

Praksisplan for speciallægeområdet – Øvrige speciallæger

Vedtaget af regionsrådet den xx.xx.20xx.

UDKAST

| | |
|--|----|
| 1. INDLEDNING | 3 |
| 1.1 LÆSEVEJLEDNING | 3 |
| 1.2 PLANENS OPBYGNING | 5 |
| 2. RESUMÉ | 5 |
| 3. BAGGRUND FOR PLANENS UDARBEJDELSE | 5 |
| 3.1 VISIONER FOR FREMTIDENS SPECIALLÆGEPRAKSIS. | 6 |
| 3.2 HØRING AF PRAKSISPLANER FOR SPECIALLÆGEPRAKSIS..... | 7 |
| 4. TILRETTELÆGGELSE AF KAPACITETEN I SPECIALLÆGEPRAKSIS | 7 |
| 5. SAMARBEJDSFORA | 9 |
| 6. NUVÆRENDE KAPACITET OG AKTIVITET I SPECIALLÆGEPRAKSIS | 9 |
| 6.1 REGION SYDDANMARKS SAMLEDE UDGIFTER TIL PRIMÆRSEKTOREN I 2011..... | 9 |
| 7. SPECIALESPECIFIKKE BESKRIVELSER | 11 |
| 7.1 ANÆSTESIOLOGI..... | 11 |
| 7.2 BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI..... | 14 |
| 7.3 DIAGNOSTISK RADIOLOGI..... | 17 |
| 7.4 GYNÆKOLOGI OG OBSTETRIK | 18 |
| 7.5 INTERN MEDICIN | 24 |
| 7.5.1 INTERN MEDICIN – COMMON TRUNK..... | 24 |
| 7.5.2 INTERN MEDICIN - KARDIOLOGI | 25 |
| 7.5.3 INTERN MEDICIN – LUNGEMEDICIN/ALLERGOLOGI..... | 26 |
| 7.5.4 INTERN MEDICIN - REUMATOLOGI | 30 |
| 7.6 KIRURGI | 35 |
| 7.7 NEUROLOGI..... | 41 |
| 7.8 ORTOPÆDISK KIRURGI | 46 |
| 7.9 PATOLOGI..... | 52 |
| 7.10 PLASTIKKIRURGI..... | 54 |
| 7.11 PÆDIATRI..... | 59 |
| 8. SAMLEDE ANBEFALINGER | 62 |

1. Indledning.

Praksisplanen på speciallægeområdet har til formål at indgå som en del af grundlaget for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Planen er et led i styringen af kapaciteten i speciallægepraksis, og skal medvirke til at fremme samarbejdet og koordineringen med det øvrige sundhedsvæsen ligesom den skal medvirke til at sikre den faglige kvalitet i praksis samt en god service til regionens borgere.

Planen omhandler tilrettelæggelse og udvikling af tilbuddet til borgerne om behandling hos de praktiserende speciallæger.

I efteråret 2011 blev der igangsat et arbejde med at udarbejde en praksisplan/statusplan for specialerne Anæstesiologi, Børne- og Ungdomspsykiatri, Diagnostisk Radiologi, Gynækologi og Obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi, Plastikkirurgi, Neurologi, Reumatologi, Pædiatri og Patologi i henhold til kommissorium godkendt af Samarbejdsudvalget for Speciallæger.

Planen er udarbejdet af administration i samarbejde med relevante faglige repræsentanter for samarbejdsudvalget/de enkelte specialer.

1.1 Læsevejledning

Praksisplanen består af i alt 15 delplaner, som dels beskriver formålet med planen, den nuværende kapacitet og den forventede/ønskede fremtidige kapacitet i speciallægepraksis indenfor det enkelte speciale med det formål at tilvejebringe et grundlag til at vurdere opgavefordelingen samt kapaciteten af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

I rapporten anvendes nogle udtryk, som kan kræve en nærmere forklaring. Disse udtryk forklares nedenfor:

| | |
|-----------------------|---|
| Ydernummer: | Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige. |
| Kapacitet: | Udtryk for det antal læger, der har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. Flermandspraksis vil typisk have et ydernummer og en kapacitet svarende til antallet af læger i praksis. |
| Fuldtidspraksis: | En praksis, der drives på fuldtid og hvor man ikke kan have fuldtidsansættelse i andet regi, og hvor det forudsættes, at praksis har en årlig omsætning, der overstiger en for specialet fastsat nedre omsætningsgrænse. |
| Overlægepraksis: | En praksis på maksimalt 3 timer om ugen, som drives af en overlæge på et sygehus, og hvor omsætningen i praksis ikke kan overstige et fastsat omsætningsloft. (En overlægepraksis vægter med 1/10 ved beregning af fuldtidsenheder) |
| Deltidspraksis: | En praksis på deltid, hvor omsætningen i praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft. (En deltidpraksis vægter med 1/3 ved beregning af fuldtidsenheder) |
| Delepraksis: | En praksis, hvor 2 eller flere speciallæger efter tilladelse sammen driver en fuldtidspraksis, men hvor det forudsættes at mindst en af speciallægerne ikke har fuldtidsansættelse andet sted. |
| Kompagniskabspraksis: | En praksis, der drives af 2 eller flere speciallæger og/eller anpartsselskaber, der har fælles økonomi, lokaler og personale. Speciallæger i kompagniskab kan kun praktisere under et og samme ydernummer. |
| Samarbejdspraksis: | Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller anpartsselskaber med hver deres |

patientkreds, men med fællesskab om lokaler og helt eller delvist om personale. Speciallæger, der driver samarbejdspraksis, praktiserer under hver sit ydernummer.

- Assisterende speciallæge: Efter ansøgning til Det Regionale Samarbejdsudvalg kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte 1 praktiserende speciallæge. Det er et krav, at 50 % af ydelserne i praksis udføres af den ansættende speciallæge.
- § 64-aftale: Aftale mellem regionen og en eller flere praktiserende speciallæger om forhold, der supplerer eller erstatter bestemmelser i speciallægeoverenskomsten. Aftalen indgås med hjemmel i overenskomstens § 64.
- Rammeaftale: En overenskomstfastsat ydelse, der kan leveres efter, at regionsrådet har truffet konkret beslutning herom.
- § 66-aftale: Aftale mellem regionen og en eller en gruppe af praktiserende speciallæger om at friholde 20 procent af kapaciteten i speciallægepraksis til udførelse af bestemte opgaver.
- Limitering: Det antal behandlinger hos den praktiserende speciallæge, som henvisningen fra patientens praktiserende læge giver ret til.
- Omsætningsloft for deltidspraktiserende speciallæger.
- Knækgrænser: Efter speciallægeoverenskomsten reduceres speciallægernes honorarer med en vis procentdel, når den samlede omsætning når en for specialet fastlagt grænse. Dette princip kaldes "knækmodellen" og de fastsatte grænser er knækgrænserne.

1.2 Planens opbygning

Praksisplanen består af en generel del som dels beskriver baggrunden for planen, visioner for fremtidens speciallægepraksis, overordnede målsætninger for den fremtidige tilrettelæggelse af speciallægepraksis samt en beskrivelse af regionens nuværende kapacitet og aktivitet.

Planen består endvidere af et afsnit omhandlende hvert speciale. Afsnittene beskriver dels den eksisterende kapacitet i speciallægepraksis i dag, herunder praksis' geografiske placering, bestemmelser omkring mindsteomsætning og knækgrænser samt udvikling i ydelser og udgifter mv., dels vurderes den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis samt den samlede ambulante speciallægebetjening og arbejdsdeling.

Endvidere beskrives udbuddet af speciallæger, herunder aldersprofil og udfordringer med hensyn til rekruttering og fastholdelse.

Endvidere fastlægges principper for kapacitetsstyring herunder nynedsættelser, flytning samt nedlæggelse af praksis inden for de enkelte specialer.

Derefter følger overvejelser og anbefalinger vedrørende samarbejde og sammenhæng i Sundhedsvæsenet.

Hvert afsnit afsluttes med en vurdering af specialet samt anbefalinger for speciallægepraksis indenfor det pågældende speciale.

Speciallægepraksis er en heterogen størrelse, hvor der er stor forskel på tværs af specialerne i forhold til praksis rolle og betydning. I Region Syddanmark kan speciallægepraksis inddeles i 3 grupper:

- De store specialer (øjen-, øre-næse-hals-, dermatologi-specialet), hvor hele behandlingsforløbet eller en relativ stor del af behandlingsforløbet foregår i praksis. Her er planlægningen koordineret med sygehusplanlægningen. Inden for området er der udarbejdet "selvstændige" praksisplaner for det enkelte speciale.
- De mellemstore specialer der er et godt og nødvendigt supplement til sygehusfunktionen (psykiatri-gynækologi og obstetrik-, reumatologi, neurologi og anæstesiologi (anæstesi i ørelægepraksis)-specialet.
- De øvrige specialer (anæstesiologi (smertebehandling), børne- og ungdomspsykiatri, diagnostisk radiologi, intern medicin, kirurgi, ortopædisk kirurgi, plastikkirurgi, pædiatri og patologi), er der tale om specialer der kan være et supplement til sygehusfunktionen, men specialerne er som udgangspunkt dækket af sygehusfunktionen.

Delplanerne for de mellemstore specialer og de øvrige specialer fastlægger de overordnede principper for kapaciteten i speciallægepraksis og fungerer som retningslinjer for administrationen af praksisforholdene i planperioden.

2. Resumé

3. Baggrund for planens udarbejdelse

Praksisplanlægningen for speciallægeområdet er reguleret i Overenskomsten om Speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn af 1. april 2008. Overenskomstens § 13 foreskriver, at regionen med udgangspunkt i de enkelte specialer foretager en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening.

Planerne skal danne grundlag for beslutning om overenskomstmæssige praksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt. Overenskomsten foreskriver, at der skal udarbejdes en praksisplan i hver valgperiode. Planperioden omfatter således 4 år.

Planbestemmelserne indebærer, at regionen har planlægningskompetencen og skal godkende planen og herunder fastsætte den økonomiske ramme for gennemførelsen af planen. Samarbejdsudvalget behandler udkast til praksisplanen med henblik på bemærkninger, som vedlægges ved forelæggelse for regionsrådet.

Formålet med planlægningen af det øvrige speciallægeområde (Anæstesiologi, Børne- og Ungdomspsykiatri, Diagnostisk Radiologi, Gynækologi og Obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi, Plastikkirurgi, Neurologi, Reumatologi, Pædiatri og Patologi) er at udarbejde en statusplan der kan danne grundlag for fremtidige beslutninger omkring kapaciteten i praksis. Den egentlige specialeplan på de enkelte områder vil følges med sygehusplanlægningen og opståede planlægningsbehov.

Målet med planlægningen er endvidere at sikre patientforløb, hvor der leveres ydelser med en høj faglig kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse samt sikre og styrke den faglige udvikling i speciallægepraksis.

Planen skal respektere den af regionsrådet truffe beslutning om sygehusstrukturen på området.

3.1 Visioner for fremtidens speciallægepraksis.

Speciallægepraksis omfatter i Region Syddanmark 15 forskellige specialer. Speciallægepraksis fungerer i dag som selvstændigt erhvervsdrivende, der på vegne af regionen og i henhold til speciallægeoverenskomsterne leverer sundhedsydelser til borgerne.

Speciallægepraksis er en heterogen størrelse, hvor der er stor variation på tværs af specialerne i forhold til speciallægepraksis rolle og betydning i sundhedsvæsenet.

For nogle specialer udgør speciallægepraksis fundamentet i varetagelsen af opgaver inden for specialet, mens speciallægepraksis for andre specialer er et muligt supplement til sygehusets funktioner.

Endvidere har strukturreformen og en ny sygehusstruktur med øget specialisering og samling af funktioner på større enheder og med større afstande, understøttet af Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, medført behov for nye rammer for planlægning af speciallægepraksis.

I Region Syddanmark ønskes et sammenhængende og patientorienteret sundhedsvæsen, hvor der tænkes i helheder for den enkelte patient og hvor der er kvalitet og sammenhæng i de sundhedsydelser, der leveres henholdsvis i praksis og på sygehusene. Planen skal således understøtte dette.

Visionerne for speciallægepraksis er at se speciallægepraksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i regionen, hvor patienterne sikres et sammenhængende og meningsfuldt patientforløb.

Organiseringen af speciallægepraksis som selvstændig erhvervsdrivende giver en særlig udfordring med hensyn til sikring af integration og koordination. Dette fordrer, at der kan indgås forpligtende patientforløbsaftaler mellem regionen og speciallægernes repræsentanter, hvor der opstilles mulige krav til opgavevaretagelsen i de enkelte praksis.

Der ønskes en speciallægepraksissektor, der er organiseret og tilrettelagt, i overensstemmelse med fremtidens opgaver – Målsætningen for speciallægepraksis er derfor:

- At praktiserende speciallæger har et højt fagligt niveau, hvor der også fremadrettet er fokus på efteruddannelse og faglig udvikling.
- At speciallægepraksis drives som en moderne praksis, hvor apparatur og behandlingsmetoder er tidssvarende.
- At de praktiserede speciallæger kan dokumentere ydelser af høj kvalitet
- At der kan stilles de samme kvalitetskrav til speciallægepraksis som til sygehusenes afdelinger.
- At speciallægepraksis er med til at sikre optimale og sammenhængende patientforløb, hvor der er kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der leveres i speciallægepraksis og på sygehusene
- At speciallægepraksis er fleksible i forhold til de stadigt skiftende behov efter sundhedsydelser, sådan at der leveres ydelser, der matcher patienternes efterspørgsel og regionens forsynings-behov.

- At speciallægepraksis leverer service i form af korte ventetider og er tilgængelig for regionens borgere såvel fysisk som telefonisk.
- At speciallægepraksis placeres i de større byer med henblik på at sikre et nødvendige patientunderlag.
- At speciallægepraksis leverer service i form af altid ajourførte praksisdeklarationer

3.2 Høring af praksisplaner for speciallægepraksis.

Praksisplanen har været sendt i høring hos nedenstående parter:

- Sundhedsstyrelsen
- Danske Regioner
- Foreningen af Speciallæger
- Praksisudvalget for almen praksis i Region Syddanmark
- Sygehusene i regionen
- Specialrådet i oftalmologi
- Kommunerne i Region Syddanmark
- Danske patienter (paraplyorganisation for flere patientforeninger)

Høringen resulterede i xx høringssvar fra xx

4. Tilrettelæggelse af kapaciteten i speciallægepraksis

Overenskomstens planlægningsbestemmelser betyder, at regionen har frihed til at fastlægge kapaciteten og serviceniveauet i regionen, når det sker i henhold til overenskomstens hovedmålsætning om at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger.

Speciallægepraksis kan udover fuldtidspraksis tilrettelægges som deltidspraksis, overlægepraksis og delepraksis ligesom der kan ske ansættelse af assisterende speciallæger. Indgåelse af delepraksis og ansættelse af assisterende speciallæge kan dog ske efter tilladelse fra Det Regionale Samarbejdsudvalg.

Overenskomstens bestemmelser omkring knækgrænser og nedre omsætningsgrænser er ligeledes med til at fastlægge kapaciteten i praksis. De praktiserende speciallæger skal opretholde et vist omsætningsniveau (nedre omsætning) ligesom der er en aktivitetsindikator i form af en knækgrænse, som bevirker, at honorarerne reduceres med 40%, når omsætningen i praksis ekskl. § 64 og § 65 aftaler, når en vis grænse. De nævnte omsætningsgrænser er specialespecifikke.

Rationalet bag knækgrænsen er, at når den praktiserende speciallæge når den for specialet fastsatte knækgrænse, er de faste udgifter dækket. Marginalomkostningerne er derfor faldende, hvilket afspejles i den reducerede honorering.

Overenskomstens hovedmålsætning ligger til grund for samtlige specialer i denne speciallægepraksisplan, da der er en række fordele ved tilrettelæggelsen af speciallægepraksis som fuldtidspraksis herunder:

- Samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen bliver mere smidigt grundet speciallægens tilgængelighed
- Fuldtidspraksis tilbud til patienterne bliver mere smidigt grundet speciallægens tilgængelighed og udbud af ydelser.
- En fuldtidspraksis giver bedre økonomisk grundlag for investering i apparatur og ansættelse af praksispersonale.

Det er derfor hensigten i denne planperiode,

- at der i det omfang det er muligt sker en konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis ligesom de tilbageværende overlægepraksis lukkes ved naturlig afgang.
- At knækgrænserne i speciallægepraksis fastholdes og administreres i henhold til overenskomstens bestemmelser.

Praksisplanen skal ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygevesenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis.

Et vigtigt formål med planen er, at sikre størst mulighed lighed i borgernes adgang til speciallægehjælp. Det betyder, at regionens sygehusplanlægning vil blive styrende for den fremtidige tilrettelæggelse af speciallægepraksis placering, hvilket betyder at nynedsættelser samt anmodning om flytning af praksis skal ske i henhold til formålet om lighed for borgerne og således vurderes ud for den geografiske placering af sygehusafdelinger.

Tabel 4.1 viser Region Syddanmarks inddeling i Sygehusoptageområder/planlægningsområder.

Tabel 4.1.

| Sygehusoptageområder | Sygehus Fyn (447.000) | Sygehus Lillebælt (285.000) | Sydvestjysk Sygehus (237.000) | Sygehus Sønderjylland (231.000) |
|--------------------------------|---|--|--|---|
| Planlægningsområder (kommuner) | Assens Faaborg-Midtfyn Kerteminde Nordfyn Nyborg Odense Svendborg Langeland Ærø | Middelfart Fredericia Kolding Vejle | Billund Esbjerg Fanø Varde Vejen | Haderslev Sønderborg Tønder Aabenraa |

Udover de i overenskomsten aftalte ydelser kan der med hjemmel i overenskomsten indgås lokale aftaler (§ 64-, 65 og 66 aftaler), der fraviger eller supplerer den eksisterende overenskomst. Fortegnelse over aftaler indgået mellem regionen og speciallægepraksis fremgår af **bilag xx**.

Der er således mulighed for, at indgå aftaler med om f.eks. udlægning af sygehusopgaver til speciallægepraksis, som kan foretages ambulant, og som regionen finder, der er behov for. Det kan også være i situationer, hvor man som en forsøgsordning lokalt gerne vil afprøve behandlingsteknikker, som er relevante for speciallægepraksis, men som endnu ikke er optaget i speciallægernes ydelsessortiment.

En forsøgsordning bør dog have et landsdækkende perspektiv, således at forsøgsordningens beskrivelse og evaluering eventuelt kan indgå i et generelt moderniseringsarbejde for specialet eller i en lynmodernisering.

I Region Syddanmark er der udarbejdet særlige principper for indgåelse af § 64-aftaler, der nærmere beskriver proceduren for behandling og indgåelse af § 64-aftaler. Proceduren fremgår af **bilag XX**.

