2 Reumatologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Omstillingsplanen har medført, at reumatologien i Region Midtjylland er samlet i to centre på henholdsvis Aarhus Universitetshospital og Regionshospitalet Silkeborg. Der er fælles visitation til hvert center med tilknyttede akuthospitaler. Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Horsens er tilknyttet Aarhus Universitetshospital i Reumatologisk Center Øst. Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenhed Midt er tilknyttet Regionshospitalet Silkeborg i Reumatologisk Center Vest.

De tre hospitaler i Reumatologisk Center Øst har etableret fælles visitationsretningslinjer, som følges af et visitationsudvalg bestående af de visiterende reumatologer. Patienter på hovedfunktionsniveau visiteres i eget optageområde til egen reumatologisk afdeling/funktion. Patienter på specialiseret niveau visiteres til Reumatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

I Reumatologisk Center Vest bliver alle nyhenviste reumatologiske patienter fra optageområdet som udgangspunkt visiteret til Regionshospitalet Silkeborg, hvor stort set alle udredninger og behandlinger på regionsfunktionsniveau varetages. Når patienterne er velbehandlet overgår de så vidt muligt til kontrolforløb på lokalsygehuset.

15.3 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.

15.4 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende reumatologer i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende neurologer steg meget i perioden 2009-2010 (20,2 %) og yderligere i 2010-2011 (5,5 %), hvorefter det faldt i 2011-2012 (9,2 %).

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	7.790.299	9.361.572	9.876.802	8.929.260
1. konsultationer	2.928.791	2.989.798	3.284.287	3.204.536
2. - og senere konsultationer	1.481.124	1.778.940	1.919.558	1.598.744

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	20,2	5,5	-9,6
1. konsultationer	2,1	9,8	-2,4
2. - og senere konsultationer	20,1	7,9	-16,7

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
1. konsultationer	4.952	4.993	5.454	5.247
2. - og senere konsultationer	6.350	7.921	8.576	6.955
Borgere i alt	5.393	5.928	6.065	6.096

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
1. konsultationer	0,8	9,2	-3,8
2. - og senere konsultationer	24,7	8,3	-18,9
Borgere i alt	9,9	2,3	0,5

Hver af de praktiserende reumatologer fik i 2012 udbetalt ca. 2.500.000 kr. i honorarer.

15.5 Kapaciteten af reumatologiske speciallægepraksis

Pr. 1. august 2013 er der 3 reumatologiske speciallægepraksis i Region Midtjylland.

15.6 Geografisk placering af praktiserende reumatologer

2 praksis er beliggende i Århus og 1 i Skanderborg.

15.7 Køn- og aldersprofil praktiserende reumatologer

Ingen af de praktiserende reumatologer er over 60 år og kønsfordelingen er 3 kvinder.

15.8 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende reumatologer indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Ventetiden til undersøgelse og behandling hos de praktiserende reumatologer var i januar 2013 på henholdsvis 6, 12 og 18 uger. De reumatologer har dagligt afsat tider til at modtage akutte patienter.

15.9 anbefalinger om opgaver

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 speciallægeklinikken 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.

Det vurderes på den baggrund at der kunne være 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.

Det anbefales, at samarbejdet mellem speciallægepraksis og hospitalsafdelinger styrkes i forhold til diagnostik, behandling, forskning og uddannelse.

Vejledende retningslinjer 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.

Biologisk behandling gives sædvanligvis på afdelinger på højt specialiseret niveau. I henhold til sundhedsstyrelsens retningslinjer kan visse biologiske vedligeholdelsesbehandlinger i udvalgte reumatologiske speciallægepraksis, hvis behandlingen er igangsat på hospitalet. Disse speciallægepraksis skal godkendes af sundhedsstyrelsen.

Regionen har foretaget en kapacitetsvurdering på området, og i den forbindelse vurderet at behandlingen kan håndteres i hospitalsregi.

Et særsomt problem ved at behandlingen foregår i speciallægepraksis er, at hvis patienten behandles i praksissektoren skal medicinen – jf. lovgivningen – rekvireres på de private apoteker. Dette medfører en merudgift for regionen, idet hospitalsapotekerne får væsentlige rabatter fra medicinalindustrien på grund af indkøbsaftaler. Der er stor forskel på, hvor meget denne merudgift er, men der kan være tale om væsentlige beløb på dyr medicin.

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 speciallægepraksis og på hospitalsafdeling. Der er etableret ét tværfagligt center i regionen for degenerative rygsygdomme – Regionsrygcenter Midt, Regionshospitalet Silkeborg - som har ansvaret for alle rygpatienter i regionen fraset akutte fra Aarhus Kommune og de højtspecialiserede rygoperationer. 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.

