



Modernisering af speciallægepraksis i Neurologi
April 2010

**Modernisering af
speciallægepraksis i Neurologi**
April 2010

Forsiden illustrerer „Babinskis tåfænomen“

Indholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | <i>Baggrund og kommissorium</i> | 5 |
| 2. | <i>Deltagere</i> | 6 |
| 3. | <i>Sammenfatning og anbefalinger</i> | 6 |
| 4. | <i>Specialet Neurologi</i> | 7 |
| | 4.1. Beskrivelse af specialet - historie..... | 7 |
| | 4.2. Beskrivelse af det neurologiske speciale i speciallægepraksis | 9 |
| | 4.3. Fremtidens neurologi – udviklingstendenser for specialet | 10 |
| 5. | <i>Undersøgelser som indgår i neurologisk udredning</i> | 11 |
| | 5.1. Parakliniske undersøgelser..... | 12 |
| | 5.2. Andre undersøgelser | 12 |
| 6. | <i>Eksisterende ydelser i neurologisk speciallægepraksis (udover tillægsydelser nævnt i overenskomstens generelle del)</i> | 13 |
| | 6.1. Ydelser | 13 |
| | 6.2. Neurologens opgaver i forhold til patienten | 14 |
| 7. | <i>Nye ydelser/apparaturmæssige muligheder</i> | 16 |
| | 7.1. Ydelsesbeskrivelser..... | 17 |
| | 7.2. Limitering..... | 17 |
| 8. | <i>Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen</i> | 18 |
| | 8.1. Samarbejde med de neurologiske sygehusafdelinger | 18 |
| | 8.2. Samarbejde med andre praktiserende speciallæger | 18 |
| | 8.3. Samarbejde med almen praksis og hjemmeplejen | 18 |
| | 8.4. Samarbejde med det kommunale område | 19 |
| | 8.5. Henvvisninger | 19 |
| 9. | <i>Uddannelse</i> | 19 |
| | 9.1. Speciallægeuddannelse | 19 |
| | 9.2. Efteruddannelse..... | 20 |
| 10. | <i>Kvalitetssikring</i> | 20 |
| 11. | <i>Genoptræningsområdet</i> | 21 |
| 12. | <i>Bilag</i> | 20 |
| | <i>Bilag 1. Sygdomsgrupper</i> | 22 |
| | <i>Bilag 2. Ydelsesbeskrivelser</i> | 26 |

1. Baggrund og kommissorium

Danske Nervalægers Organisation (DNO) har i januar 2006 fremsendt et ønske om faglig modernisering af neurologisk speciallægepraksis. På denne baggrund er der i regi af Moderniseringsudvalget nedsat en ad hoc arbejdsgruppe med henblik på at gennemføre en modernisering af specialet.

Hensigten med faglige moderniseringer på speciallægepraksisområdet er at fremme den faglige udvikling og kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis og at sikre et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten om speciallægehjælp eller andre aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS).

Arbejdsgruppen vedrørende faglig modernisering af specialet neurologi skal:

- Beskrive og vurdere hvorledes en faglig modernisering af specialet kan gennemføres umiddelbart og på lidt længere sigt.
- Beskrive specialet neurologi med vægt på neurologisk speciallægepraksis.
- Beskrive og vurdere mulighederne for indførelse af nye ydelser – herunder pege på mulige sammenhængende patientforløb.
- Beskrive eksisterende ydelser i neurologisk speciallægepraksis – herunder stillingtagen til ydelser, der kan udgå.
- Ydelsesbeskrivelser skal indeholde målgruppe, behandlingens/ydelsens indhold, anvendelse af apparatur, kvalitetssikring, forhold omkring hjælpepersonale etc.
- Beskrive og vurdere apparatmæssige muligheder i neurologisk speciallægepraksis.
- Beskrive hvilke faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser en modernisering vil indebære.
- Beskrive specialets sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen – herunder sygehusvæsenet og speciallægepraksis inden for andre specialer – herunder også almen praksis og berøringsflader til det kommunale område.
- Beskrive og vurdere kvalitetssikring i neurologisk speciallægepraksis.
- Vurdere behovet for særlige tiltag i relation til den nye struktur på genoptræningsområdet.

I Overenskomst Vedrørende Anden Speciallægehjælp end Øjen- og Ørelægehjælp gældende fra 1. juni 1983 havde neurokirurgi og neuromedicin (herunder klinisk neurofysiologi) hver sin paragraf. Fra 1. juni 1990 indplaceredes neurokirurgi under paragraffen om neuromedicin, og denne indplacering blev bevaret ved sammenskrivningen af de tre speciallægeoverenskomster i 2002, hvor fællesbetegnelsen i overenskomstens specielle del (kapitel 10) blev neurologi.