Med § 66 aftaler har regionen mulighed for, at se kapaciteten i speciallægepraksis som en del af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet og dermed inddrage speciallægepraksis mere i den samlede sundhedsplanlægning.

Det betyder, at der friholdes 20% af kapaciteten i speciallægepraksis, hvor speciallægen eller en gruppe af speciallæger og regionen er gensidigt forpligtiget til at indgå aftale om, hvilke opgaver der skal udføres.

Det vil i planperioden blive indgået aftaler inden for udvalgte specialer.

5. Samarbejdsfora

Almen praksis

Almen praksis varetager opgaven som visitator for speciallægepraksis (undtaget herfor er øjen- og øre-næse-halsområdet). Det betyder at der skal foreligge en henvisning fra patientens alment praktiserende læge før der kan ske opstart af behandling/udredning i speciallægepraksis.

Når patienten er færdigundersøgt, respektivt færdigbehandlet, meddeles dette skriftligt med patientens samtykke til egen læge med angivelse af resultatet af undersøgelsen og/eller behandlingen. Går patienten til kontrol i et længerevarende forløb, giver speciallægen med patientens samtykke tilbagemelding til egen læge om resultaterne.

Specialeråd.

I Region Syddanmark har der siden 2007 været nedsat lægefaglige specialeråd. Formålet hermed har været at sikre faglig rådgivning til det politiske system og ledelsessystemet. Specialerådene består af speciallæger fra respektive specialers sygehusafdelinger og repræsentanter for speciallægepraksis inden for de "praksistunge" specialer (øjne, øre-næse-hals, derma-, gynækologi- og reumatologispecialerne).

Specialerådene har formaliserede faglige møder med vidensdeling mellem de to sektorer. For de øvrige specialer fungerer samarbejde i begrænset omfang.

Det er væsentligt, at speciallægepraksis deltager i specialerådene med henblik på koordination af samarbejde, vidensdeling og information i forhold til det øvrige sundhedsvæsen.

Det anbefales derfor, at der indgår repræsentanter for speciallægepraksis i samtlige specialeråd.

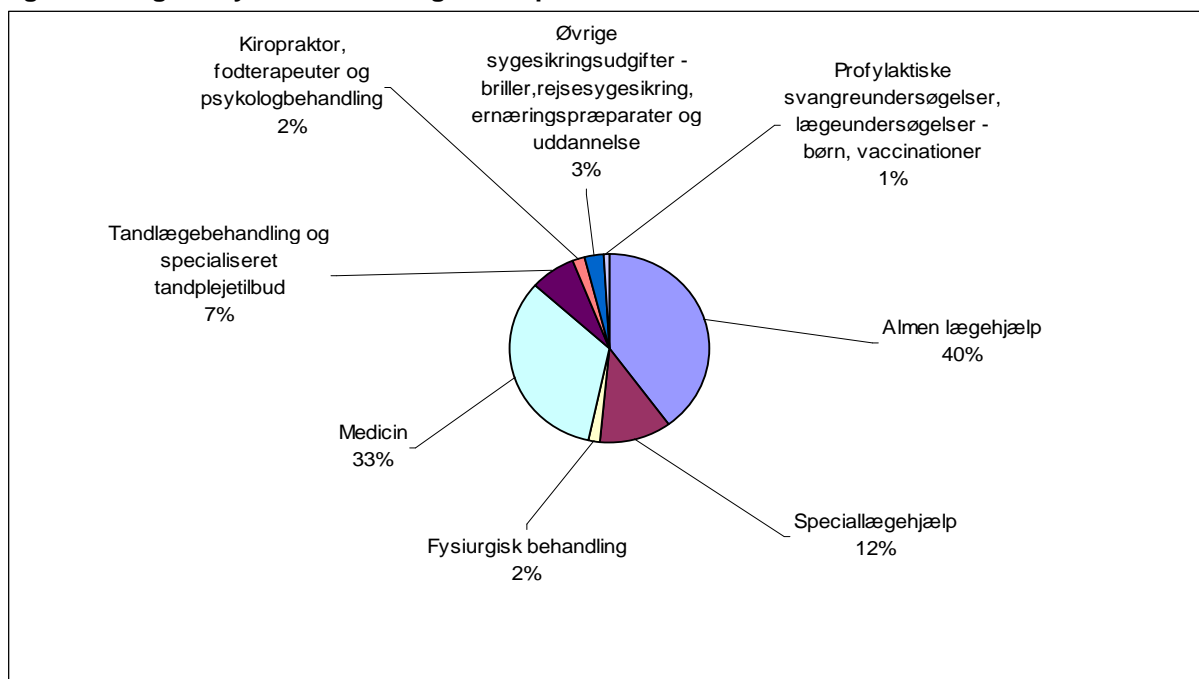
6. Nuværende kapacitet og aktivitet i speciallægepraksis

Dette kapitel beskriver de enkelte specialer i regionen og deres nuværende kapacitet og aktivitet i speciallægepraksis. Alle nedenstående data i dette afsnit er som udgangspunkt 2011 data og opgørelserne vil være et af flere parametre, der kommer til at indgå i vurderingen af den fremtidige tilrettelæggelse af speciallægekapacitet i praksissektoren.

6.1 Region Syddanmarks samlede udgifter til primærsektoren i 2011

Speciallægepraksis er et af flere behandlingstilbud, der løses i praksissektoren. Praksissektorens samlede udgifter går primært til hel eller delvis dækning af ydeshonorar samt tilskud til medicinudgifter. Figur 6.1 viser fordelingen af Region Syddanmarks udgifter til praksissektoren. Af figuren fremgår det, at speciallægepraksis udgør 12% af de samlede bruttoudgifter.

Figur 6.1 Region Syddanmarks udgifter til praksissektoren i 2011.



Tabel 6.2. Region Syddanmarks udgifter til speciallægepraksis i 2011.

| Speciale | Udgift i kr. | Udgift i % |
|------------------------|--------------------|------------|
| Anæstesiologi | 12.471.018 | 2,4 |
| Diagnostisk radiologi | 31.090 | 0,0 |
| Dermato-venerologi | 59.790.774 | 11,6 |
| Reumatologi (Fysiurgi) | 15.742.714 | 3,1 |
| Gynækologi/obstetrik | 39.943.092 | 7,8 |
| Intern medicin | 13.312.871 | 2,6 |
| Kirurgi | 22.958.388 | 4,5 |
| Neuromedicin | 14.105.532 | 2,7 |
| Øjenlægehjælp | 141.912.364 | 27,6 |
| Ortopædisk kirurgi | 22.752.394 | 4,4 |
| Ørelægehjælp | 113.378.935 | 22,0 |
| Patologi | 4.042.570 | 0,8 |
| Plastikkirurgi | 8.712.351 | 1,7 |
| Psykiatri | 34.037.618 | 6,6 |
| Pædiatri | 7.568.685 | 1,5 |
| Børnepsykiatri | 3.640.274 | 0,7 |
| Total | 514.400.670 | 100 |

Tabel 6.1 viser at regionen i 2011 havde en samlet udgift til speciallægehjælp på i alt ca. 514,5 mio. kr. Heraf udgjorde udgiften til specialerne Anæstesiologi, Børne- og Ungdomspsykiatri, Diagnostisk Radiologi, Gynækologi og Obstetrik, Intern Medicin, Kirurgi, Ortopædisk Kirurgi, Plastikkirurgi, Neurologi, Reumatologi, Pædiatri og Patologi 165,3 mio.kr., hvilket svarer til 32,2 % af den samlede udgift.

7. specialespecifikke beskrivelser

7.1 Anæstesiologi

Indledning.

Statusplanen for specialet er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra specialeråd, regionens sygehusafdelinger samt speciallægepraksis.

Faglig beskrivelse af specialet

Specialet anæstesi i speciallægepraksis varetager dels anæstesiologisk bistand i forbindelse med mindre kirurgiske indgreb i øre-næse-halslægepraksis dels smertebehandling, såvel akut som kronisk.

Specialet blev moderniseret med virkning fra 2007, hvilket medførte ændringer i ydelsessortimentet. Moderniseringsrapporten anbefaler en udvidet aktivitet for specialet overfor kirurgiske specialer udover øre-næse-halsspecialet og øjenspecialet, men speciallægeoverenskomsten omfatter fortsat kun ydelser i relation til øjenspecialet og øre-næse-halsspecialet.

Praksisområdet.

Langt hovedparten, af de ydelser de praktiserende anæstesiologer leverer, er bistand i forbindelse med behandling i ørelægepraksis. Det drejer sig typisk om kortvarig anæstesi 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.

De anæstesiologer der udelukkende driver deres praksis ved at yde anæstesiologisk bistand, fungerer således som støttefunktion for andre og har dermed ikke de store udgifter til etablering og drift af praksis.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at speciallæger, der foretager anæstesier på børn, foretager minimum 300 anæstesier årligt. Alle regionens 5 anæstesiologer efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Kapacitet og aktivitet.

Det anæstesiologiske speciale i Region Syddanmark omfatter i praksissektoren 5 fuldtidspraktiserende anæstesiologer fordelt med 2 praksis på Fyn, 1 i Vejle, 1 i Haderslev og 1 i Esbjerg.

De 2 praksis på Fyn samt praksis i Vejle beskæftiger sig næsten udelukkende med anæstesiologisk bistand i ørelægepraksis mens ydelsesmønstret i praksis i Haderslev og Esbjerg er fordelt fifty fifty mellem anæstesiologisk bistand og smertebehandling.

Aldersprofil.

Gennemsnitsalder i anæstesiopraksis er 55 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 49 til 60 år. Forudsættes det at anæstesilægerne ophører som 65-årige, vil der i 2017 være behov for rekruttering af 1 anæstesiolog.

Ventetid:

Den gennemsnitlige ventetid til smertebehandling er ifølge oplysninger på Sundhed.dk. for ikke akutte patienter godt 2 uger.

For de anæstesiologer der udelukkende foretager anæstesiologisk bistand er situationen en anden, idet de fungerer som støttefunktion for andre og dermed ikke generere efterspørgsel. Tilbage melding i forbindelse med en rundspørge blandt øre-næse-halspraksis har været, at de rekvirerer bistand i den udstrækning de har behov for og at de finder kapaciteten tilstrækkelig.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til anæstesiologiske speciale på ca. 13,3 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i anæstesiopraksis var på ca. 2,6 mio. kr.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 3,1 mio. kr. og den laveste omsætning var på ca. 2,3 mio. kr.

Tabel 7.1.1 viser den gennemsnitlige aktivitet i anæstesiologipraksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver anæstesiolog der udførte smertebehandling i gennemsnit behandlede 820 patienter mens de anæstesiologer der udførte anæstesi i gennemsnit bedøvede 1.904 patienter og at den gennemsnitlige anæstesiolog der udførte smertebehandling havde 2.600 patientkontakter mens den gennemsnitlige anæstesiolog der udførte anæstesi havde 2.022 patientkontakter. .

Tabel 7.1.1 Viser den gennemsnitlige aktivitet i anæstesipraksis i Region Syddanmarks i 2011.

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|-------------|
| Patientkontakter smertebehandling | 7.801 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons) pr. læge | 2.600 |
| Patientkontakter anæstesibistand | 10.111 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (særyd.) pr. læge | 2.022 |
| Antal patienter smertebehandling | 2.459 |
| Gennemsnitlige antal smertepatienter pr. læge | 820 |
| Antal patienter anæstesi | 9.521 |
| Gennemsnitlige antal anæstesipatienter pr. læge | 1.904 |
| Bruttohonorar kr. *) | 13.302.568 |
| Gennemsnitlig bruttohonorar pr. læge | 2.660.514 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.1.2 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 1,8%. Omregnes der til faste priser var der et samlet fald fra 2008 til 2011 på i alt - 2,5 %.

Tabel 7.1.2 Honorar udbetalt til anæstesipraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Kons. – Smertebeh. | 1.886.158 | 1.649.199 | 1.530.817 | 1.655.764 | 7,4 | -12,6 | 8,2 |
| Tillægsydelser | 1.299.989 | 1.235.348 | 1.114.610 | 1.074.190 | -4,5 | -5,0 | -3,6 |
| Særydelser (anæstesi) | 9.421.163 | 9.647.329 | 10.615.806 | 10.560.000 | 6,9 | 2,4 | -0,5 |
| Rammeydelser | 1.313 | | 2.828 | | -99,7 | -100 | -100 |
| Kørselgodt. | 31.365 | 14.833 | 24.349 | 12.615 | 11,6 | -52,7 | -48,2 |
| I alt | 12.639.988 | 12.546.709 | 13.285.582 | 13.302.569 | 2,4 | -0,7 | 0,1 |

Kilde: SAS datavarehus

Vurdering af kapaciteten.

På baggrund af tilbagemelding fra øre-næse-halspraksis er det vurderingen at den eksisterende kapacitet og geografiske spredning af anæstesiologiske speciallægepraksis der yder bistand til ørelægepraksis er passende.

Der er ikke i dag praktiserede anæstesiologer der udfører smertebehandling på Fyn. Det er vurderingen, at nærhedsprincippet ikke er afgørende herfor. Det er ligeledes vurderingen, at der for smertebehandling er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel – også kaldet stærekasseeffekt – således, at flere borgere vil ønske

og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Vurdering af arbejdsdeling.

Arbejdsdelingen for anæstesiologisk bistand mellem øre-næse-halspraksis og de praktiserende anæstesiologer sker som udgangspunkt i henhold til overenskomsten bestemmer om, at speciallægepraksis skal yde anæstesiologisk bistand til øre-næse-halslæger.

For smertebehandling bør arbejdsdelingen baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvaliteten af den enkelte ydelse og behandlingen samt betydningen for det samlede patientforløb.

Konklusion/anbefalinger.

Kapaciteten.

Anæstesiologisk bistand til behandlingen i øre-næse-halspraksis er et godt og nødvendigt supplement til sygehusvæsenet i Region Syddanmark. Det er vurderingen, at der med den nuværende kapacitet og geografiske spredninger er passende.

Smertebehandlingen er som udgangspunkt dækket af sygehusene. Selvom der er en skæv geografisk fordeling af kapacitet vurderes det ikke at have den store betydning.

7.2 Børne- og Ungdomspsykiatri

Indledning.

Statusplanen indenfor børne- og ungdomspsykiatri er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis.

Faglig beskrivelse af specialet

Specialet omfatter undersøgelse, behandling og forebyggelse af psykiske lidelser hos børn og unge i alderen 0-18 år. I princippet har børn de samme psykiske lidelser som voksne, men symptombilledet er ofte mindre specifikt i barne – og ungdomsårene. Hertil er der en række andre tilstande som mest typisk kun ses i barnealderen.

Ved behandling af børns og unges lidelser i sygehusambulatorier vil det som hovedregel være nødvendigt at inddrage de nærmeste i behandlingen og yde konsultativ bistand til pårørende og professionelle i kontakt med den unge. I speciallægepraksis kan forældre indgå som patienter i forbindelse med spædbørnspsykiatri.

Hovedparten af al behandling i børne- og ungdomspsykiatrien foregår ambulant. Sædvanligvis skønnes det således at 95 – 97 af behandlingen foregår i ambulatorierne.

Praksisområdet.

I børne – ungepsykiatriske speciallægepraksis udføres undersøgelse, diagnosticering og behandling i form af rådgivning, terapi og/eller psykofarmakologisk behandling.

Det børne – og ungdomspsykiatriske område er kendetegnet ved et tværfagligt samarbejde med inddragelse af praktiserende læger, psykologer, socialrådgivere, syge- og pædagogisk personale samt skolelærere. En betydelig del af specialets ydelser kan foregå ambulant.

Kapacitet i børne- og ungdomspsykiatri.

Det børne- og ungdomspsykiatriske speciale i Region Syddanmark omfatter i praksissektoren 2 fuldtidspraktiserende børne- og ungdomspsykiater der begge er placeret i Odense på Fyn. Der er således tale om et lille praksisspeciale.

Aldersprofil for praktiserende Børne- og ungepsykiater.

Gennemsnitsalder for de to børne- og ungdomspsykiater er 62 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 59 til 65 år.

Forudsættes det at børnelægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 – 2015 være behov for rekruttering af 1 børne- ungdomspsykiater.

Ventetid:

En forespørgsel hos de to børne- og ungdomspsykiater viser en gennemsnitlig ventetid på 7 uger.

Praksisomsætning:

Overenskomsten fastsætter kriterier for de praktiserende børne- og ungdomspsykiaters omsætning. En fuldtidspraktiserende børne- og ungdomspsykiater skal både opretholde et vist omsætningsniveau (nedre omsætningsgrænse), og samtidig er der en knækgrænse, som bevirker, at honorarerne reduceres med 40 %, hvis omsætningen i praksis når en vis grænse. I 2011 var knækgrænsen 2.786.000 kr.

Den gennemsnitlige omsætning i praksis var i 2011 på knap 1, 7mio. kr. Omsætning i praksis kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis er udnyttet. For begge praksis vedkommende er der tale om en omsætning der ligger væsentlig under knækgrænsen, og det må således vurderes, at der er en vis uudnyttet kapacitet tilstede i praksis.

Tabel 7.2.1. viser den gennemsnitlige aktivitet i børne – og ungdomspsykiatriske praksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det, at hver praktiserende børne – og ungdomspsykiater behandlede 327 patienter, og at den gennemsnitlige praksis havde 1.619 patientkontakter

Tabel 7.2.1 Gennemsnitlige aktivitet i børne – og ungdomspsykiatrisk praksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|---|-------------|
| Patientkontakter | 3.237 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons + e-mail) pr. læge | 1.619 |
| Antal patienter | 654 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 327 |
| Bruttohonorar kr. *) | 3.454.935 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 1.727.468 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Sygehusvæsenet.

Der er i dag såvel et ambulært som stationært behandlingstilbud i hvert hovedfunktionsområde. Med implementeringen af Psykiatriplanen vil dette ændres, således at der ikke vil være et stationært tilbud i hovedfunktionsområdet Lillebælt. Den ambulante funktion bibeholdes og behandlingen vil, hvor det er nødvendigt, foregå i et samarbejde med de stationære funktioner i de øvrige hovedfunktionsområder.

Der er i dag ambulatorier i tilknytning til de stationære funktioner i Kolding, Odense, Esbjerg og Augustenborg. Børne – og ungdomspsykiatrien i Augustenborg har derudover også et ambulatorium i Aabenraa.

Vurdering af kapacitet.

Der er tale om et meget lille speciale med en særdeles skæv geografisk dækning. Specialerådet inden for området har udtalt, at der samtidigt i den jyske del af regionen er færrest speciallæger på afdelingerne, hvilket i perioder er et problem for både driften og speciallægeuddannelsen.

Generelt kan det oplyses, at der på landsplan er en vis mangel på børne – og ungepsykiatere.

Det er vurderingen, at nærhedsprincippet ikke er afgørende for dette speciale, men at det vil være relevant at se det i sammenhæng med sygehusstrukturen.

Samlet er det vurderingen, at den nuværende kapacitet er passende.