- Det anbefales, at ovenstående retningslinjer vedrørende reumatologiske patienter ligger til grund for arbejdsdelingen mellem alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hospitalerne.
- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende reumatologer foretager behandling med anti-inflammatorisk medicin, herunder anti-TNF til ukomplicerede patienter.

- Det anbefales, at det undersøges nærmere om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende reumatologer foretager diagnostisk afklaring af patienter med funktionsbegrænsning eksempelvis akutte og subakutte rygproblemer samt overbelastningsskader, herunder idrætsskader.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at de reumatologers kapacitet i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

15.10 Anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af reumatologiske speciallægepraksis er passende, og at den bevares.

- Jf. praksisplanens generelle del anbefales det, at en eventuel kapacitetsudvidelse vurderes i sammenhæng med en generel overvejelse om den fremtidige ambulante organisering på hospitalsområdet.
- Det skal sikres, at en eventuel oprustning af praksissektoren kan ske uden store uhensigtsmæssige personalemæssige konsekvenser for hospitalerne.

15.11 Øvrige anbefalinger

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

Herunder at,

- adgang til diagnostiske og terapeutiske procedurer så vidt muligt er ens for speciallægepraksis og sygehusafdeling
- der etableres kvalitets- og forskningssamarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusafdeling, eksempelvis etablering af universitært samarbejde i form af lektorater
- der forsøgsvis etableres formelt samarbejde om uddannelsen af kommende speciallæger indenfor specialet og om den kontinuerlige uddannelse af regionens reumatologiske speciallæger.

16. Diagnostisk radiologi

16.1 Kort beskrivelse af 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.

16.2 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 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 overførelse af billeder til de fælles akutmodtagelser.

16.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos den praktiserende speciallæge inden for billeddiagnostik fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende diagnosticerende radiologer steg med 4,2 % i perioden 2009-2010, hvorefter der skete et fald på 4,5 % fra 2010 til 2011. Fra 2011 til 2012 var der en stigning på 4,4 %.

Tabel 1a

honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	11.601.623	12.085.466	11.543.600	12.050.541
Røntgen inkl. følgende	8.263.674	8.858.467	8.324.534	8.298.227
Ultralyd inkl. følgende	932.156	1.034.802	986.211	1.210.009
Mammografi inkl. udvidet	2.405.793	2.192.197	2.232.854	2.542.305

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	4,2	-4,5	4,4
Røntgen inkl. følgende	7,2	-6,0	-0,3
Ultralyd inkl. følgende	11,0	-4,7	22,7
Mammografi inkl. udvidet	-8,9	1,9	13,9

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
Røntgen inkl. følgende	26.673	29.169	27.675	27.370
Ultralyd inkl. følgende	1.420	1.606	1.533	1.833
Mammografi inkl. udvidet	1.794	1.607	1.625	1.819
Antal borgere	14.875	14.629	13.652	13.450

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Røntgen inkl. følgende	9,4	-5,1	-1,1
Ultralyd inkl. følgende	13,1	-4,5	19,6
Mammografi inkl. udvidet	-10,4	1,1	11,9
Antal borgere	-1,7	-6,7	-1,5

16.4 Kapaciteten af diagnosticerende radiologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland 1 fuldtidspraksis.

16.5 Geografisk placering af praktiserende diagnosticerende radiologer i Region Midtjylland

Fuldtidspraksissen er placeret i Aarhus.

16.6 Køn- og aldersprofil praktiserende diagnosticerende radiologer

Tabel 3

1 praksis

1 diagnosticerende radiolog

1 mænd

Over 60 år

Som det fremgår af tabel 3, må det påregnes, at der i de først kommende år skal rekrutteres 1 speciallæger i diagnostisk radiologi til at overtage praksis efter speciallæge, der går på pension.

16.7 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende speciallæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Den praktiserende speciallæge i diagnostisk radiologi har ikke indberettet.

16.8 anbefalinger om opgaver

Det vurderes, at det ikke vil være hensigtsmæssigt at flytte opgaver i større omfang fra hospitalerne til den praktiserende radiolog.

Generel anbefaling

- Råderumsaftaler – og øvrige overenskomstmæssige muligheder - skal indtænkes i planlægningen af den ambulante aktivitet i regionen, således at kapaciteten i praksis i højere grad integreres i den samlede kapacitetsplanlægning.

16.9 anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af radiologisk billediagnostiske speciallægepraksis er passende, og det anbefales at den bevares.

Udskæst

17. Patologi

17.1 Kort beskrivelse af patologi

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.

17.2 Patologiske hospitalsfunktioner i Region Midtjylland

Dette afsnit er baseret på Hospitalsplanen for Region Midtjylland.

Der er fire patologiske afdelinger i regionen på:

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

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. frysesnit 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 bemandsituationen 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.