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.)
3. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
4. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
5. Uddannelsesaspektet. De børne – og ungdomspsykiatriske afdelinger skal kunne uddanne speciallægerne.
6. Opretholdelse af driftsgrundlag for de sygehusbaserede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger

7. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt omkostningstungt udstyr.

Det børne- og Ungdomspsykiatriske specialeråd har i forbindelse med denne planlægning udtalt, at bortset fra patienter til indlæggelse, spiseforstyrrede og patienter på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau er der tilsyneladende ikke forskellige karakteristika ved de patienter, der henvises og visiteres til sygehussektoren og til praksissektoren. Det er mere forhold ved den henvisende og ikke patienten, der er afgørende. Hertil kommer også, at bortset fra ovennævnte grupper, så er der nærmest ingen patientforløb, der inkluderer begge sektorer i regionen.

Det er vurderingen, at der på baggrund af ovennævnte udsagn er behov for, at specialerådet drøfter arbejdsdelingen med de 2 speciallægepraksis.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressourceudnyttelse forudsætter fælles standarder og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Dette kan f.eks. ske ved samordningsmøder/nyhedsbreve mellem de to praktiserende speciallæger og områdets børne – og ungdomspsykiatriske afdeling.

Konklusion/anbefalinger:

Kapacitet.

Som udgangspunkt er der tale om et speciale, der er dækket af den sygehusbaserede psykiatri. Der er kun 2 praktiserende børne – og ungdomspsykiatere inden for speciale, og de er begge nedsat i Odense.

På den baggrund skal det anbefales, at den nuværende kapacitet.

Arbejdsdeling.

Den nuværende arbejdsdeling er ikke præcist beskrevet. Der er tilsyneladende ikke forskellige karakteristika ved de patienter, der henvises og visiteres til sygehussektoren og til praksissektoren. Det er mere forhold ved den henvisende og ikke patienten, der er afgørende for, hvor patienten bliver henvist til. På den baggrund skal det anbefales, at specialerådet og de 2 speciallægepraksis drøfter arbejdsdelingen.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Omkring det faglige samarbejde skal det anbefales, at der i planperioden er fokus på kommunikationen mellem de to praktiserende speciallæger og den børne – og ungdomspsykiatriske afdeling med henblik på de samordnede – og koordinerede patientforløb.

7.3 Diagnostisk radiologi

Indledning.

Diagnostisk radiologi et lille speciale i praksissammenhæng. I henhold til overenskomsten omfatter specialet diagnostisk radiologi som udgangspunkt kun borgere med bopæl i Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør kommuner.

Regionerne kan dog beslutte, at indføre radiologi i speciallægepraksis for borgere med bopæl i regionen. Det kan dog kun ske ved udarbejdelse af en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante del af det radiologiske speciale.

Faglig beskrivelse af specialet

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.

Specialet har et tæt samarbejde til de kliniske specialer på sygehusene og indgår som en del af en patientens undersøgelse. Produktionen er således med få undtagelser afhængig af de kliniske specialer.

Kapacitet i diagnostisk radiologi.

Der er ingen praktiserende radiologer i Region Syddanmark og der er ikke i forbindelse med specialeplanlægning fundet behov for at indføre diagnostisk radiologi i speciallæge praksis.

7.4 Gynækologi og obstetrik

Indledning.

Statusplanen inden for det gynækologiske- obstetriske speciale er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Specialerådsformand Kurt Klünder

Formand for de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark Jørgen Dyrmosé

Praktiserende gynækolog John Dræby

Faglig beskrivelse af specialet

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

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

Praksisområdet.

Gynækologispecialet er et af de mellemstore specialer i praksissammenhæng.

Det gynækologiske speciale vurderes som udgangspunkt at være et nødvendigt supplement til sygehusfunktionen

De praktiserende speciallæger tilbyder udredning og behandling inden for 1. trimester i graviditeten med vurdering af graviditetslokalisering og levedygtighed, celleforandringer, konisation, blødningsforstyrrelser, vandladningsgener, svangerskabsforebyggelse, overgangsalder-gener, betændelsestilstande, tumorudredning, underlivssmerter, små vaginale operationer, fertilitetsudredning- diagnostiksering, simpel nedsynkning – prolaps, tidlige scanninger, medicinske og kirurgiske aborter

Kapacitet og aktivitet.

Det gynækologiske/obstetriske speciale omfatter 11 fuldtidspraksis og 2 deltidspaksis, hvilket omregnet svarer til 11,66 fuldtidspraktiserende gynækologer i Region Syddanmark. Fordelt på 7 mænd og 6 kvinder.

I Danmark er der i alt 74 gynækologisk fuldtidspraksis og 3 deltidspaksis. Tabel 7.4.1 viser fordelingen

Tabel 7.4.1 Kapaciteten inden for specialet fordelt på regioner - opgjort på fuldtidsheder

| | Region Syddanmark | Region Midtjylland | Region Nordjylland | Region Sjælland | Region Hovedstaden |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Samlede antal praktiserende gynækologer opgjort som "fuldtidsheder" | 11,66 | 9 | 2 | 9 | 43,33 |
| Antal "fuldtidsheder" Pr. 100.000 indbyggere | 0,97 | 0,71 | 0,34 | 1,09 | 2,53 |

Kilde: Øvrige regioner og Danmarks statistik

Note: opgjort pr. 31. december 2011.

Tabellen viser at Region hovedstaden har en klar overvægt af praktiserende speciallæger – også set i forhold til befolkningsandelen.

I forhold til befolkningsandelen er de praktiserende gynækologer i Region Syddanmark dog godt repræsenteret sammenholdt med de øvrige regioner.

Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusoptageområder ses af nedenstående tabel. Af tabellen fremgår det, at der er en geografisk skævhed i særdeleshed set i forhold til Sydvestjysk Sygehus optageområde.

Tabel 7.4.2

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal Ydernumre | Indbyggere pr. gynækolog |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| OUH | 447.578 | 3,33 | 134.408 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 4 | 71.310 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 1 | 237.561 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 3,33 | 69.559 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 11,66 | 103.031 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i gynækologipraksis er 53, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 40 år til 64 år. Heraf er 1 over 60 år. Forudsættes det at lægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 til 2016 være behov for at rekruttere 1 gynækolog til praksis.

Ventetid.

En kig på Sundhed.dk blandt de praktiserende gynækologer viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder er fordelt således: Odense Universitetshospital 8 uger, Sygehus Lillebælt 7 uger, Sygehus Sønderjylland 3 uger og Sydvestjysk Sygehus 3 uger uden skelne mellem ventetider i fuldtids/deltidspraksis.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til gynækologisk speciale på ca. 39,9 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i gynækologisk praksis var på ca. 3,4 mio. kr. Omsætningen i fuldtidspraksis kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 5,4 mio. kr. og den laveste omsætning var på ca. 2 mio. kr.

Antal praksis over knækgrænsen var i 2011 4, mens antallet af praksis under knækgrænsen med angivelse af "frirum" var 7.

Tabel 7.4.3 viser den gennemsnitlige aktivitet i gynækologipraksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver gynækolog i gennemsnit behandlede 2.560 patienter og at den gennemsnitlige gynækologipraksis havde 5.462 patientkontakter.

Tabel 7.4.3 Gennemsnitlige aktivitet i gynækologipraksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|------------|
| Patientkontakter | 63.692 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons) pr. læge | 5.462 |
| Antal patienter | 29.844 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 2.560 |
| Bruttohonorar kr. *) | 40.254.465 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 3.452.355 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.4.2 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på ca. 10,2 %. Omregnes der til faste priser var den samlede stigning fra 2008 til 2011 på i alt 5,6%

Tabel 7.4.4 Honorar udbetalt til gynækologipraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 14.912.323 | 15.414.355 | 16.340.491 | 16.537.763 | 3,4 | 6,0 | 1,2 |
| Diagnostiske yd. | 14.790.033 | 15.306.374 | 16.240.613 | 16.272.098 | 3,5 | 6,1 | 0,2 |
| Behandlingsydelser | 5.087.062 | 5.259.892 | 5.772.709 | 6.219.824 | 3,4 | 9,7 | 7,7 |
| Analogiserede beh.yd. | 8.596 | 11.133 | 13.880 | 13.098 | 29,5 | 24,7 | -5,6 |
| Laboratorieydelser | 1.722.861 | 1.869.180 | 1.940.276 | 1.211.682 | 8,5 | 3,8 | -37,6 |
| | 36.520.875 | 37.860.934 | 40.307.969 | 40.254.465 | 3,7 | 6,5 | -0,1 |

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens gynækologiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg, Haderslev og Sønderborg. De Gynækologisk-Obstetriske afdelinger på Haderslev og Sønderborg samles på Akutsygehuset i Aabenraa. Dette sker forventeligt i 2014. Afdelingerne i Svendborg og Haderslev varetager behandling på hovedfunktionsniveau, mens afdelingerne på Kolding Esbjerg og Sønderborg sygehuse varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau. Odense Universitetshospital, varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

I tabel 7.4.5 ses aktiviteten for de gynækologiske afdelinger i Region Syddanmark opgjort på sygehusplanlægningsområder .

Tabel 7.4.5 Aktivitet på de gynækologiske afdelinger i Region Syddanmark i 2010 og 2011 fordelt på sygehusoptageområder

Afventer tilbagemelding fra Sundhedsdokumentation vedr. manglende data for OUH

| Sygehus | Antal ambulante besøg 2010 | Antal sengedage 2010 | Antal ambulante besøg 2011 | Antal sengedage 2011 |
|------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Odense Universitetsh. | | | | |
| Sygehus Lillebælt | 36.381 | 8.468 | 52.608 | 8.240 |
| Sydvestjysk Sygehus | 23.805 | 6.517 | 27.608 | 5.953 |
| Sygehus Sønderjylland | 29.529 | 6.548 | 30.854 | 5.382 |
| I alt | | | | |

Kilde: Sydlis

Vurdering af kapacitet.

I tråd med de generelle anbefalinger i indledningen vil det være en fordel at gynækologisk speciallægepraksis tilrettelægges som fuldtidspraksis. Det vil derfor, i det omfang det er økonomisk muligt, være ønskeligt at de 2 deltidspkaksis konverteres til fuldtidspraksis.

Herefter vurderes kapaciteten som udgangspunkt passende. Dog er der en skæv geografisk fordeling af praksis set i forhold til den sydvestlige del af regionen, hvor der i dag kun er én praktiserende gynækolog i Esbjerg.

Det er vurderingen, at nærhedsprincippet ikke er afgørende for dette speciale, men at det vil være relevant at se det i sammenhæng med sygehusstrukturen. Dog således, at speciallægepraksis fortsat placeres i de større byer med henblik på at sikre et nødvendigt patientunderlag.

Det er ligeledes vurderingen, at der samlet inden for specialet er en mulighed for udbudsskab efterspørgsel således, at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt flere speciallægepraksis.

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsen specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet, det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De gynækologiske afdelinger skal kunne uddanne speciallægerne.
7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.

8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Det vurderes, at en faglig styring af patientstrømmen vil være hensigtsmæssigt, hvilket vil kunne opnås, hvis speciallægepraksis fremadrettet inddrages i udarbejdelsen af patientforløbsbeskrivelser.

Fagligt samarbejde - patientforløb

En væsentlig udfordring er at sikre, at der er sammenhæng i patientbehandlingen i forbindelse med behandling mellem de forskellige sektorer. For at styrke dette er der i regionen indgået en § 64-aftale, som har til formål at videreudvikle og udbygge det faglige samarbejde generelt, og omkring den enkelte patient, og mellem speciallægepraksis og sygehus inden for de enkelte specialer.

Aftalen skal sikre, at speciallægen kan deltage i faglige møder med henblik på koordinering mv. indenfor specialet samt deltage i konferencer omkring konkrete patienter på relevante sygehusafdelinger. Endvidere giver aftalen speciallægen mulighed for at deltage i efteruddannelsesaktiviteter i samarbejde med den pågældende sygehusafdeling.

En yderligere forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst mulig ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og retningslinjer for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede og koordinerede behandlingsforløb. Dette betyder, at der i fornødent omfang skal ske en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundærsektor.

Dette kan f.eks. ske ved samordningsmøder/nyhedsbreve imellem områdets praktiserende speciallæger og sygehusafdeling.

I Region Syddanmark er der endvidere nedsat lægefaglige specialeråd, hvor de praktiserende gynækologer er repræsenteret i Det Gynækologisk Specialeråd

Specialerådet har bl.a. til opgave at følge udviklingen indenfor specialet med henblik på at orientere det politiske system og ledelsen om nye behandlinger og behandlingsprincipper, bidrage til udarbejdelse af faglige retningslinjer, yde faglig rådgivning omkring planlægning, uddannelse og kvalitetsudvikling.

Det faglige samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusene vurderes som værende generelt godt og positivt, men at der til opretholdelse og udbygning heraf er behov for yderligere tiltag. Herunder afholdelse af op til 2 årlige møder med fokus på kommunikation og faglig udvikling, praksis- konsulentordning, etablering af et tættere samarbejde mellem speciallægepraksis og almen praksis til håndtering af eksempelvis obstetriske problemstillinger efter ambulante fødsel samt et fælles journalsystem til elektronisk kommunikation om den enkelte patient.

Konklusion/anbefalinger.

Kapacitet

Det gynækologiske speciale vurderes at være et nødvendigt supplement til sygehusfunktionen. De praktiserende speciallæger kan ofte aflaste sygehusene fx i forbindelse med forundersøgelser og opfølgning. Et fagligt samarbejde mellem praksis og sygehus anses derfor at være vigtigt ligesom det vurderes, at en faglig styring af patientstrømmen vil være hensigtsmæssig.

Det gynækologiske speciale er kendetegnet ved udbudsskabt efterspørgsel.

Det er vurderingen, at det for specialet vil være en fordel, at gynækologisk speciallægepraksis tilrettelægges som fuldtidspraksis i henhold til hovedmålsætningerne i overenskomsten. Det anbefales derfor, at de 2 deltidspatienter nedlægges eller i det omfang det er økonomisk muligt opgraderes til fuldtidspraksis.

Kapacitet i praksis vurderes herefter at være passende, men der er en skæv geografisk placering af de nuværende speciallægepraksis set i relation til især den sydvestlige del af regionen. Hvis det på sigt

skønnes hensigtsmæssigt at udvide kapaciteten i praksis, anbefales det, at det sker ved oprettelse af en praksis i vestlige del af regionen.

Arbejdsdeling.

Den nuværende arbejdsdeling vurderes som værende tilfredsstillende.

Det anbefales:

- At speciallægepraksis fremadrettet inddrages i udarbejdelsen af fælles patientforløbsbeskrivelser.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Omkring det faglige samarbejde anbefales det:

- At der afholdes op til 2 årlige møder med fokus på kommunikation og faglig udvikling
- At muligheden for oprettelse af en praksiskonsulentordning på området undersøges
- At muligheden for etablering af et tættere samarbejde mellem speciallægepraksis og almen praksis til håndtering af eksempelvis obstetriske problemstillinger efter ambulante fødsel undersøges
- At muligheden for et fælles journalsystem til elektronisk kommunikation om den enkelte patient undersøges.

7.5 Intern Medicin

Indledning

Statusplanen inden for det interne medicinske speciale er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Ledende overlæge Michael Hansen (suppleant for specialerådsformand Hans Christian Siersted)
Specialerådsformand Anders Bo Junker
FAPS-formand Jørgen Dyrmosé
Specialerepræsentant for speciallægepraksis, Frits Frandsen

Faglig beskrivelse af specialet

Specialet intern medicin dækker over ni grenspecialer: endokrinologi, gastroenterologi, hepatologi, geriatri, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, lungesygdomme, nefrologi og reumatologi.

I overenskomsten om speciallægehjælp er reumatologi udskilt som et selvstændigt speciale.

Grenspecialer under intern medicin er subspecialiseringer under et bredt medicinsk speciale, hvor også meget viden og praksis er fælles. I overenskomstsammenhæng taler man om, at intern medicin subspecialiseringen er den udvidede specialiserede viden, der bygges ovenpå.

Der er i overenskomstsammenhæng indført en opdeling, således at specialet indeholder en 'common trunk' af medicinsk viden, som alle intern medicinere behersker. Derudover er der en opdeling af specialet intern medicin, så overenskomsten omfatter følgende fire internt medicinske specialer: endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi og lungesygdomme.

Af protokollat i overenskomsten om intern medicin fremgår det, at regionen i forbindelse med praksisplanlægning kan udpege de enkelte speciallægepraksis i intern medicin til at varetage enten grundspecialet eller specialerne: endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi og lungesygdomme. Udpegningen skal ske under hensyntagen til nuværende specialisering.

For eksisterende praksis uden defineret specialisering kan regionen i praksisplanen angive specialisering ved salg. Speciallægen forpligtiges ved praksisoverdragelse til at søge praksis overdraget i overensstemmelse med praksisplanen. Er dette ikke muligt kan anden overdragelse aftales med regionen.

I Region Syddanmark er der i øjeblikket speciallægepraksis indenfor grundspecialet (Common trunk) samt grenspecialerne kardiologi og lungesygdomme. Disse vil blive uddybet neden for.

7.5.1 Intern Medicin – Common Trunk

Common Trunk er som nævnt ovenfor ydelser, som alle intern medicinere uanset grenspeciale skal kunne beherske.

I Region Syddanmark var der frem til udgangen af 2011 2 speciallæger der praktiserede uden grenspeciale. Der var tale om 2 deltidspraksis med placering i Odense. Den ene deltidspraksis blev pr. 1. april 2012 overtaget af en speciallæge med grenspeciale i kardiologi.

Praksisomsætning:

Overenskomsten fastsætter kriterier for deltidspraksis, som betyder at praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft. Omsætningsloftet var i 2011 på 1.038.065,08 kr. Der var ikke i 2011 fastsat en mindste omsætning for deltidspraksis.

For den ene praksis vedkommende var der tale om infektionsmedicin (tropemedicin) som ofte opholdt sig i udlandet. Der var tale om en praksis med meget lav aktivitet.

For den anden praksis vedkommende har der i perioden 2008 til 2011 være en gennemsnitlig omsætning på knap 0,6 mio.kr.

Alder i sidstnævnte praksis er 58 år.

7.5.2 Intern Medicin - Kardiologi

Faglig beskrivelse af specialet

Specialet omfatter overordnet forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med medfødte og erhvervede hjerte-kar-sygdomme, herunder koronarkar- og hjerteklapsygdomme, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Patientgruppen består hovedsageligt af patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteinsufficiens, hjerteklapsygdomme, forhøjet blodtryk, dyb venøs trombose og lungeemboli, medfødte hjertesygdomme, aortasygdomme, arteriel og tromboembolisk pulmonal hypertension. Specialet varetager desuden et stigende antal undersøgelser og kontroller på mistanke om arvelige sygdomme, som påvirker hjertemusklens og/eller hjertets elektriske system samt kontrol og behandling af patienter med forhøjet kolesterol og forstyrrelser i blodets størkningsmekanismer.