17.3 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos den deltidspraktiserende patolog fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til den praktiserende patolog steg i perioden 2009-2010 (6,6 %). Til gengæld faldt det en smule fra 2010 til 2011 (2,9 %) og endnu mere i perioden 2011-2012 (13,3 %).

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Undersøgelser i alt	1.266.393	1.350.117	1.310.692	1.135.932
Vaginalcytologisk undersøgelser	9.611	1.282	258	
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser	1.182.777	1.266.995	1.215.533	1.067.291
Immunhistokemisk præparatfarvning	7.053	7.093	8.029	
Konusundersøgelse	8.572	7.395	1.238	
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser med 4 eller flere biopsier	58.380	67.352	85.634	68.641

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Undersøgelser i alt	6,6	-2,9	-13,3
Vaginalcytologisk undersøgelser	-86,7	-79,9	-100,0
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser	7,1	-4,1	-12,2
Immunhistokemisk præparatfarvning	0,6	13,2	-100,0
Konusundersøgelse	-13,7	-83,3	-100,0
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser med 4 eller flere biopsier	15,4	27,1	-19,8

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
Undersøgelser i alt	3.631	3.785	3.632	3.124
Vaginalcytologisk undersøgelser	76	10	2	
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser	3.451	3.659	3.491	3.022
Immunhistokemisk præparatfarvning	8	8	9	
Konusundersøgelse	7	6	1	
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser med 4 eller flere biopsier	89	102	129	102

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Undersøgelser i alt	4,2	-4,0	-14,0
Vaginalcytologisk undersøgelser	-86,8	-80,0	-100,0
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser	6,0	-4,6	-13,4
Immunhistokemisk præparatfarvning	0,0	12,5	-100,0
Konusundersøgelse	-14,3	-83,3	-100,0
Vævsmikroskopi og andre cytologiske undersøgelser med 4 eller flere biopsier	14,6	26,5	-20,9

Tabel 3

Borgere i alt 2012	2.866
heraf Region Midtjylland	1.945
heraf øvrige regioner	921

17.4 Kapaciteten af patologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland 1 deltidspraksis, som er placeret i Aarhus.

Praksissen dækkes af vikarer, da den tidligere ejer døde i foråret 2013.

17.5 Ventetid

I henhold til overenskomsten skal de praktiserende speciallæger indberette ventetiden for ikke-akutte patienter på Sundhed.dk.

Den praktiserende speciallæge i patologi har ikke indberettet.

17.6 anbefalinger

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 således at hospitalspatologien overtager aktiviteten fra praksis vedrørende prøver fra patienter i Region Midtjylland.

28. Anæstesiologi

18.1 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 Midt
- Hospitalsenheden Horsens
- Hospitalsenheden Vest
- Aarhus Universitetshospital

I Region Midtjylland er der afdelinger på højt specialiseret niveau på Aarhus Universitetshospital.

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.

18.2 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.

Befolkningsudvikling børn og unge

	2012	2017	2022	2027	udvikling 2012-2017	udvikling 2012-2022	udvikling 2012-2027
0-9 år	152.170	145.782	145.422	157.247	-6.388	-6.748	5.077
10-19 år	164.805	160.417	156.786	150.355	-4.388	-8.019	-14.450

I 2017 vil der være ca. 6.388 færre børn mellem 0 og 9 år end tilfældet var i 2012 (fald på 4,2 %). I 2027 vil dette have vendt sig til en vækst på ca. 5.077 i aldersgruppen (+ 3,3 % i forhold til 2012).

I 2017 vil der være ca. 4.388 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 2,7 %). I 2027 kan det forventes, at der vil være ca. 14.450 færre børn og unge mellem 10 og 19 år end tilfældet var i 2012 (fald på 8,8 %).

18.3 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. Sundhedsstyrelsen er ved at revidere den anæstesiologiske specialeplan, og det forventes, at det anbefalede antal børneanæstesier sættes væsentligt ned.

Region Midtjylland vurderer, at det vil give bedre mulighed for at sikre, at alle praktiserende anæstesiologer får mulighed for at leve op til sundhedsstyrelsens anbefalinger på 300 anæstesier på børn om året, hvis det anæstesiologiske kapacitetsbehov dækkes af fuldtidspraktiserende speciallæger. Det anbefales derfor, at det arbejdes hen imod at kapacitetsbehovet - udover hvad de 2 fuldtidspraktiserende anæstesiologer kan dække - på sigt løses med flere fuldtidspraktiserende anæstesiologer.

Indtil dette er realistisk, anbefales det, at kapacitetsbehovet - udover de 2 fuldtidspraktiserende anæstesiologer - dækkes gennem overlægedernumre.