Praksisområdet.

Som udgangspunkt er grenspecialet dækket af sygehusene. Speciallægepraksis kan være et supplement.

Speciallægepraksis foretager ikke-invasiv diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerterytmeforstyrrelser bl.a. i form af ekkokardiografi, belastningsundersøgelse og iværksættelse af medicinsk behandling. Desuden foretager speciallægepraksis diagnostik og behandling af patienter med vanskeligt regulerbar eller sekundær hypertension og vanskeligt traktabel dyslipidæmi, herunder familiær dyslipidæmi.

Speciallæger i kardiologi kan i henhold til overenskomsten kun anvende undersøgelse og behandlingsydelser under common trunk og grenspecialet kardiologi.

Kapacitet og aktivitet i praksis.

I Region Syddanmark var der i 2011 1 fuldtidspraktiserende kardiolog samt en 3-timers overlægepraksis. Fuldtidspraksis er beliggende i Odense mens overlægepraksis er placeret på Svendborg Sygehus. Deltidspraksis er pr. 1. april 2012 overtaget af en speciallæge med grenspeciale i kardiologi og placeret i Odense.

Aldersprofil

Gennemsnitsalder for de tre er knap 57 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 44 til 71.

Det må forventes at overlægepraksis grundet alder ophører i nærmeste fremtid.

Ventetid:

Ventetiden er ifølge oplysninger på Sundhed.dk. for ikke akutte patienter 20 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens udgift til kardiologi på ca. 6,1 mio. kr.

Der blev i 2011 udført 40.079 ydelser i kardiologipraksis fordelt på 1.763 patienter, hvilket svarer til at hver patient gennemsnitlig modtaget knap 23 ydelser.

Tabel 7.5.2.1 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været en stigning på 16,1%. Omregnes der til faste priser var den samlede stigning fra 2008 til 2011 på i alt 11,5%.

Tabel 7.5.2.1 Honorar udbetalt til kardiologipraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 1.418.623 | 1.612.327 | 1.645.217 | 1.560.261 | 13,7 | 2,0 | -5,2 |
| Tillægsydelser | 3.272.577 | 3.580.954 | 3.364.889 | 3.676.861 | 9,4 | -6,0 | 9,3 |
| Særydelser (behandlingyd.) | 651.838 | 725.113 | 914.034 | 936.579 | 11,2 | 26,1 | 2,5 |
| Laboratorieydelser | 125.098 | 138.701 | 166.053 | 210.940 | 10,9 | 19,7 | 27,0 |
| | 5.468.136 | 6.057.095 | 6.090.193 | 6.384.641 | 10,8 | 0,5 | 4,8 |

Note: I det udbetalte honorar er der ikke indregnede fradrag for knæk. Honorarreduktion pga. knækgrænsen udgjorde i 2008 ca. 804.000 kr., i 2009 ca. 850.000 kr., i 2010 ca. 850.000 kr. og i 2011 ca. 1.119.000 kr.

7.5.3 Intern Medicin – Lungemedicin/allergologi.

Faglig beskrivelse af specialet

Grenspecialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling (hovedsageligt medicinsk), palliation og rehabilitering af såvel arvelige som erhvervede sygdomme og symptomer i luftveje, lunger og lungehinder, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Patientgruppen udgøres hovedsageligt af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma og allergiske sygdomme, lungekræft, infektionssygdomme og tuberkulose, interstitielle lungesygdomme samt sygdomme som søvnapnoe og førstegangs pneumothorax.

Praksisområdet

Som udgangspunkt er grenspecialet dækket af sygehusene. Speciallægepraksis kan være et supplement.

Arbejdsopgaverne i speciallægepraksis er overvejende udredning og behandling af allergi – herunder hyposensibilisering. Endvidere foretages udredning af patienter med åndenød eller hoste samt vurdering og behandling af astma og KOL.

Speciallæger i lungemedicin kan i henhold til overenskomsten kun anvende undersøgelse og behandlingsydelser under common trunk og grenspecialet lungesygdomme.

Kapacitet og aktivitet i praksis.

I Region Syddanmark er der 1 fuldtidspraktiserende speciallæge inden for lungesygdomme. Fuldtidspraksis er beliggende i Aabenraa.

Aldersprofil

Alder i praksis er 61 år

Ventetid:

Ventetiden er ifølge oplysninger på Sundhed.dk. for ikke akutte patienter 16 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens udgift til specialet på ca. 5,8 mio. kr.

Der blev i 2011 udført 33.183 ydelser i praksis fordelt på 1.551 patienter, hvilket svarer til at hver patient gennemsnitlig modtog ca. 21 ydelser.

Tabel 7.5.3.1 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 65,4%. Omregnes der til faste priser var den samlede stigning fra 2009 til 2011 på i alt 60,8%.

Tabel 7.5.3.1 Honorar udbetalt til praksis i lungemedicin i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 827.873 | 1.169.618 | 1.243.460 | 1.252.601 | 41,3 | 6,3 | 0,7 |
| Tillægsydelser | 2.056.533 | 2.924.511 | 3.943.293 | 3.925.940 | 42,2 | 34,8 | -0,4 |
| Særydelser (behandlingyd.) | 384.727 | 441.892 | 601.423 | 585.757 | 14,9 | 36,1 | -2,6 |
| Laboratorieydelser | 50.590 | 97.474 | 64.949 | 59.749 | 92,7 | -33,4 | -8,0 |
| | 3.319.723 | 4.633.495 | 5.853.125 | 5.824.047 | 39,6 | 26,3 | -0,5 |

Note: I det udbetalte honorar er der ikke indregnede fradrag for knæk. Honorarreduktion pga. knækgrænsen udgjorde i 2009 ca. 419.000 kr., i 2010 ca. 890.000 kr. og i 2011 ca. 870.000 kr.

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Kardiologi:

Regionens kardiologiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Vejle, Fredericia, Esbjerg, Grindsted, Aabenraa, Sønderborg og Haderslev som alle varetager behandling på hovedfunktionsniveau, mens afdelingerne på Odense, Vejle, Esbjerg og Haderslev varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau. Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

Lungemedicin:

Regionens Lungemedicinske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Vejle, Fredericia, Esbjerg, Grindsted, Aabenraa, Sønderborg og Haderslev. Afdelingerne varetager alle behandling på hovedfunktionsniveau, mens afdelingerne på Odense, Vejle og Sønderborg varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau. Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

Aktiviteten for de Intern medicinske afdelinger i Region Syddanmark er ikke medtaget i denne plan. I sygehusregi består det intern medicinske speciale af tolv grenspecialer. Det betyder at det er meget forskelligt om sygehusene har selvstændige afdelingskoder for grenspecialerne eller ej. Det gør det vanskeligt at udtrække sammenlignelige tal på tværs af sygehuse, for på nogen sygehuse vil fx lungemedicin være en selvstændig afdeling, mens den på andre blot er del af afdelingen for Intern medicin.

Vurdering af kapaciteten.

Nedenfor vil kapaciteten inden for grenspecialerne infektionsmedicin, lungemedicin samt kardiologi blive gennemgået særskilt. Til sidst vil der blive set på de resterende grenspecialer (undtagen reumatologi som behandles i særskilt delplan).

Infektionsmedicin.

Det er opfattelse, at der ikke er oplagte behandlinger, der med fordel vil kunne varetages i speciallægepraksis. Baggrunden herfor er, at de fleste af specialets patienter enten kræver akut vurdering/indlæggelse og/eller adgang til udstyr og faciliteter, der kun findes sygehusregi.

På den baggrund er indstillingen, at der ikke i Region Syddanmark er basis for at oprette speciallægepraksis inden for grenspecialet.

Lungemedicin.

Det lungemedicinske specialeråd udtaler, at der i øjeblikket er et meget stort pres på det lungemedicinske speciale, idet antallet af patienter med KOL og allergiske luftvejssygdomme inden for de senere år er steget stærkt. På baggrund af en demografisk fremskrivning må det forventes, at området fortsat vil stige de kommende år.

På den baggrund finder specialerådet et behov for udvidelse af kapaciteten inden for det lungemedicinske speciale uden dog at lægge sig fast på, hvorvidt der bør ske i praksis – eller sygehusregi.

Det skal på baggrund af ovenstående anbefales, at den nuværende kapacitet på 1 fuldtidskapacitet bibeholdes. Såfremt der senere viser sig behov (og mulighed) for en udvidelse af kapaciteten inden for det lungemedicinske speciale inddrages specialets aktører med henblik på en nærmere drøftelse omkring i hvilket regi dette mest hensigtsmæssigt kan foregå.

Kardiologi.

Inden for det kardiologiske speciale vurderes den ambulante kapacitet at være under pres. Såfremt der er mulighed for en udvidelse af kapaciteten er det dog holdningen, at denne bør ske i sygehusambulatoriet frem for i praksis.

Øvrige grenspecialer.

I forbindelse med specialeplanlægningen skal der ligeledes tages stilling til, hvorvidt de øvrige grenspecialer inden for intern medicin (undtagen reumatologi), hvor der i dag ikke tilbydes speciallægekapa- citet inden for grenspecialet i Region Syddanmark er relevant at introducere i praksisområdet.

Det er vurderingen, at det ikke i dag er relevant at tilbyde speciallægekapa- citet inden for grenspecialerne endokrinologi og gastroenterologi, idet de pågældende grenspecialer er godt dækket ind af sygehusene.

Alle grenspecialer.

Generelt kan det konstateres, at den nuværende speciallægekapa- citet inden for specialet er meget begrænset og tilfældigt. Hertil kommer også en betydelig skæv geografisk fordeling.

Det er vurderingen, at der samlet inden for specialet er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel således, at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

I henhold til overenskomstens målsætning om hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger skal det anbefales at der sker en nedlæggelse af de 2 deltidssydernumre inden for specialet (common trunk og kardiologi) ved ledighed.

Inden for det Intern medicinske speciale er det væsentligt, at den praktiserende speciallæge har mulighed for at stille den rigtige diagnose. Det stiller krav til udstyr og facilitet i speciallægepraksis. I tiden fremover kan man derfor forestille sig praksis, hvor der indgår speciallæger med flere grenspecialer under samme tag.

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet; det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De intern medicinske afdelinger skal kunne uddanne speciallæger.

7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.

8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Arbejdsdelingen bør endvidere baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Overordnet vurderes den nuværende arbejdsdeling for tilfredsstillende.

Vurdering af fagligt samarbejde - patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation mellem de involverede parter vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Det lungemedicinske specialeråd har oplyst, at der i dag er nærmest et ikke eksisterende samarbejde mellem sygehus og speciallægepraksis, samt at det der er, fungerer på henvisningsniveau.

Ligeledes sidder der heller ikke en repræsentant for de praktiserende intern medicinere i specialerådene.

Det vurderes nødvendigt med en større grad af samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af alle sundhedsaktører inden for det intern medicinske speciale i specialerådene.

Konklusion/anbefalelser.

Kapaciteten.

Det internt medicinske speciale er som udgangspunkt dækket af sygehusene. Produktionen i speciallægepraksis kan således betragtes som et supplement til sygehusbehandlingen. Der kan dog være enkelte funktioner, der som supplement til sygehusfunktion vil være relevant foretage i praksis f.eks. allergologi.

For de nuværende speciallægepraksis er der tale om en skæv geografisk fordeling og kapaciteten er meget begrænset og tilfældigt.

En vurdering af, hvorvidt der er behov for speciallægepraksis/speciallægeydelser som supplement til sygehusbehandlingen må afhænge af behovet i sygehusregi. Med den nuværende placering af lungemedicinske – og kardiologiske afdelinger på regionens sygehuse, vurderes der ikke behov for en udvidelse af behandlingskapaciteten i speciallægepraksis.

Det anbefales, at regionsrådets beslutning i forbindelse med budget 2012 om nedlæggelse af de 2 deltidsydernumre inden for specialet (common trunk og kardiologi) fastholdes, således at praksis nedlægges ved ledighed.

Arbejdsdelingen.

Overordnet vurderes den nuværende arbejdsdeling for tilfredsstillende.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Det vurderes nødvendigt med en større grad af samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af alle sundhedsaktører inden for det intern medicinske speciale i specialerådene.

7.5.4 Intern Medicin - Reumatologi

Indledning.

Statusplanen inden for specialet reumatologi er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Specialerådsformand John Bonde Knudsen
Formand for de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark Jørgen Dyrmosé
Praktiserende Speciallæge Palle Ahlqvist

Faglig beskrivelse af specialet

Specialet i reumatologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af patienter med medfødte og erhvervede inflammatoriske, autoimmune, metaboliske, degenerative og belastningsbetingede sygdomme og skader, der afficerer led, muskler, ryg og knogler. De inflammatoriske led- og bindevævssygdomme afficerer ofte flere organsystemer. Specialet varetager genoptræning og rehabilitering af egne patienter, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Patientgruppen udgøres af patienter med inflammatoriske led- og bindevævssygdomme, non-inflammatoriske rygsygdomme, non-inflammatoriske ledsygdomme, osteoporose samt specialiseret rehabilitering af reumatologiske sygdomme og rygmarvsskader.

Praksisområdet.

Praktiserende speciallæger i reumatologi ser stort set alle patientkategorier inden for reumatologien. De varetager udredning, differentialdiagnostik, behandling og vejledning om behandling til de henvissende praktiserende læger. Sædvanligvis har patienter, der følges i speciallægepraksis, mildere grad af sygdomsintensitet end patienter, der følges i sekundærsektor. Andelen af patienter med inflammatoriske reumatologiske sygdomme udgør ca. 40 % af alle sygdomme, som varetages i speciallægepraksis.

Kapacitet og aktivitet i praksis.

Det reumatologiske speciale omfatter 7 fuldtidspraksis og 2 deltidspaksis, hvilket omregnet svarer til 7,66 fuldtidspraktiserende reumatologer i Region Syddanmark.

Traditionelt er speciallægepraksis typisk placeret i de større byer, hvilke dels skal ses af i lyset af hensynet til patientunderlaget dels at mange patienter oftest søger speciallæge i nærheden af deres arbejdsplads frem for deres bopæl.

I Danmark er der i alt 42 reumatologisk fuldtidspraksis og 18 deltidspaksis. Tabel 7.5.4.1 viser fordelingen af reumatologer opgjort som "fuldtidsenheder" fordelt på regioner.

Tabel 7.5.4.1 Kapaciteten inden for specialet fordelt på regioner - opgjort på fuldtidsenheder

| | Region Syddanmark | Region Midtjylland | Region Nordjylland | Region Sjælland | Region Hovedstaden |
|--|-------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| Samlede antal praktiserende reumatologer opgjort som "fuldtidsenheder" | 7,66 | 3 | 1 | 5,66 | 26,66 |
| Antal "fuldtidsenheder" Pr. 100.000 indbyggere | 0,64 | 0,24 | 0,17 | 0,69 | 1,55 |

Kilde: Øvrige regioner og Danmarks statistik

Note: opgjort pr. 31. december 2011.

Af ovenstående tabel fremgår det, at Region Hovedstaden har flest praktiserende reumatologer – også set i forhold til befolkningstal. De praktiserende reumatologer er dog godt repræsenteret i Region Syddanmark sammenlignet med de øvrige regioner.

Tabel 7.5.4.2 Reumatologikapaciteten i regionen på 31. december 2011 fordelt på sygehusområder.

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal Ydernumre | Indbyggere pr. reumatolog |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------|
| OUH | 447.578 | 3,33 | 134.408 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 1 | 285.238 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 2 | 118.781 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 1,33 | 173.657 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 7,66 | 156.833 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringsystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i reumatologisk fuldtidspraksis er 67 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 48 år til 66 år mens gennemsnitsalder i deltidspaksis er 78 år. Forudsættes det at lægerne ophører som 65-årige, vil der i nærmeste fremtid være behov for at rekruttere 2,66 reumatologer til praksis.

Ventetid.

Et kig på Sundhed.dk blandt de praktiserende reumatologer viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder er fordelt således: Odense Universitetshospital 12 uger, Sygehus Lillebælt 15 uger, Sygehus Sønderjylland 4 uger og Sydvestjysk Sygehus 9 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til reumatologiske specialepraksis på ca. 17,3 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i reumatologi praksis var på ca. 2,3 mio. kr.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 3,4 mio. kr. og den laveste omsætning var på 1,2 mio. kr.

Knækgrænsen for reumatologipraksis var i 2011 på 2.989.749 kr. Antal praksis der lå omkring knækgrænsen eller lige over knækgrænsen var i 2011 på 3, mens antallet af praksis under knækgrænsen med angivelse af "frirum" var 4.

Tabel 7.5.4.3 viser den gennemsnitlige aktivitet i reumatologipraksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det, at hver reumatolog i gennemsnit behandlede 1.450 patienter og at den gennemsnitlige reumatologipraksis havde 3.029 patientkontakter.

Tabel 5.5.4.3 Gennemsnitlige aktivitet i reumatologipraksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|------------|
| Patientkontakter | 23.205 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons) pr. læge | 3.029 |
| Antal patienter | 11.108 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 1.450 |
| Bruttohonorar kr. *) | 17.304.309 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 2.259.048 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.5.4.4 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 46,6%. Omregnes der til faste priser var den samlede stigning fra 2008 til 2011 på i alt 42%.

Tabel 7.5.4.4 Honorar udbetalt til reumatologipraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 8.055.513 | 10.470.579 | 9.735.696 | 9.812.396 | 30,0 | -7,0 | 0,8 |
| Tillægsydelser | 3.365.049 | 4.413.751 | 5.087.613 | 7.491.815 | 31,2 | 15,3 | 47,3 |
| Laboratorieydelser | 82 | 85 | 270 | 99 | 3,7 | 217,6 | -63,3 |
| | 11.420.644 | 14.884.415 | 14.823.579 | 17.304.310 | 30,3 | -0,4 | 16,7 |

Stigningen i udgifter i periode 2010 til 2011 skal ses i lyset af, at der ophørte en praksis på ved udgangen af 2010 uden den var afhændet til anden side. Det ledige 0-ydernetnummer blev først besat ultimo 2010.

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens reumatologiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Vejle, Fredericia, Middelfart, Esbjerg og Gråsten. Afdelingerne i Svendborg, Kolding og Fredericia varetager behandling på hovedfunktionsniveau, mens afdelingerne på Odense, Vejle, Middelfart, Esbjerg og Gråsten sygehuse varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau. Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

Aktiviteten for de reumatologiske afdelinger i Region Syddanmark er ikke medtaget i denne plan. I sygehusregi er det reumatologiske speciale ikke et selvstændigt speciale, men et ud af tolv grenspeciale under specialet intern medicin. Det betyder at det er meget forskelligt om sygehusene har selvstændige afdelingskoder for grenspecialerne eller ej. Det gør det vanskeligt at udtrække sammenlignelige tal på tværs af sygehuse, for på nogen sygehuse vil reumatologi være en selvstændig afdeling, mens den på andre blot er del af Intern medicin.

Vurdering af kapaciteten.

Det er vurderingen, at der er en generel mangel på reumatologer i regionen. Men med baggrund i arbejdsdelingen kan det dog være svært at angive behovet af antal speciallæger i praksis og sygehusregi.

Det er umiddelbart vurderingen, at den nuværende kapacitet i praksis er hensigtsmæssig men, at der er tale om en skæv geografisk fordeling. I tråd med de generelle anbefalinger i indledningen er det vurderingen, at det vil være en fordel at reumatologisk speciallægepraksis tilrettelægges som fuldtidspraksis. Det anbefales derfor at de 2 deltidsydernetnumre inden for specialet nedlægges ved ledighed og det i den forbindelse kan overvejes at opnormere deltidsydernetnumrene til en fuldtidspraksis.

Det vurderes, at nærhedsprincippet ikke er afgørende for dette speciale, men at det vil være relevant at se det i sammenhæng med sygehusstrukturen. Dog således at speciallægepraksis forsat placeres i de større byer med henblik på at sikre et nødvendigt patientunderlag.

Det er ligeledes vurderingen, at der samlet inden for specialet er en mulighed for udbudsskab efterspørgsel således, at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsen specialevejledning.

Med undtagelse af ydelser på regions- og højt specialiseret niveau samt enkelte andre områder, hvor der er en speciel regulering (fx behandling med biologiske lægemidler) er det ikke muligt med baggrund i diagnosen alene at afgøre, hvorvidt patienten skal behandles i speciallægepraksis eller sygehusregi. Det afgørende er mere det enkelte sygdomsbilledes kompleksitet.

Specialerådet har vurderet, at arbejdsdeling kan styrkes ved, at

- nogle patienter fx patienter med kronisk inflammatoriske reumatiske lidelser, med fordel vil kunne følges i "parløb", så de med lange intervaller vurderes på hospitalet afdelingerne.
- "Reumatologia minor" - patienter med lokaliserede reumatiske lidelser, fortrinsvis behandles i praksis.
- mulighederne for at give biologisk behandling i speciallæge praksis afklares. Et emne for fælles nationale retningslinjer.
- der på rygområdet et tættere samarbejde mellem Rygcentret i Middelfart og speciallæge praksis, med henblik på mere præcise retningslinjer for visitationen af patienter. Hvem bør håndteres i almen praksis, hvem bør håndteres i speciallægepraksis og hvem bør håndteres på rygcentret.
- speciallægepraksis får mulighed for at henvise patienter til genoptræning i kommunalt regi.

Behandling med biologiske lægemidler

I henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning kan speciallægepraksis varetage kontrol og videre behandling af udvalgte ukomplicerede patienter, som er i behandling med biologiske lægemidler. En forudsætning herfor er dog, at den konkrete speciallægepraksis er godkendt hertil af Sundhedsstyrelsen samt har et godkendt formaliseret samarbejde med en sygehusafdeling med regionsfunktionen.

Det drejer sig om regionsfunktioner indenfor: "Reumatoid artrit, spondylitis ankylopoietika og psoriasis artrit ved kompliceret, behandlingsrefratar sygdom, som er godkendt til Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus og Kong Chr. X's Gigthospital.

Regionsrådet har på møde den 25. juni 2012 vurderet, at der ikke i øjeblikket er behov for at udvide udbuddet af behandlingskapaciteten inden for de nævnte funktioner i reumatologi.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation mellem de involverede parter vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Det kan f.eks. ske ved regelmæssige faglige møder og kliniske konferencer mellem den lokale sygehusafdeling og speciallægepraksis i området. Primært til diskussion af patienten med henblik på at sikre den optimale udredning og behandling samt sikre ensartet klinisk praksis, så der arbejdes ud fra ensartet fælles kliniske retningslinjer.

Det anbefales,

- At specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser
- At der mellem praksis og sygehusafdelingerne i området afholdes møder efter behov.
- At muligheden for gennemførelse af kliniske konferencer og "fælles konsultationer" ved hjælp af telemedicinsk udstyr undersøges
- At muligheden for oprettelse af en hotline/telefonisk rådgivning, så speciallægepraksis har mulighed for at konferere patienter med en hospitalsansat reumatolog undersøges

Konklusion/anbefalinger.

Reumatologisk speciallægepraksis er et godt og nødvendigt supplement til sygehusvæsenet i Region Syddanmark.

Den eksisterende kapacitet i praksis vurderes overordnet at være hensigtsmæssig. Dog er der tale om en skæv geografisk fordeling.

I henhold til overenskomstens målsætning om hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger skal det anbefales at der sker en nedlæggelse af de 2 deltidsydernumre inden for specialet ved ledighed. I den forbindelse kan det overvejes at opnormere deltidsydernumrene til en fuldtidspraksis.

Ved placering af eventuelt opnormerede deltidsydernumre anbefales det at mindske den nuværende skæve geografiske placering af speciallægepraksis.

Arbejdsdelingen.

Overordnet vurderes den nuværende arbejdsdeling for tilfredsstillende. Dog skal det anbefales, at nedenstående problemstillinger nærmere vurderes:

- Om nogle patienter fx patienter med kronisk inflammatoriske reumatiske lidelser, med fordel vil kunne følges i "parløb", så de med lange intervaller vurderes på hospitalsafdelingerne.
- At "Reumatologia minor" - patienter med lokaliserede reumatiske lidelser, fortrinsvis behandles i praksis.
- At der på rygområdet er et tættere samarbejde mellem Rygcentret i Middelfart og speciallægepraksis, med henblik på mere præcise retningslinjer for visitationen af patienter. Hvem bør håndteres i almen praksis, hvem bør håndteres i speciallægepraksis og hvem bør håndteres på rygcentret.
- At speciallægepraksis får mulighed for at henvise patienter til genoptræning i kommunalt regi.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Der lægges vægt på, at der er et godt samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af alle sundhedsaktører inden for det reumatologiske speciale i specialerådet.

Dette kan endvidere f.eks. ske ved regelmæssige faglige møder og kliniske konferencer mellem den lokale sygehusafdeling og speciallægepraksis i området. Primært til diskussion af patienten med henblik på at sikre den optimale udredning og behandling samt sikre ensartet klinisk praksis, så der arbejdes ud fra ensartet fælles kliniske retningslinjer.

Det anbefales,

- At specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser
- At der mellem praksis og sygehusafdelingerne i området afholdes møder efter behov.
- At muligheden for gennemførelse af kliniske konferencer og "fælles konsultationer" ved hjælp af telemedicinsk udstyr undersøges.
- At muligheden for oprettelse af en hotline/telefonisk rådgivning, så speciallægepraksis har mulighed for at konferere patienter med en hospitalsansat reumatolog undersøges.

7.6 Kirurgi

Indledning.

Statusplanen inden for det kirurgiske speciale er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Specialerådsformand Claus Hovendal

Formand for de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark, Jørgen Dyrmosø

Praktiserende speciallæge Anders Haabegaard

Faglig beskrivelse af specialet

Det kirurgiske speciale er et medicinsk speciale som omfatter diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i fordøjelsessystemet, lever, galdeveje, bugspytkirtel, milt, bugvæg, bryster, prostata og endokrine kirtler, hvor et kirurgisk indgreb kan blive et led i behandlingen.

Specialet udøves både i speciallægepraksis og i sygehusvæsenet.

Praksisområdet.

Som udgangspunkt er det kirurgiske speciale dækket af sygehusene.

Udviklingen inden for kirurgien de senere år har medført, at et stigende antal operationer kan udføres som dagoperationer. Specielt har udviklingen af den endoskopiske kirurgi (kikkertundersøgelse) medført en flytning af operationer fra indlæggelser over til ambulante behandling. Dette har medført, at en stadig større del af de kirurgiske operationer, der tidligere blev udført i hospitalsregi, nu kan udføres i speciallægepraksis.

I speciallægepraksis foretages hovedsagelig endoskopier, analkirurgi (f.eks. hæmorider), åreknudeoperationer, fjernelse af fedt og talgknuder samt operationer for brok. Nedenfor er der en uddybning:

De diagnostiske procedurer omfatter:

- Endoskopier
 - gastroskopi (mavesæk)
 - anaskopi (endetarm)
 - sigmoideskopi (nedre del af tyktarm)
 - koloskopier (hele tyktarmen)
 - cystoskopi (urinblæren)
- Biopsier (vævsprøver)
 - finnålsbiopsi (celleprøve udhentes med nål)
 - vævsbiopsi (kirurgisk udtaget vævsprøve)
- Billeddiagnostiks undersøgelse
 - Ultralyd og Doppler undersøgelse af varicer
 - Ultralydskanning af abdomen (galdesten, aneurisme, nyresten, fri væske)

Indenfor alm. Kirurgi/gastroenterologi udføres i speciallægepraksis operation af :

- Svulster i hud og underhud samt diverse små operationer
- Hernieoperationer (Lyskebrok, navlebrok, ventralhernier)
- Hæmorroider
- Fistler (betændelsesgange)
- Bylder

Inden for urologi udføres i speciallægepraksis operation af :

- Vandbrok
- Sædbrok
- Årebrok
- Forhudsforstuvning

Kapacitet og aktivitet i kirurgi praksis.

Det kirurgiske speciale omfatter 4 fuldtidspraksis og 1 overlægepraksis, hvilket omregnet svarer til 4,1 fuldtidspraktiserende kirurger i Region Syddanmark. Alle praktiserende kirurger er mænd. 1 praksis har en assisterende speciallæge ansat (Odense). Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusoptageområder ses af nedenstående tabel.

Tabel 7.6.1 Kirurgiske speciallægepraksis fordelt på sygehusoptageområde. 2012

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal ydernumre | Indbyggere pr. kirurg |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| OUH | 447.578 | 2 | 223.789 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 1,1 | 259.307 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 1 | 237.561 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 0 | - |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 4,1 | 293.010 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet.

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i kirurgi praksis er 57,4 hvilket spænder over en aldersfordeling fra 49 år til 64 år. Heraf er 1 over 60 år. Forudsættes det, at lægerne ophører som 65 årige vil der i perioden 2012 til 2015 være behov for at rekruttere 0,1 kirurg til praksis.

Ventetid.

Et kig på Sundhed.dk blandt de praktiserende kirurger viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder fordelt således: Odense Universitetshospital 2 uger. Sygehus Lillebælt 2 uger og Sydvestjysk Sygehus 3 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til kirurgisk speciale på ca. 23 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i kirurgi praksis var på ca. 5,3 mio. kr. Praksisomsætning kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 6,9 mio. kr. og den laveste omsætning var på 1,9 mio. kr (opstart 1. april 2011). Den ene overlægepraksis havde en omsætning i 2011 på 55.000 kr.

Antal praksis over knækgrænsen var i 2011 på 3, mens antallet af praksis under knækgrænsen med angivelse af "frirum" var 1.

Tabel 7.6.2 viser den gennemsnitlige aktivitet i kirurgi praksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver kirurg i gennemsnit behandlede 2.703 patienter og at den gennemsnitlige kirurgi praksis havde 2.976 patientkontakter.

Tabel 7.6.2 Gennemsnitlige aktivitet i kirurgipraksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|---|-------------|
| Patientkontakter | 12.200 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons) pr. læge | 2.976 |
| | |
| Antal patienter | 11.082 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. speciallæge | 2.703 |
| | |
| Bruttohonorar kr. *) | 21.747.408 |
| Gennemsnitlige udbetalt bruttohonorar kr. pr. speciallæge i Region Syddanmark | 5.304.246 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.6.3 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 12 %.

Tabel 7.6.3 Honorar udbetalt til kirurgipraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 3.281.043 | 3.698.869 | 3.963.586 | 3.865.231 | 12,7 | 7,2 | - 2,5 |
| Tillægsydelser | 6.071.514 | 7.035.404 | 7.608.009 | 7.271.090 | 15,9 | 8,1 | -4,4 |
| Operationer | 8.402.485 | 9.289.777 | 9.422.522 | 9.599.608 | 10,6 | 1,4 | 1,9 |
| Analogiserede ydelser | 100.828 | 136.972 | 143.977 | 231.306 | 35,9 | 5,1 | 60,0 |
| Rammeaftaler | 1.566.807 | 1.408.406 | 1.601.891 | 780.172 | -10,1 | 13,7 | -51,3 |
| I alt | 19.422.676 | 21.569.427 | 22.739.985 | 21.747.408 | 11,1 | 5,4 | -4,4 |

Kilde: CSC – SAS - datavarehus

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens kirurgiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Vejle, Esbjerg, Aabenraa og Sønderborg som alle varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau som regionsfunktionsniveau. Eneste undtagelse er Sønderborg som kun varetager behandling på hovedfunktionsniveau. Odense Universitetshospital, Svendborg, Esbjerg og Aabenraa varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

Afdelingen på OUH varetager behandling på såvel hovedniveau, regionsfunktionsniveau samt på specialiceret niveau. De øvrige afdelinger varetager behandling på hovedfunktionsniveau.

I tabel 7.6.4 ses aktiviteten for de kirurgiske afdelinger i Region Syddanmark. Af tabellen fremgår det, at der i 2011 i alt var 116.633 ambulante besøg, hvilket er et fald på 2 % i forhold til 2010. Antal sengedage i 2011 var på 99.095, hvilket er et mindre fald på næsten 1 %.

Tabel 7.6.4. Aktivitet for de kirurgiske afdelinger i Region Syddanmark 2010 og 2011

| Sygehus | Antal ambulante besøg 2010 | Antal sengedage 2010 | Antal ambulante besøg 2011 | Antal sengedage 2011 |
|---------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Odense | 40.227 | 39.056 | 37.134 | 36.129 |
| Sønderjylland | 19.111 | 17.474 | 19.424 | 17.596 |
| Sydvestjysk | 13.674 | 17.257 | 13.507 | 19.338 |
| Lillebælt | 46.017 | 26.000 | 46.568 | 26.032 |
| I alt | 119.029 | 99.787 | 116.633 | 99.095 |

Kilde: Sydlis

Vurdering af kapaciteten.

Det er vurderingen, at der er udnyttet kapacitet inden for området. Der er således relativt kort ventetid til speciallægepraksis.

Der er ikke i dag praktiserende kirurger i det sønderjyske område. Dog skønnes nærhedsprincippet ikke at være afgørende for dette speciale.

Det er vurderingen, at der inden for specialet er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel, således at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

På den baggrund vurderes den nuværende kapacitet at være passende

Vurdering af arbejdsdelingen:

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet; det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De kirurgiske afdelinger skal kunne uddanne speciallæger.
7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.
8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Arbejdsdelingen bør endvidere baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Generelt vurderes den nuværende arbejdsdeling at være tilfredsstillende. Sygehusene har i forbindelse med arbejdet omkring denne specialeplan udtalt, at de ikke ønsker at få de ydelser der i dag udføres i speciallægepraksis ind på sygehusene, idet deres "set - up" ikke er gearret til små operationer.

Generelt er der blandt de praktiserende kirurger en interesse i at gennemføre flere endoskopiske undersøgelser (specielt gastro – og koloskopier). Specialerådet for Kirurgi har oplyst, at specielt koloskopi – kontroller med fordel kan lægges ud i speciallægepraksis.

De praktiserende kirurger har udtrykt interesse for at indgå i det kommende screeningsprogram for tarmkræft (iværksættes i 2014). I den forbindelse har de peget på oprettelse af satellitpraksis for at sikre en bred geografisk dækning.

Specialerådet har endvidere vurderet, at Endobase (et program hvor endoskopibeskrivelser samt billeder fra undersøgelsen lægges ind) med fordel kan implementeres i speciallægepraksis, hvilket giver mulighed for at "dele" problemer med de andre kirurgiske speciallæger samt sygehusene. En implementering forventes at ville koste ca. ½ mio. kr. pr. praksis.

Fra speciallægeside er der et ønske om mulighed for anæstesibistand på linje med den ordning som i dag gælder for øre-næse – og halslæger. Hermed vil det være muligt f.eks. at udføre brokoperationer, hæmorider og "skopier" som ikke kan lade sig gøre i almindelig behandling eller lokalanæstesi. Specielt efterlyser speciallægerne anæstesiassistance til en særlig anæstesimetode, hvor patienten ikke er fuldt bedøvet, men hvor vedkommende er i dyb søvn og hurtigt kan vækkes (Propofol Sedation). Metoden kan også anvendes med bistand fra en sygeplejerske (Nurse Administered Propofol Sedation – NAPS).

Afslutningsvis har der fra speciallægepraksis været ydret ønske om, at patienter kan henvises direkte fra sygehusene til de praktiserende kirurger uden at skulle forbi den alment praktiserende læge.

Vurdering af fagligt samarbejde - patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Dette kan ske f.eks ved samordningsmøder/nyhedsbreve mellem områdets praktiserende speciallæger og sygehusafdeling. Specielt har der i arbejdsgruppen været enighed om, at repræsentation af alle relevante sundhedsaktører i specialerådet er vigtigt.

De praktiserende kirurger i Region Syddanmark er i dag repræsenteret i Specialerådet for Kirurgi.

Det faglige samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusene vurderes af specialerådet som et område, der kan forbedres. Nogle patienter tabes på grund af besværlig og langsommelig kommunikationsvej over almen praksis. Specialerådet vurderer det som vigtigt med helt klare og tydelige retningslinier. Generelt er der et ønske om mere samarbejde og kommunikation mellem speciallægepraksis og sygehusene.

Konkret er der et ønske om at lave formelle patientforløb omkring cancerpatienter, således at der sikres en hurtigere behandling af cancerpatienter diagnosticeret i speciallægepraksis.

Endvidere er der et ønske om at få uddannelseslæger ud i speciallægepraksis. Begrundelsen herfor er, at nogle af de operationer som sygehusene sender ud til speciallægepraksis (hovedsageligt de lette patienter med hernier/variser, som forventes ikke at give komplikationer) er gode til uddannelse af yngre læger.

Ligeledes har de praktiserende kirurger udtrykt ønske om udarbejdelse af formelle patientforløb omkring cancerpatienter, således at der sikres en hurtigere behandling af cancerpatienter diagnosticeret i praksis.

Konklusion/anbefalinger.

Kapaciteten.

Som udgangspunkt er det kirurgiske speciale dækket af sygehusene. Det er dog vurderingen, at med den nuværende arbejdsdeling, hvor de praktiserende kirurger udgør det primære trin med diagnosticering, og udførelse af små kirurgiske operationer, udgør de et supplement til sygehusene, idet de er med til at aflaste sygehusene.

Selv om der er tale om en skæv geografisk fordeling af kapaciteten, vurderes den ikke at have den store betydning, idet nærhedsprincippet har mindre betydning.

Inden for det kirurgiske speciale vurderer regionen, at der er mulighed for udbudsskabt efterspørgsel.

Det anbefales at fastholde den nuværende kapacitet. Dog skal det anbefales – jf. den generelle indledning – at den enkelte overlægepraksis nedlægges ved ledighed.

Arbejdsdelingen.