Den væsentligste forskel på deltids- og overlægedernumre er, at deltidsydernumrene kan handles videre til en anden interesseret anæstesiologisk speciallæge, mens overlægedernumrene 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 overlægedernumre 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 deltidsoverlægeydernumre 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 deltidsoverlægeydernumre. 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.

18.4 Økonomi og aktivitet

Af nedenstående tabel 1a og 1b ses udviklingen i omsætning hos de praktiserende anæstesiologer i Region Midtjylland fra 2009 til 2012. Beløbene i tabellen er i løbende priser.

Tabel 2a og 2b viser tilsvarende udviklingen i antallet af udvalgte ydelser i samme periode.

Det ses, at honoraret til de praktiserende anæstesiologer er steget i hele perioden 2009-2012: Fra 2009-2010 med 11,2 %, fra 2010 til 2011 10,1 %, og fra 2011 til 2012 med 2,3 %.

Tabel 1a

Honorarer	2009	2010	2011	2012
Honorarer i alt	13.004.446	14.458.572	15.914.861	16.278.552
Anæstesi mindre end 15 min.	5.788.694	6.616.453	6.802.213	6.958.073
Anæstesi 15-30 min.	3.278.187	3.750.893	3.942.534	4.146.363
Anæstesi 30-60 min.	1.027.755	862.664	907.656	775.858
Anæstesi 61-120 min.	451.460	554.572	481.750	406.805
Anæstesi mere end 120 min.	33.126	59.805	26.716	27.150
Særaftale bistand operation inkl. følgende	1.688.797	2.191.919	3.341.947	3.589.337

Tabel 1b

Honorarer	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Honorarer i alt	11,2	10,1	2,3

Anæstesi mindre end 15 min.	14,3	2,8	2,3
Anæstesi 15-30 min.	14,4	5,1	5,2
Anæstesi 30-60 min.	-16,1	5,2	-14,5
Anæstesi 61-120 min.	22,8	-13,1	-15,6
Anæstesi mere end 120 min.	80,5	-55,3	1,6
Særaftale bistand operation inkl. følgende	29,8	52,5	7,4

Tabel 2a

Ydelser	2009	2010	2011	2012
Anæstesi mindre end 15 min.	7.929	8.951	9.152	9.234
Anæstesi 15-30 min.	2.438	2.754	2.879	2.986
Anæstesi 30-60 min.	469	389	407	343
Anæstesi 61-120 min.	103	125	108	90
Anæstesi mere end 120 min.	5	9	4	4
Særaftale bistand operation inkl. følgende	2.574	3.272	5.164	5.722
Antal borgere i alt	10.958	11.769	12.261	12.546
Antal borgere særaftale	585	703	1.036	1.091

Tabel 2b

Ydelser	Udvikling i % 2009-2010	Udvikling i % 2010-2011	Udvikling i % 2011-2012
Anæstesi mindre end 15 min.	12,9	2,2	0,9
Anæstesi 15-30 min.	13,0	4,5	3,7
Anæstesi 30-60 min.	-17,1	4,6	-15,7
Anæstesi 61-120 min.	21,4	-13,6	-16,7
Anæstesi mere end 120 min.	80,0	-55,6	0,0
Særaftale bistand operation inkl. følgende	27,1	57,8	10,8
Antal borgere	7,4	4,2	2,3
Antal borgere særaftale	20,2	47,4	5,3

18.5. Kapaciteten af anæstesiologer

Pr. 1. august 2013 er der over hele Region Midtjylland fordelt 2 fuldtidspraksis, 6 deltidspraksis og 11 overlægepraksis.

18.6 Geografisk placering af praktiserende anæstesiologer i Region Midtjylland

Alle fuldtids- og deltidspraksis er placeret i Aarhus, undtagen en enkelt deltidspraksis i Hadsten.

18.7 Køn- og aldersprofil praktiserende anæstesiologer

Tabel 3

2 fuldtidspraksis, 6 deltidspraksis

og 11 overlægepraksis

19 anæstesiologer

16 mænd + 3 kvinder

13 over 60 år

Gennemsnitsalder 61,2 år

18.8 Anbefalinger om kapacitet

Det vurderes, at den nuværende kapacitet af anæstesiologiske speciallægepraksis er passende.

- Det anbefales, at det arbejdes hen imod at kapacitetsbehovet - udover hvad de 2 fuldtidspraktiserende anæstesiologer kan dække - på sigt løses med flere fuldtidspraktiserende anæstesiologer, da dette vil give bedre mulighed for at sikre, at alle praktiserende anæstesiologer får mulighed for at leve op til sundhedsstyrelsens anbefalinger på 300 anæstesier på børn om året.
- Det anbefales, at det "specielle" deltidsydernummer fra tidligere Århus Amt nedlægges, når den nuværende indehaver stopper.

18.9 Øvrige anbefalinger

- 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.

Udskast