Den nuværende arbejdsdeling vurderes som værende tilfredsstillende.

Følgende skal anbefales:

At en eventuel udlægning af sene kontrolkopier til speciallægepraksis overvejes nærmere

At en eventuel implementering af Endobase i speciallægepraksis overvejes nærmere

At ønsket om anæstesiassistance i speciallægepraksis overvejes nærmere.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Omkring det faglige samarbejde skal det anbefales, at der i specialerådsregi´ tages hånd om optimering af samarbejdet og kommunikationen mellem speciallægepraksis og sygehus.

Endvidere skal det anbefales, at der ligeledes i specialerådet arbejdes med at udarbejde formelle patientforløbsbeskrivelser omkring cancerpatienter diagnosticeret i speciallægepraksis.

Afslutningsvis skal det anbefales, at ønsket om at få uddannelseslæger ud i speciallægepraksis overvejes nærmere.

7.7 Neurologi

Indledning.

Statusplanen inden for det neurologiske speciale er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Specialerådsformand Mads Henrik Ravnborg

Formand for de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark, Jørgen Dyrmosø

Praktiserende speciallæge Michael Binzer

Faglig beskrivelse af specialet.

Specialet neurologi omfatter forebyggelse, diagnostik, medicinsk behandling, specialiseret rehabilitering (neurorehabilitering) og palliation af patienter med sygdomme i hjerne, rygmarv, nerver og muskler. Sygdommene kan være medfødte eller erhvervede som følge af vaskulær, neoplastisk, infektiøs, immunologisk grundsygdom, traumatisk eller toksisk skade eller udtryk for degeneration af ukendt årsag, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning, 2009.

Hovedparten af de neurologiske sygdomme kendetegnes ved at være kronisk fremadskridende lidelser, som f.eks sclerose og demens. Fælles for disse sygdomsgrupper er, at de ofte efterlader den sygdomsramte med væsentlige følgetilstande/handicap, som nødvendiggør daglig hjælp til patienten.

De mest hyppige sygdomsforekomster inden for er migræne, epilepsi, svimmelhed, hoved – og nakke traumer, demens samt sygdomme i rygmarv, nerverødder, nervetråde og muskler.

Incidensen af neurologiske sygdomme stiger med alderen. De kommende års demografiske udvikling med flere ældre må derfor forventes at afføde et stigende behov for neurologiske ydelser. I henhold til en beregning foretaget af WHO, vil der over de kommende 20 år ske en 20 % øget neurologisk sygdomsbelastning.

Praksisområdet.

Som udgangspunkt vurderes det neurologiske speciale inden for praksisområdet som et nødvendigt supplement til sygehusene.

De neurologiske speciallægepraksis foretager primært en afklaring af, hvorvidt symptomer og undersøgelsesfund er udtryk for neurologisk sygdom. De kan i et vist omfang varetage visse sygdomme, f.eks epilepsi, migræne og Parkinsons sygdom. Endelig udføres der i et begrænset omfang specialiserede undersøgelsesmetoder og behandlinger i speciallægepraksis.

I de senere år er de diagnostiske – og behandlingsmæssige muligheder indenfor de fleste neurologiske sygdomsgrupper forbedret markant. Elektiv indlæggelse til udredning, observation eller behandlingsjustering er reduceret betydeligt. Derimod er den ambulante aktivitet steget markant: En udvikling som forventes at fortsætte de kommende år. Det betyder, at patienter med neurologiske symptomer i stigende omfang kan udredes ambulant i speciallægepraksis.

Kapacitet og aktivitet i neurologisk praksis.

Det neurologiske speciale omfatter 7 fuldtidspraksis og 2 deltidspraksis, hvilket omregnet svarer til 7,6 fuldtidspraktiserende neurologer i Region Syddanmark. Fordelt på 5 mænd og 4 kvinder.

Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusoptageområder ses af nedenstående tabel.

Tabel 7.7.1 Neurologiske speciallægepraksis fordelt på sygehusområde. 2012

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal ydernumre | Indbyggere pr. neurolog |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|
| OUH | 447.578 | 3,3 | 135.630 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 2 | 142.619 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 1 | 237.561 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 1,3 | 177.665 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 7,6 | 158.071 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i neurologipraksis er 56 år hvilket spænder over en aldersfordeling fra 40 år til 69 år. Heraf er 3 speciallæger 60 år og derover. Forudsættes det, at speciallægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 til 2015 være behov for at rekruttere 2 praktiserende neurologer til praksis.

Ventetid.

Et kig på Sundhed.dk blandt de praktiserende neurologer viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder er fordelt således: Odense Universitetshospital 13 uger, Sygehus Lillebælt 2 uger, Sygehus Sønderjylland 7 uger og Sydvestjysk Sygehus 8 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til det neurologiske speciale på ca. 14,1 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i neurologisk praksis var på ca. 1,9 mio. kr. Praksisomsætning kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 2,3 mio. kr. og den laveste omsætning var på 1,1 mio. kr. De 2 deltidspaksis havde en omsætning på omkring 1 mio. kr.

Der var ingen praksis i 2011, som havde et forbrug over knækgrænsen.

Tabel 7.7.2 viser den gennemsnitlige aktivitet i neurologisk praksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver neurolog i gennemsnit behandlede 1.458 patienter, og at den gennemsnitlige neurologipraksis havde 3.802 patientkontakter.

Tabel 7.7.2 Gennemsnitlige aktivitet i neurologisk speciallægepraksis i 2011. Producent

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|------------|
| Patientkontakter | 28.894 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons og e-mail) pr. læge | 3.802 |
| Antal patienter | 11.079 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 1.458 |
| Bruttohonorar kr. *) | 14.201.092 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 1.868.565 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.7.3 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på -1,2 %.

Tabel 7.7.3 Honorar udbetalt til neurologisk praksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper. Producent.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 13.388.703 | 13.572.961 | 12.534.172 | 13.110.241 | 1,4 | -7,7 | 4,6 |
| Særydelser | 82.676 | 105.488 | 116.453 | 109.580 | 27,6 | 10,4 | -5,9 |
| Rammeaftaler | 903.063 | 1.482.975 | 1.193.118 | 981.271 | 64,2 | -19,6 | -17,7 |
| I alt | 14.374.442 | 15.161.424 | 13.843.743 | 14.201.092 | 5,5 | -8,7 | 2,6 |

Kapaciteten og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens neurologiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Vejle, Esbjerg og Sønderborg. De varetager alle behandling på såvel hovedfunktionsniveau som regionsfunktionsniveau. Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

I tabel 7.7.4 ses aktiviteten for de neurologiske afdelinger i Region Syddanmark. Af tabellen fremgår det, at der i 2011 i alt var 59.579 ambulante besøg, hvilket er en stigning på 9 % i forhold til 2010. Antal sengedage i 2011 var på 56.044, hvilket udgør et fald på næsten 4

Tabel 7.7.4. Aktivitet for de neurologiske afdelinger i Region Syddanmark 2010 og 2011.

| Sygehus | Antal ambulante besøg 2010 | Antal sengedage 2010 | Antal ambulante besøg 2011 | Antal sengedage 2011 |
|---------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Odense | 16.181 | 15.072 | 20.459 | 15.387 |
| Sønderjylland | 9.563 | 13.351 | 9.714 | 11.927 |
| Sydvestjysk | 9.860 | 16.436 | 11.741 | 16.980 |
| Lillebælt | 19.039 | 13.447 | 17.665 | 11.750 |
| I alt | 54.643 | 58.306 | 59.579 | 56.044 |

Kilde: Sydlis

Vurdering af kapaciteten.

Der er tale om en forholdsvis jævn geografisk fordeling af den nuværende kapacitet.

Det er vurderingen, at der inden for specialet er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel, således at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Som udgangspunkt findes den nuværende kapacitet for passende.

Generelt anbefales det, i henhold til overenskomstens målsætning om hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger, at deltidsydernumre ved ledighed konverteres til fuldtidsydernumre.

Vurderingen af arbejdsdelingen.

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen

mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet; det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De neurologiske afdelinger skal kunne uddanne speciallæger.
7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.
8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Arbejdsdelingen bør endvidere baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Den nuværende arbejdsdeling afspejler de praktiserende neurologer som gatekeeper. Op til 80 % af de henviste patienter har ikke neurologiske problemstillinger. Fra sygehusside er der et ønske om, at endnu flere patienter henvises fra almen praksis til speciallægepraksis frem for direkte henvisning til sygehuset.

Der er blandt parterne enighed om, at komplicerede hovedpinepatienter samt diagnosticering af sclerose varetages af sygehusene.

Sygehusene har peget på kronikerscreening som en arbejdsopgave der er blevet forsømt. På den baggrund ønskes det undersøgt, hvorvidt speciallægepraksis eventuelt kan gå ind og aflaste på området.

Udover ovennævnte bemærkninger vurderes den nuværende arbejdsdeling for tilfredsstillende.

Vurdering af fagligt samarbejde – patientforløb

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Dette kan ske f.eks ved samordningsmøder/nyhedsbreve mellem områdets praktiserende speciallæger og sygehusafdeling. Specielt har der i arbejdsgruppen været enighed om, at repræsentation af alle relevante sundhedsaktører i specialerådet er vigtigt.

Der eksisterer ikke i dag noget formaliseret samarbejde mellem de praktiserende neurologer og sygehusene. I forlængelse heraf er der i dag ikke en repræsentant for de praktiserende neurologer i specialerådet.

Det vurderes imidlertid nødvendigt med en opprioritering af det faglige samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af de praktiserende neurologer i specialerådet.

Konkret skal der peges på muligheden for afholdelse af fælles konferencer samt gensidige faglige besøg. Alt sammen for at fremme udveksling af erfaringer, faglig sparring og information om nye udviklinger

Konklusion/anbefalinger.

Kapaciteten.

Som udgangspunkt vurderes det neurologiske speciale som et nødvendigt supplement til sygehusene.

Specielt er det – med sin gatekeeperfunktion – med til at sikre, at mange patienter med ikke – neurologiske problemstillinger ikke bliver direkte henvist til sygehusene af den praktiserende læge.

I tråd med de generelle anbefalinger i indledningen ønskes de eksisterende deltidspraksis inden for specialet nedlagt/konverteret til fuldtidspraksis.

Arbejdsdelingen.

Fra sygehusside er der peget på, at der stadigvæk bliver henvist for mange patienter uden neurologiske problemstillinger. På den baggrund anbefales det, at det nærmere undersøges, hvorvidt almen praksis i højere grad kan henvise til speciallægepraksis frem for til sygehusene, såfremt de er usikre på, hvorvidt der foreligger en neurologisk sygdom.

Det skal ligeledes anbefales, at det nærmere undersøges, om speciallægepraksis – eventuelt via en § 66 – aftale - kan gå ind og aflaste sygehuset på området for kronikerscreening.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Omkring det faglige samarbejde skal det anbefales, at der sker en styrkelse af det faglige samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder muligheden for en repræsentation af de praktiserende neurologer i specialerådet.

Konkret peges på muligheden for afholdelse af fælles konferencer samt gensidige faglige besøg. Alt sammen for at fremme udveksling af erfaringer, faglig sparring og information om nye udviklinger

7.8 Ortopædisk kirurgi

Indledning.

Statusplanen inden for det ortopædkirurgiske speciale er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis. I den forbindelse har der været afholdt ét møde mellem administrationen samt nedenstående repræsentanter:

Specialerådsformand Steen A. Schmidt

Formand for de praktiserende speciallæger i Region Syddanmark, Jørgen Dyrmosø

Praktiserende speciallæge Kim Boe

Faglig beskrivelse af specialet.

Ortopædkirurgi er det speciale som generelt omfatter forebyggelse, undersøgelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af såvel medfødte som erhvervede lidelser i bevægeapparatet (knogler, led, ledbånd, muskler og sener). Lidelserne kan være af traumatisk og ikke – traumatisk karakter, ved hvilke operative indgreb eller bandagering er et væsentligt led i behandlingen.

Der har de senere år været en stigende opgavemængde som følge af, at antallet af arbejdsskader og arbejdsulykker generelt er steget gennem de senere år. Derudover er idrætsskader blevet en del af speciallægepraksis' arbejdsområde.

Incidensen af visse ortopædkirurgiske lidelser, f.eks slidgigt, stiger med stigende alder. Med den forventede demografiske udvikling kan der forventes et øget behov for ortopædkirurgiske ydelser.

En del af arbejdsopgaverne inden for specialet omfatter vurdering af behov for indlæg, fodtøj, bandager og hjælpemidler i tilknytning til invalide og socialproblematikker.

Endelig skal det nævnes, at der inden for specialet er en stor privat sektor, som ikke er en del af det offentlige sundhedsvæsen.

Praksisområdet.

Som udgangspunkt er det ortopædkirurgiske speciale dækket af sygehusene.

I ortopædkirurgisk speciallægepraksis udføres primært hånd,- fod- og knækirurgisk indgreb. En mindre del omfatter indgreb som operationer for negleproblemer og mindre knuder i hud og underhud. Enkelte praksis udfører variceaudit.

Den teknologiske udvikling har medført en række nye behandlingsformer for forskellige ortopædkirurgiske lidelser.

Kapacitet og aktivitet i ortopædkirurgisk praksis.

Det ortopædkirurgiske speciale omfatter 4 fuldtidspraksis (heraf 2 delepraksis) og 2 deltidspaksis, hvilket omregnet svarer til 4,6 fuldtidspraktiserende ortopædkirurger i Region Syddanmark. Alle de praktiserende ortopædkirurger (8 i alt) er mænd.

Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusoptageområder ses af nedenstående tabel.

Tabel 7.8.1 Ortopædkirurgiske speciallægepraksis fordelt på sygehusoptageområde. 2012

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal ydernumre | Indbyggere pr. ortopædkirurg |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------------|
| OUH | 447.578 | 3 | 149.193 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 1,3 | 219.414 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 0 | 0 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 0,3 | 769.883 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 4,6 | 261.161 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i ortopædkirurgisk praksis er 57 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 48 år til 63 år. Heraf er 3 ortopædkirurger 60 år og derover. Forudsættes det at lægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 til 2015 være behov for at rekruttere 1,3 praktiserende ortopædkirurger til praksis.

Ventetid.

Et kig på Sundhed.dk blandt de praktiserende ortopædkirurger viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder er fordelt således: Odense Universitetshospital 9 uger, Sygehus Lillebælt 13 uger og Sygehus Sønderjylland (ikke oplyst).

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til det ortopædkirurgiske speciale på ca. 22.8 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i ortopædkirurgisk praksis i Region Syddanmark var på ca. 5 mio. kr. Praksisomsætning kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 7,3 mio. kr. og den laveste omsætning var på 3,2 mio. kr. De 2 deltidspkaksis havde en omsætning på henholdsvis 0,6 mio. kr og 1,2 mio. kr.

Antal praksis over knækgrænsen var i 2011 på 2, mens antallet af praksis under knækgrænsen med angivelse af "frirum" var 2.

Tabel 5.8.2 viser den gennemsnitlige aktivitet i ortopædkirurgisk praksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver ortopædkirurg i gennemsnit behandlede 3.038 patienter, og at den gennemsnitlige ortopædkirurgisk praksis havde 3.994 patientkontakter.

Tabel 7.8.2 Gennemsnitlige aktivitet i ortopædkirurgisk praksis i 2011. Producent.

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|------------|
| Patientkontakter | 18.372 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons. + e-mail) pr. læge | 3.994 |
| Antal patienter | 13.975 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. speciallæge | 3.038 |
| Bruttohonorar kr. *) | 23.219.118 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. speciallæge | 5.047.634 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.8.3 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 5,4 %.

Tabel 7.8.3 Honorar udbetalt til ortopædkirurgisk praksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper. Producent

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 5.648.591 | 5.835.338 | 6.274.175 | 5.843.085 | 3,3 | 7,5 | -6,9 |
| Tillægsydelser | 739.632 | 1.293.385 | 1.743.242 | 1.720.324 | 74,9 | 34,8 | -1,3 |
| Operationer | 15.283.067 | 16.738.317 | 16.788.416 | 15.106.823 | 9,5 | 0,3 | -10 |
| Analogiserede ydelser | 253.929 | 396.663 | 376.435 | 266.366 | 56,2 | -5,1 | -29,3 |
| Rammeydelser | 102.092 | 120.163 | 303.071 | 282.519 | 17,8 | 152,2 | -6,6 |
| I alt | 22.027.311 | 24.383.866 | 25.485.340 | 23.219.118 | 10,7 | 4,52 | -8,9 |

Kapaciteten og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens ortopædkirurgiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Svendborg, Kolding, Vejle, Middelfart, Esbjerg, Grindsted, Aabenraa og Sønderborg som alle varetager behandling på hovedfunktionsniveau, mens afdelingerne på Odense, Kolding, Vejle, Middelfart, Esbjerg, Grindsted, Aabenraa og Sønderborg varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau som regionsfunktionsniveau.

Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

I tabel 7.8.4 ses aktiviteten for de ortopædkirurgiske afdelinger i Region Syddanmark. Af tabellen fremgår det, at der i 2011 i alt var 226.538 ambulante besøg, hvilket er en stigning på 10 % i forhold til 2010. Antal sengedage i 2011 var på 102.838, hvilket udgør et fald på næsten 6 % sammenlignet med 2010.

Tabel 7.8.4. Aktivitet for de ortopædkirurgiske afdelinger i Region Syddanmark 2010 og 2011.

| Sygehus | Antal ambulante besøg 2010 | Antal sengedage 2010 | Antal ambulante besøg 2011 | Antal sengedage 2011 |
|---------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Odense | 68.204 | 37.049 | 79.120 | 36.071 |
| Sønderjylland | 39.911 | 16.388 | 43.096 | 14.884 |
| Sydvestjysk | 31.896 | 20.843 | 33.653 | 19.299 |
| Lillebælt | 66.271 | 34.993 | 70.669 | 32.584 |
| I alt | 206.282 | 109.273 | 226.538 | 102.838 |

Kilde: Sydlis

Vurdering af kapaciteten.

Der er ikke i dag en praktiserende ortopædkirurgi i det sydvestjyske område. Dog skønnes nærhedsprincippet er mindre afgørende for patienters søgning til speciallægepraksis.

Det er vurderingen, at der inden for specialet er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel, således at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Som udgangspunkt findes den nuværende kapacitet for passende. Dog er der fra de adspurgte faglige repræsentanter et ønske om en nærmere undersøgelse af patientstrømmene.

Generelt anbefales det, i henhold til overenskomstens målsætning om hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger, at deltidsydernumre ved ledighed nedlægges/konverteres til fuldtidsydernumre.

Ved en eventuelt udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernumre foreslås kapaciteten opløst i den sydlige jyske del af regionen.

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet; det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De ortopædkirurgiske afdelinger skal kunne uddanne speciallæger.
7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.
8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Arbejdsdelingen bør endvidere baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Udviklingen inden for de senere år har medført, at en stadig større del af de ortopædkirurgiske operationer, der tidligere blev udført i sygehusregi, nu kan udføres i speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen vurderer overordnet den nuværende arbejdsdeling for tilfredsstillende. Sygehusene ser de praktiserende ortopædkirurger som "gatekeepere" og en garant for, at der ikke visiteres "banaliteter" til sygehusene.

De praktiserende ortopædkirurger har i forbindelse med planlægningsarbejdet oplyst, at de i større og større omfang får henvendelser fra almen praksis med henblik på vurdering af "ondt i ryggen" patienter.

Specialerådet og de praktiserende speciallæger har ønsket en nærmere undersøgelse af, hvorvidt de praktiserende ortopædkirurger eventuelt kan overtage plaffodede børn, f.eks. i form af en § 66 – aftale (friholdelse af 20 % af speciallægepraksis' kapacitet).

Afslutningsvis har de praktiserende speciallæger efterlyst muligheden for direkte – uden om den praktiserende læge – at kunne henvise patienter til genoptræning.

Vurdering af fagligt samarbejde - patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Dette kan ske f.eks. ved samordningsmøder/nyhedsbreve mellem områdets praktiserende speciallæger og sygehusafdeling. Specielt har der i arbejdsgruppen været enighed om, at repræsentation af alle relevante sundhedsaktører i specialerådet er vigtigt.

Der eksisterer ikke i dag noget formaliseret samarbejde mellem de praktiserende ortopædkirurger og sygehusene. Ligeledes sidder der heller ikke en repræsentant for de praktiserende ortopædkirurger i Det Ortopædkirurgiske Specialeråd.

Det findes nødvendigt med en større grad af samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af alle sundhedsaktører inden for det ortopædkirurgiske speciale. Det vil bidrage til at sikre et bedre patientforløb.

Konkret skal sygehusene opfordres til at invitere speciallægepraksis til faglige (undervisnings-)arrangementer på sygehusene (p.t. 4 gange om året).

Konklusion/anbefalinger.

Kapaciteten

Som udgangspunkt er det ortopædkirurgiske speciale dækket af sygehusene. Det er dog vurderingen, at med den nuværende arbejdsdeling, hvor de praktiserende ortopædkirurger hovedsageligt varetager forundersøgelse og vurdering af patienter med henblik på, om de skal videresendes til behandling på sygehusene, udgør et supplement til sygehusene, idet de er med til at aflaste sygehusene.

Selv om der er tale om en skæv geografisk fordeling af kapaciteten, vurderes den at have mindre betydning for patienters søgning til speciallægepraksis.

Inden for det ortopædkirurgiske speciale er der en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel.

På den baggrund anbefales en opretholdelse af den nuværende kapacitet.

I tråd med de generelle anbefalinger i indledningen ønskes de eksisterende deltidspraksis inden for specialet nedlagt/konverteret til fuldtidspraksis. I forbindelse med en eventuel udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernumrene foreslås kapaciteten opslået i den sydlige jyske del af regionen.

Arbejdsdelingen.

Den nuværende arbejdsdeling vurderes at være tilfredsstillende.

Dog skal det anbefales, at det nærmere undersøges, hvorvidt der er basis for indgåelse af en § 66 – aftale omkring overtagelse af platfodede børn fra sygehusene.

Endelig anbefales det, at muligheden for henvisning af patienter direkte til genoptræning (uden om den praktiserende læge) overvejes nærmere.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Omkring det faglige samarbejde anbefales, at der sker en styrkelse af samarbejdet og kommunikationen mellem speciallægerne og sygehusene. Ligeledes skal der opfordres til, at specialerådet drøfter en repræsentation af de praktiserende speciallæger i rådet.

Konkret opfordres sygehusene til at invitere speciallægepraksis til faglige (undervisnings-) arrangementer på sygehusene.

7.9 Patologi

Indledning.

Statusplanen er udarbejdet af administrationen. Da der er tale om et lille praksisspeciale har administrationen vurderet, at det ikke har været relevant at nedsætte en arbejdsgruppe i forbindelse med planlægningen på dette område.

Faglig beskrivelse af specialet

Patologisk anatomi og cytologi er et tværgående diagnostisk speciale, der omfatter diagnostik af sygdomme på basis af undersøgelser af organer, væv og celler i forbindelse med screening, udredning, behandling, behandlingskontrol og obduktioner.

Specialet betjener hospitalsafdelinger og praktiserende almen – og speciallæger.

Specialet adskiller sig fra de fleste andre specialer ved, at det drives uden direkte patientkontakt, hvorimod kontakt med den rekvirerende læge er vigtig.

Specialets diagnostiske udsagn danner basis for kliniske beslutninger om operative indgreb eller medicinske behandlinger. Derudover rummer den også vejledning om sygdommens udbredelse, behandlingseffekt og sygdommens prognose.

Hovedparten af arbejdet udgøres af kræftsygdomme, men inflammatoriske sygdomme i hud, nyrer og andre organer samt degenerative og metaboliske sygdomme indgår også i arbejdet.

Antallet af patologiudmeldelser må forventes at stige de kommende år som følge af dels den demografiske udvikling (flere ældre får hyppigere ondartet sygdom), dels specialets involvering i og accelereringen af udredning og screening for kræft. Hertil kommer også, at de generelt faldende indlæggelsestider stiller krav om hurtigere svar.

Praksisområdet.

På landsplan er der pr. 1. august 2012 kun patologipraksis i Region Midtjylland og Region Syddanmark.

Kapacitet og aktivitet i praksis.

Det patologiske speciale omfatter 4 overlægepraksis, hvilket omregnet svarer til 0,4 fuldtidspraktiserende patologer i Region Syddanmark. Alle overlægepraksis er knyttet til Sygehus Sønderjylland (Sønderborg).

Der er tale om "specielle" aftaler uden omsætningsloft indgået med det tidligere Sønderjyllands Amt. Region Syddanmark har frem til dato valgt at opretholde status quo. Dette er dog ikke holdbart på sigt.

Gennemsnitsalderen for praktiserende patologer er 68 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 66 år til 72 år.

I 2011 var regionens samlede udgift til det patologiske speciale på ca. 4 mio. kr. Heraf vedrørte ca. 0,7 mio. kr. analyser foretaget af de øvrige regioner.

Den gennemsnitlige omsætning i patologipraksis her i regionen var ca. 830.000. kr. – væsentligt over omsætningsloftet for en 3 timers overlægepraksis - som i 2011 var ca. 226.000 kr.

Der blev i 2011 foretaget 10.694 analyser - heraf blev 2.200 analyser foretaget af praktiserende patologer i de øvrige regioner.

Patologiservice i Sønderjylland

Langt hovedparten af de patologiprøver, som er sendt ud af Region Syddanmark, er fremsendt af de sønderjyske praktiserende dermatologer til praktiserende patologer i Region Hovedstaden. Pr. 1. august opsagde Region Hovedstaden overenskomsten med de praktiserende patologer.

Patologisk afdeling i Sygehus Sønderjylland kan p.t. ikke udføre dermatologisk diagnostik på medicinske problemstillinger (har ikke patologer, der har erfaring eller uddannelse til at diagnosticere dermatologiske hudsygdomme)

De praktiserende dermatologer i Region Syddanmark har henvendt sig til regionen med forslag om, at patologibetjeningen af alment praktiserende læger og speciallæger i den sønderjyske del af Region Syddanmark overgår til Patologisk afdeling på OUH.

Region Syddanmark arbejder i øjeblikket på at finde en løsning på ovenstående problem. Blandt løsningsmulighederne indgår også, at Patologisk afdeling på OUH tilføres ca. 700.000 kr. for at overtage patologiservicen overfor alment praktiserende læger og speciallæger i det sønderjyske område.

Udgangspunktet er, at patologibetjeningen af de alment praktiserende læger og speciallæger i Region Syddanmark fremover varetages af regionens patologiafdelinger.

Konklusion/anbefalinger.

Det anbefales, at de 4 patologiske overlægeydernumre i Region Syddanmark udfases, således at hospitalspatologien overtager kapaciteten i praksis vedrørende patologiske prøver fra patienter i Region Syddanmark.

Indtil ovenstående løsning er implementeret, anbefales det, at de eksisterende 4 overlægepraksis drives i henhold til overenskomstens bestemmelser – jf. bestemmelser om omsætningsgrænsen for 3 – timers overlægepraksis.

7.10 Plastikkirurgi

Indledning.

Statusplanen er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis.

Faglig beskrivelse af specialet

Plastikkirurgi omfatter undersøgelse, behandling og kontrol af medfødte og erhvervede misdannelser, ondartede og godartede svulster i huden og i bindevævet, brandsår, og kemiske skader på huden. Endvidere behandling af erhvervede kropsdeformiteter og defekter som følge af kræftbehandling, infektioner, vævssdød og traume eller følger af tidligere givne behandling samt tilstande betinget af accelererende aldringsfænomener.

Kosmetisk kirurgi er en del af plastikkirurgi og praktiseres fortrinsvis uden for offentligt regi.

Typisk for plastikkirurgi er, at de elektive funktioner dominerer.

En betydelig del af specialets ydelser kan foregå ambulantly.

Praksisområdet.

I plastikkirurgisk praksis behandles fortrinsvis patienter med godartede og ondartede hudområder (især i nsigtet). Herudover behandles patienter for arkorrektion, stritører, hudoverskud på øvre øjenlåg som generer synsfeltet m.m.

Plastikkirurgi har på en række områder overlap med andre specialer, f.eks. dermatovenerologi, øre-næsehals sygdomme, ortopædkirurgi, gynækologi m.m.

I speciallægepraksis behandles de samme patientgrupper som i hospitalssektoren. Forskellen er dog, at behandlingen i speciallægepraksis skal kunne foretages ambulantly og i lokal bedøvelse.

Kapacitet og aktivitet i plastikkirurgisk praksis.

Det plastikkirurgiske speciale omfatter 2 fuldtidspraksis og 1 deltidspaksis, hvilket omregnet svarer til 2,33 fuldtidspraktiserende plastikkirurger i Region Syddanmark. Alle praktiserende plastikkirurger er mænd.

Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusoptageområder ses af nedenstående tabel.

Tabel 7.10.1 Plastikkirurgisk kapacitet i regionen pr. 1. januar 2012. Fordelt på sygehusområder.

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal Ydrenumre | Indbyggere pr. plastikkirurg |
|---------------------------|----------------------------|-----------------|------------------------------|
| OUH | 447.578 | 2 | 223.789 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 0 | 0 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 0 | 0 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 0,3 | 769.983 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 2,3 | 522.323 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i plastikkirurgisk praksis er 59,7 år, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 55 år til 67 år. Forudsættes det at lægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 til 2015 være behov for at rekruttere 1 plastikkirurg til praksis.

Ventetid.

En forespørgsel blandt de praktiserende plastikkirurger viser den gennemsnitlige ventetid på sygehusoptageområder er fordelt således: Odense Universitetshospital 8 uger. Sygehus Sønderjylland: 34. uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til det plastikkirurgiske speciale på ca. 8,7 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i plastikkirurgisk praksis var på ca. 3,8 mio. kr. Praksisomsætning kan være en indikator på i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 4 mio. kr. og den laveste omsætning var på 3,8 mio. kr. Den enlige deltidspraksis omsatte for 0,9 mio. kr

Begge fuldtidspraksis havde i 2011 en omsætning som lå lige omkring knækgrænsen.

Tabel 5.10.2 viser den gennemsnitlige aktivitet i plastikkirurgisk praksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver plastikkirurg i gennemsnit behandlede 2.074 patienter og at den gennemsnitlige plastikkirurgiske praksis havde 3.812 patientkontakter.

Tabel 7.10.2 Gennemsnitlige aktivitet i plastikkirurgisk praksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|---|-------------|
| Patientkontakter | 8.767 |
| Gennemsnitlige antal kontakter (kons. inkl. telefons + e-mail) pr. læge | 3.812 |
| Antal patienter | 4.770 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 2.074 |
| Bruttohonorar kr. *) | 8.712.689 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 3.788.126 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tabel 7.10.3 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 8,9 %. I faste priser er der tale om en stigning på i alt 4,4 %,

Tabel 7.10.3 Honorar udbetalt til plastikkirurgisk praksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 560.281 | 666.176 | 926.100 | 736.153 | 18,9 | 39,0 | - 20,5 |
| Tillægsydelser | 155.707 | 224.699 | 376.122 | 489.850 | 44,3 | 67,4 | 30,2 |
| Operationer | 7.283.016 | 7.678.725 | 7.930.536 | 7.443.481 | 5,4 | 3,3 | - 6,1 |
| Rammeaftaler | | | 116.369 | 42.866 | - | - | - 63,2 |
| I alt | 7.999.005 | 8.569.600 | 9.349.127 | 8.712.351 | 7,1 | 9,1 | - 6,8 |

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens plastikkirurgiske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Vejle, Esbjerg. De varetager alle behandling på såvel hovedfunktionsniveau som regionsfunktionsniveau, Esbjerg Sygehus varetager plastikkirurgi i Aabenraa i form af udefunktion. Hertil kommer Grindsted som varetager behandling på hovedfunktionsniveau. Odense Universitetshospital varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

Vurdering af kapaciteten.

Der er i dag ikke nedsat fuldtidspraktiserende plastikkirurger uden for Fyn. Dog er der én deltidspraksis placeret i det sønderjyske område.

Det er vurderingen, at der inden for specialet eksisterer muligheden for en udbudsskab efterspørgsel, således at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

Presset på det plastikirurgiske område må forventes at være stigende de kommende år som følge af bl.a. stigende antal patienter med hudkræft, kræftpakkerne samt ikke mindst de konstant øgede behandlingsmuligheder inden for specialet.

Specialrådet inden for området har udtalt, at de finder, at kapaciteten er for lille i speciallægepraksis, hvilket afspejles i ventetiderne for visse elektive indgreb. Manglen på kapacitet findes at være mest markant i yderområderne.

Som udgangspunkt findes den nuværende kapacitet dog for værende passende.

I henhold til overenskomstens målsætning om hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger skal det anbefales, at der sker en nedlæggelse af den ene deltidspraksis inden for specialet ved ledighed.

Ved en eventuelt udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernummeret foreslås kapaciteten opslået i den jyske del af regionen..

Vurdering af arbejdsdelingen.

Arbejdsdelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis sker som udgangspunkt i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsdeling beror på tradition og henvisningspraksis fra de praktiserende læger i relation til sygehusenes kapacitet og tilgængeligheden af speciallægepraksis. Af væsentlige forhold, der afgør arbejdsfordelingen mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis, og som taler for, at behandlingen foretages i sygehusregi, er:

1. Maligne lidelser, bør fortrinsvis varetages af sygehusafdelingen.
2. Behov for assistance fra andre specialer før, under og efter en given behandling (røntgen, laboratorium, medicin, tilsyn etc.).
3. Høj operationskompleksitet; det kan være forhold ved selve operationen, som gør, at der er brug for særlige kundskaber eller specialviden, som generelt ikke findes i speciallægepraksis.
4. Sjældne lidelser, hvor hensynet til rutine og ekspertise gør, at det er nødvendigt at samle behandlingen.
5. Når behandlingen ikke kan foregå i speciallægepraksis, idet der er brug for professionel observation over længere tid.
6. Uddannelsesaspektet. De plastikkirurgiske afdelinger skal kunne uddanne speciallæger.
7. Opretholdelse af driftsgrundlag for sygehusafdelingerne.

8. Relativt sjældne undersøgelser og behandlinger, som kræver særligt og omkostningstungt udstyr.

Arbejdsdelingen bør endvidere baseres på en vurdering af økonomi sammenholdt med kvalitet for de enkelte ydelser og behandlinger samt betydningen for det samlede patientforløb.

Udviklingen inden for de senere år har medført, at en stadig større del af de plastikkirurgiske operationer, der tidligere er blevet udført i sygehusregi, nu kan udføres i speciallægepraksis.

Specialerådet har udtalt, at den nuværende arbejdsdeling anses for at være dækkende. Dog vil en kapacitetsudvidelse kunne mindske presset på sygehusene inden for hudkræft.

Samlet vurderes der ikke at være behov for en ændret opgavefordeling mellem sygehusene og de praktiserende plastikkirurger.

Vurdering af fagligt samarbejde - patientforløb.

En forudsætning for sammenhæng er en god kommunikation vedrørende henvisninger og udskrivningsmeddelelser.

Sammenhæng og bedst ressource-udnyttelse forudsætter fælles standarder og retningslinier for udredning og behandling. Der skal sikres samordnede – og koordinerede behandlingsforløb. Hertil kræves en koordinering af udredningsprogrammer omfattende såvel primær som sekundær sektor.

Dette kan ske f.eks ved samordningsmøder/nyhedsbreve mellem områdets praktiserende speciallæger og sygehusafdeling. Specielt har der i arbejdsgruppen været enighed om, at repræsentation af alle relevante sundhedsaktører i specialerådet er vigtigt.

Der eksisterer i dag, i et vist omfang, et formaliseret samarbejde mellem de praktiserende plastikkirurger og sygehusene. Ligeledes sidder der en repræsentant for de praktiserende plastikkirurger i Det Plastikkirurgiske Specialeråd.

Specialerådet finder, at det nuværende faglige samarbejde mellem sygehuse og speciallægepraksis er tilfredsstillende.

Konklusion/anbefalinger:

Kapaciteten.

Der er tale om et speciale, der som udgangspunkt er dækket af sygehusene, og hvor der kun er få praktiserende speciallæger. Dog vurderes det, at speciallægepraksis er velegnede til mindre plastikkirurgiske operationer og som sådan kan være supplement til sygehusene.

Det plastikkirurgiske speciale er kendetegnet ved muligheden for udbudsskabt efterspørgsel..

Presset på det plastikkirurgiske område må forventes at være stigende de kommende år som følge af bl.a. stigende antal patienter med hudkræft, kræftpakkerne samt ikke mindst de konstant øgede behandlingsmuligheder inden for specialet. Alt sammen vil det føre til krav om efterfølgende plastikkirurgiske korrektioner.

Selv om der er tale om en skæv geografisk fordeling af kapaciteten, vurderes den ikke at have den store betydning, idet nærhedsprincippet har mindre betydning.

På den baggrund anbefales en fastholdelse af den nuværende kapacitet. Dog skal det anbefales – jf. den generelle indledning – at den enkelte deltidspraksis nedlægges ved ledighed og det i den forbindelse overvejes at opnormere deltidsydernummeret til en fuldtidspraksis.

I forbindelse med en eventuel udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernummeret foreslås kapaciteten opslået i den jyske del af regionen.

Arbejdsdelingen.

Der vurderes ikke p.t. at være behov for en ændret opgavefordeling mellem sygehusene og de praktiserende plastikkirurger.

Fagligt samarbejde - patientforløb

Det nuværende faglige samarbejde mellem sygehusene og speciallægepraksis vurderes at være tilfredsstillende.

7.11 Pædiatri

Indledning.

Statusplanen er udarbejdet af administrationen med faglig bistand og input fra sygehusene og speciallægepraksis.

Faglig beskrivelse af specialet

Pædiatri er et aldersdefineret speciale, og ikke et organdefineret speciale, der som udgangspunkt omfatter børn fra fødsel til overstået pubertet i ca. 15 års alderen.

Pædiatri omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling og kontrol af medfødte og erhvervede lidelser samt afvigelser fra normal funktion i børnealderen (normalt fra fødsel til overstået pubertet). Enkelte patienter med svært kronisk lidelser (f.eks. sukkersyge, alvorlig allergi eller patologisk pubertetsudvikling) følges af pædiatrien til voksenalderen.

Desuden omfatter specialet rådgivning vedrørende børns psykiske og fysiske udvikling.

Den pædiatriske speciallæge varetager typisk en central koordinerende rolle i forhold til andre lægelige specialer og kommunale institutioner.

Der er en generelt stigende efterspørgsel af pædiatriske ydelser som følge af, at infektionssygdomme, allergi og allergibeslægtede lidelser er i stigning. Samme tendens ses i forhold til adfærdsforstyrrelser og psykosomatiske lidelser.

Praksisområdet.

Det pædiatriske speciale er som udgangspunkt dækket af sygehusene. Speciallægepraksis kan være et supplement.

I pædiatriske speciallægepraksis behandles børn med et bredt spektrum af pædiatriske diagnoser. Hovedvægten er på børn med trivselsproblemer, astma, allergi, neurologi og gastroenterologi.

Så vidt det er muligt undgås det at indlægge børn, hvorfor hovedparten af pædiatriske ydelser foregår i speciallægepraksis eller i børneafdelingernes ambulatorier og børnemodtagelse som ambulante ydelser.

Kapacitet og aktivitet.

Det pædiatriske speciale omfatter 3 fuldtidspraksis fordelt på 1 mand og 2 kvinder.

Den geografiske fordeling af praksis fordelt på sygehusplanlægningsområder ses af nedenstående tabel.

Tabel 7.11.1

| Sygehusområder i regionen | Indbyggere pr. 1. jan 2012 | Antal Ydernumre | Indbyggere pr. pædiater |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|
| Odense Universitetshospital | 447.578 | 2 | 223.789 |
| Sygehus Lillebælt | 285.238 | 0 | 0 |
| Sydvestjysk Sygehus | 237.561 | 0 | 0 |
| Sygehus Sønderjylland | 230.965 | 1 | 230.965 |
| Region Syddanmark | 1.201.342 | 3 | 400.447 |

Kilde: Danmarks Statistik og Sygesikringssystemet

Aldersprofil.

Gennemsnitsalderen i pædiatrisk praksis er 61,7, hvilket spænder over en aldersfordeling fra 56 år til 68 år. Forudsættes det at lægerne ophører som 65-årige, vil der i perioden 2012 til 2016 være behov for at rekruttere 2 pædiater til praksis.

Ventetid.

Den gennemsnitlige ventetid til pædiatrisk speciallægepraksis er ifølge oplysninger på Sundhed.dk. for ikke akutte patienter 5 uger.

Praksisomsætning:

I 2011 var regionens samlede udgift til det pædiatriske speciale på ca. 6,8 mio. kr. Den gennemsnitlige omsætning i pædiatripraksis var på ca. 2,3 mio. kr. Praksisomsætning kan være en indikator på, i hvor høj grad kapaciteten i den enkelte praksis udnyttes.

Den højeste omsætning i 2011 for en fuldtidspraksis (ydernummer) i regionen var på ca. 2,9 mio. kr. og den laveste omsætning var på 1,5 mio. kr.

I 2011 var den nedre omsætningsgrænse for specialet 962.298 kr. mens knækgrænsen var 3.574.704 kr. Alle praksis var således under knækgrænsen med angivelse af "frirum".

Tablet 7.11.2 viser den gennemsnitlige aktivitet i pædiatripraksis i Region Syddanmark i 2011. Af tabellen fremgår det at, at hver praktiserende pædiater i gennemsnit behandlede 1.011 patienter og at den gennemsnitlige pædiatripraksis havde 4.938 patientkontakter.

Tablet 7.11.2 Gennemsnitlige aktivitet i pædiatripraksis i 2011

| Gennemsnitsberegninger | 2011 |
|--|-------------|
| Patientkontakter (kons. inkl. telefons + e-mail) | 15.001 |
| Gennemsnitlige antal kontakter pr. læge | 5.000 |
| Antal patienter | 2.973 |
| Gennemsnitlige antal patienter pr. læge | 991 |
| Bruttohonorar kr. *) | 6.828.912 |
| Gennemsnitlige bruttohonorar kr. pr. læge | 2.276.304 |

* Bruttohonorarer lig faktisk honorar udbetalt for en ydelse, honoraret reguleres 2 gange årligt.

Tablet 7.11.3 viser, at den samlede stigning i løbende priser fordelt på hovedgrupper i perioden 2008 til 2011 har været på 9,0 %. Omregnes der til faste priser var den samlede stigning fra 2008 til 2011 på i alt 4,4 %.

Tablet 7.11.3 Honorar udbetalt til pædiatripraksis i Region Syddanmark fordelt på hovedgrupper.

| Ydelser | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Stigning/ fald (+/-) 2008/09 i % | Stigning/ fald (+/-) 2009/10 i % | Stigning/ fald (+/-) 2010/11 i % |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|---|---|
| Konsultationer | 4.618.086 | 5.064.912 | 5.025.437 | 5.144.674 | 9,7 | -0,8 | 2,4 |
| Tillægsydelser | 1.505.270 | 1.614.361 | 1.663.430 | 1.598.994 | 7,2 | 3,0 | -3,9 |
| Laboratorieundersøgelser | 149.093 | 155.187 | 157.121 | 85.244 | 4,1 | 1,2 | -45,7 |
| I alt | 6.272.449 | 6.834.460 | 6.845.988 | 6.828.912 | 9,0 | 0,2 | -0,2 |

Kapacitet og aktivitet i sygehusvæsenet.

Regionens Pædiatriske afdelinger er placeret på sygehusene i Odense, Kolding, Esbjerg og Sønderborg. Odense, Kolding og Sønderborg varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau samt regionsfunktionsniveau mens Odense Universitetshospital, varetager behandling på såvel hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau samt på højt specialiseret niveau.

I tabel 7.11.4 ses aktiviteten for de pædiatriske afdelinger i Region Syddanmark opgjort på sygehusplanlægningsområder. Af tabellen fremgår det, at der i 2011 i alt blev udskrevet xx personer, hvilket er en stigning/fald på ca. xx % i forhold til 2010. I 2011 var der XX ambulante besøg på de reumatologiske afdelinger, svarende til en stigning/fald på XX % målt i forhold til 2010

Tabel 7.11.4 Aktivitet på de pædiatriske afdelinger i Region Syddanmark i 2011 fordelt på sygehusplanlægningsområder.

Afventer tilbagemelding fra Sundhedsdokumentation – der findes ingen data fra OUH

| Sygehus | Antal ambulante besøg 2010 | Antal sengedage 2010 | Antal ambulante besøg 2011 | Antal sengedage 2011 |
|------------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Odense Universitetsh. | | | | |
| Sygehus Lillebælt | 14.595 | 6.193 | 15.804 | 5.405 |
| Sydvestjysk Sygehus | 8.554 | 3.492 | 9.701 | 3.465 |
| Sygehus Sønderjylland | 8.879 | 3.007 | 9.555 | 3.210 |
| I alt | | | | |

Kilde: Syd

Vurdering af kapaciteten.

Specialet er som udgangspunkt dækket af sygehusene. Speciallægepraksis kan være et supplement hertil.

Det er vurderingen, at nærhedsprincippet ikke er afgørende. Det er ligeledes vurderingen, at der inden for specialet er en mulighed for udbudsskabt efterspørgsel således, at flere borgere vil ønske og modtage behandling, hvis adgangen til behandling bliver lettere. Den lettere adgang opnås bl.a. ved kortere ventetid til behandling samt nedsættelse af flere speciallægepraksis.

En vurdering af, hvorvidt der er behov for speciallægepraksis/speciallægeydelser som supplement til sygehusbehandlingen må afhænge af behovet i sygehusregi.

Konklusion/anbefalinger.

Det pædiatriske speciale er et område, hvor der foregår meget tværspektorielt samarbejde. Speciale er som udgangspunkt er dækket af sygehusene, men speciallægepraksis kan være et supplement hertil.

Selvom der er en skæv geografisk fordeling af kapaciteten vurderes det ikke at have den store betydning. Det anbefales, at den nuværende kapacitet fastholdes. En vurdering af, hvorvidt der er behov for speciallægepraksis/speciallægeydelser som supplement til sygehusbehandlingen må afhænge af behovet i sygehusregi.

8. Samlede anbefalinger

I de foregående kapitler er beskrevet en række anbefalinger. I dette kapitel er der sket en sammenskrivning af anbefalingerne i praksisplanen. Det være sig de generelle anbefalinger samt anbefalinger om kapacitet mv.

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

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

- At Speciallægeoverenskomstens hovedmålsætning om at sikre befolkningen adgang til Speciallægehjælp ved hovedsagligt fuldtidspraktiserende speciallæger følges.
- At det i det omfang det er muligt og der ikke er planer om nedlæggelse sker en konvertering af deltidspkaksis til fuldtidspkaksis ligesom de tilbageværende overlægepraksis lukkes ved naturlig afgang.
- At nærhedsprincippet ikke er afgørende for de i planen omtalte specialer, men at det vil være relevant at se det sammenhæng med sygehusstrukturen. Dog således at speciallægepraksis fortsat placeres i de større byer i regionen med henblik på at sikre et nødvendigt patientunderlag.
- At knækgrænsen i speciallægepraksis fastholdes og administreres i henhold til overenskomstens bestemmelser
 - At der i planperioden indenfor udvalgte specialer udarbejdes aftaler i henhold til overenskomstens § 66 (friholdelse af 20% af kapaciteten i speciallægepraksis).

Anbefalinger vedrørende arbejdsdeling.

Arbejdsdeling mellem sygehusafdeling og speciallægepraksis som udgangspunkt sker i henhold til regionens specialeplan, som er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Det anbefales, at eventuel indgåelse af aftaler vedrørende flytning af opgaver fra sygehus til speciallægepraksis eller opgaveflytning speciallægepraksis til sygehus sker under hensyntagen til,

- Regionsrådet truffne beslutninger om sygehusstrukturen på området.
- Opretholdelse af den nødvendige viden og rutine på sygehusene
- Sikring af uddannelsesforløb på sygehusene
- Sikring af den nødvendige ekspertise i speciallægepraksis.
- Ventetiden i speciallægepraksis på almindelig overenskomst ydelser ved flytning af opgaver fra sygehus til praksis ikke stiger væsentligt.

Nedenstående er delpraksisplanernes anbefalinger.

Anbefalinger om kapacitet.

Delplanernes anbefalinger omfatter følgende omkring kapacitet, arbejdsdeling og fagligt samarbejde:

Anæstesi:

Ingen anbefalinger.

Børne- og ungdomspsykiatri:

Kapacitet:

Det anbefales, at den nuværende kapacitet bevares.

Arbejdsdeling:

Det anbefales, at specialerådet drøfter arbejdsdelingen med de 2 praktiserende speciallæger inden for specialet.

Fagligt samarbejde - patientforløb

Det anbefales, at specialerådet drøfter kommunikationen med mellem speciallægepraksis og den børne – og ungdomspsykiatriske afdeling med hensyn til de samordnede – og koordinerede patientforløb.

Radiologi:

Ingen anbefalinger.

Gynækologi- og obstetrik:

Kapacitet:

Det anbefales, at de 2 deltidspkaksis nedlægges eller i det omfang det er økonomisk muligt opgraderes til fuldtidspkaksis.

Såfremt der på sigt skønnes behov for en udvidelse af kapaciteten i praksis, anbefales det, at det sker ved oprettelse af en praksis i vestlige del af regionen.

Arbejdsdeling:

Det anbefales, at speciallægepraksis fremadrettet inddrages i udarbejdelsen af fælles patientforløbs-beskrivelser.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Det anbefales,

- At der afholdes op til 2 årlige møder med fokus på kommunikation og faglig udvikling
- At muligheden for oprettelse af en praksiskonsulentordning på området undersøges
- At muligheden for etablering af et tættere samarbejde mellem speciallægepraksis og almen praksis til håndtering af eksempelvis obstetriske problemstillinger efter ambulantly fødsel undersøges
- At muligheden for et fælles journalsystem til elektronisk kommunikation om den enkelte patient undersøges.

Intern medicin:

Kapaciteten:

Det anbefales, at regionsrådets beslutning i forbindelse med budget 2012 om nedlæggelse af de 2 deltidspkaksis inden for specialet (common trunk og kardiologi) fastholdes, således at praksis nedlægges ved ledighed.

Såfremt der skønnes behov for en udvidelse af kapaciteten anbefales det, at det sker i sygehusregi.

Arbejdsdeling:

Der anbefales en større grad af samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder repræsentation af alle sundhedsaktører inden for det intern medicinske speciale i specialerådene.

Reumatologi:

Kapacitet:

Det anbefales at de 2 deltidsydernumre inden for specialet nedlægges ved ledighed og det i den forbindelse overvejes at opnormere deltidsydernumrene til en fuldtidspraksis.

Arbejdsdelingen.

Det anbefales at nedenstående problemstillinger nærmere vurderes:

- At muligheden for at nogle patienter fx patienter med kronisk inflammatoriske reumatiske lidelser, følges i "parløb", så de med lange intervaller vurderes på hospitalsafdelingerne.
- At "Reumatologia minor" - patienter med lokaliserede reumatiske lidelser, fortrinsvis behandles i praksis.
- At der på rygområdet arbejdes for et tættere samarbejde mellem Rygcentret i Middelfart og speciallægepraksis, med henblik på en præcisering af retningslinjer for visitationen af patienter.
- At muligheden for at speciallægepraksis kan henvise patienter til genoptræning i kommunalt regi undersøges.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Det anbefales,

- At det gode samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene styrkes ved regelmæssige faglige møder og kliniske konferencer mellem den lokale sygehusafdeling og speciallægepraksis i området. Med henblik på at sikre den optimale udredning og behandling samt sikre ensartet klinisk praksis, så der arbejdes ud fra ensartet fælles kliniske retningslinjer.
- At specialerådet inddrages i udarbejdelse af f.eks. fælles standarder og patientforløbsbeskrivelser
- At der mellem praksis og sygehusafdelingerne i området afholdes møder efter behov.
- At muligheden for gennemførelse af kliniske konferencer og "fælles konsultationer" ved hjælp af telemedicinsk udstyr undersøges.
- At muligheden for oprettelse af en hotline/telefonisk rådgivning, så speciallægepraksis har mulighed for at konferere patienter med en hospitalsansat reumatolog undersøges.

Kirurgi:

Kapacitet:

Det anbefales, at det ene overlægeydernummer nedlægges ved ledighed. Herudover anbefales den nuværende kapacitet bibeholdt.

Arbejdsdeling.

Det anbefales,

- At en eventuel udlægning af sene kontrolskopier til speciallægepraksis overvejes
- At en eventuel implementering af Endobase i speciallægepraksis overvejes
- At anæstesiassistance i speciallægepraksis overvejes.

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Det anbefales,

- At specialerådet drøfter samarbejdet og kommunikationen mellem speciallægepraksis og sygehus
- At specialerådet udarbejder formelle patientforløbsbeskrivelser omkring cancerpatienter diagnosticeret i speciallægepraksis.
- At det overvejes nærmere at få uddannelseslæger ud i speciallægepraksis

Neurologi:

Kapacitet:

Det anbefales, at de 2 deltidspraksis nedlægges ved ledighed eller i det omfang det er økonomisk muligt opgraderes til fuldtidspraksis.

Arbejdsdeling:

Det anbefales,

- At det nærmere undersøges, hvorvidt almen praksis i højere grad kan tilskyndes til at henvise patienter til speciallægepraksis frem for til sygehusene i de situationer, hvor der er usikkerhed om, hvorvidt der foreligger en neurologisk sygdom.
- At det nærmere undersøges om speciallægepraksis – eventuelt i form af en § 66 – aftale – kan gå ind og aflaste sygehusene på området for kronikerscreening.

Fagligt samarbejde – patientforløb:

Det anbefales,

- at der sker en styrkelse af det faglige samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder muligheden for en repræsentation af de praktiserende neurologer i specialerådet.
- At der - med det mål at fremme udveksling af erfaringer, faglige sparring og information om nye udviklinger - afholdes fælles konferencer samt gensidige faglige besøg mellem speciallægepraksis og sygehusene.

Ortopædisk kirurgi:

Kapacitet:

Det anbefales,

- At de 2 deltidspraksis nedlægges ved ledighed eller i det omfang det er økonomisk muligt opgraderes til en fuldtidspraksis.
- At der i forbindelse med en eventuel udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernumrene til en fuldtidspraksis, foreslås kapaciteten opslået i den sydlige jyske del af regionen

Arbejdsdeling:

Det anbefales,

- At det nærmere undersøges, hvorvidt der er basis for indgåelse af en § 66 – aftale omkring overtagelse af platfodede børn fra sygehusene
- At overveje muligheden for, at de praktiserende ortopædkirurger kan henvise patienter direkte til genoptræning.

Fagligt samarbejde – patientforløb:

Det anbefales,

- At der sker en styrkelse af det faglige samarbejde og kommunikation mellem speciallægerne og sygehusene, herunder muligheden for en repræsentation af de praktiserende ortopædkirurger i specialerådet.
- At sygehusene inviterer speciallægerne til faglige (undervisnings-)arrangementer på sygehusene

Patologi:

Kapacitet:

Det anbefales, at de 4 patologiske overlægeydernumre i Region Syddanmark udfases, således at hospitalspatologien overtager kapaciteten i praksis vedrørende patologiske prøver fra patienter i Region Syddanmark.

Indtil ovenstående løsning er implementeret, anbefales det, at de eksisterende 4 overlægepraksis drives i henhold til overenskomstens bestemmelser – jf. bestemmelser om omsætningsgrænsen for 3 – timers overlægepraksis.

Plastikkirurgi:

Kapacitet:

Det anbefales

- At den ene deltidspraksis ved ledighed nedlægges eller i det omfang det er økonomisk muligt opgraderes til fuldtidspraksis
- I forbindelse med en eventuel udvidelse af kapaciteten eller opnormering af deltidsydernummeret til fuldtidspraksis, foreslås kapaciteten opslået i den jyske del af regionen

Arbejdsdeling.

- At den nuværende arbejdsdeling anses for at være dækkende

Fagligt samarbejde – patientforløb.

Det anbefales, at der er fokus på samarbejdet og kommunikationen mellem sygehusene og de praktiserende plastikkirurger.

Pædiatri:

Kapacitet:

Det anbefales, at den nuværende kapacitet fastholdes.