Neurokirurgi har i dag sin egen speciallægeorganisation, ligesom specialet i speciallægepraksis har så lille et omfang (ét deltidsydernummer i Region Nordjylland), at arbejdsgruppen har fundet det nødvendigt at begrænse det foreliggende moderniseringsarbejde til neurologi/neuromedicin.

2. Deltagere

Foreningen af Speciallæger

Praktiserende speciallæge Michael Grønbech-Jensen
Formand for Danske Nervalægers Organisation

Praktiserende speciallæge Dorte Rasmussen
Danske Nervalægers Organisation

Praktiserende speciallæge Niels Siebuhr
Medlem af bestyrelsen i (*fra 4. oktober 2008 formand for*)
Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)

Seniorkonsulent Helge Jørgensen, FAS' sekretariat

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)

Ledende overlæge Allan Renard Andersen
Region Hovedstaden, neurologisk afdeling, Glostrup Hospital

Ledende overlæge Carsten Bisgård
Region Syddanmark, neurologisk afdeling, Vejle Sygehus

Danske Regioner

Chefrådgiver Josefina Krausing-Vinther
Sundheds- og socialpolitisk Kontor

Chefkonsulent Joy Strunck
Kontoret for Praksis og Lægeoverenskomster - indtil juni 2009.

Sundhedsstyrelsen

Afdelingslæge Bente Møller, Sundhedsplanlægning

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Specialkonsulent Tobias Neergaard – indtil 1. juni 2008

Specialkonsulent Lene Christensen – indtil juni 2009

Fuldmægtig Andreas Daugaard Jørgensen

3. Sammenfatning og anbefalinger

Arbejdsgruppen har, jævnfør kommissoriet, beskrevet specialet neurologi i speciallægepraksis, som det er aktuelt i dag, herunder de enkelte delelementer i den neurologiske udredningsstrategi. Fremtidens neurologi byder på udfordringer for speciallægepraksis som også behandles i nærværende rapport.

Den almindelige udvikling i diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder, der er sket siden den hidtidige ydelsesstruktur i overenskomsten for specialet blev til, har medført et behov for modernisering af overenskomsten. Endvidere medfører det højere informationsniveau og behov for speciallægefaglig intervention en nødvendig tilpasning af mulighederne i speciallægepraksis både for at tilgodese borgernes behov for speciallægehjælp og for bedst muligt at udnytte de samlede ressourcer.

I forbindelse med dette er der beskrevet og vurderet muligheder for en faglig modernisering med forslag til indførelse af konkrete nye ydelser, der vil give mere sammenhængende patientforløb, herunder nye konsultations- og tillægsydelser, der er mere konkretiserede i forhold til indhold.

Samtalernes kompleksitet er stigende. Patienterne er veloplyste og forventer detaljerede forklaringer og svar på stillede spørgsmål, herunder hvorfor/hvorfor ikke symptomer peger på neurologisk sygdom. Behandlingsforslag skal begrundes og virkning/bivirkninger grundigt gennemgås. Der i dag øgede krav til specifikke kontrolskemaer og diagnostisk klassifikation. Dette har nødvendiggjort en redefinerings af konsultationernes indhold.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at specialet neurologi bygger på dialog med borgeren samtidig med, at symptomer og sygdomme indenfor specialet netop kan ramme både kognitive, psykiske og motoriske funktioner, som stiller krav til de forhold kommunikationen foregår under.

De apparaturmæssige muligheder er også beskrevet både med henblik på sammenhængende patientforløb og med henblik på at skabe udvikling i specialet således, at det fremover vil være muligt at fastholde og rekruttere speciallæger til speciallægepraksis. Endvidere er der indenfor de apparaturkrævende områder borgere med udækkede behov, for eksempel spasticitetsbehandling, som den praktiserende speciallæge kan være med til at behandle. Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for neurologi af 5. maj 2009 begrænser dog mulighederne inden for visse ellers relevante områder, som har været intensivt diskuteret i arbejdsgruppen.

Aldersfordelingen af de praktiserende speciallæger viser et behov for tilgang af 10 speciallæger over de næste 10 år.

Arbejdsgruppen foreslår en række nye ydelser samt muligheder for henvisning direkte til praktiserende kardiolog samt fysioterapeuter vedr. udvalgte diagnoser på baggrund af den oprindelige henvisning samt at praktiserende neurologer får mulighed for selv at henvise til neuropsykologisk undersøgelse som led i egen udredning og i denne forbindelse sikres samme adgang til at få disse udført som sygehusambulatorierne.

4. Specialet Neurologi

4.1. Beskrivelse af specialet - historie

Neurologi er et selvstændigt speciale adskilt først fra psykiatrien og senere fra neurokirurgien og neurofysiologien. Med den nye *Speciallægereform 2003* er klinisk neurofysiologi nu et fagområde under neurologien.

Oprindeligt var neurologien et lille speciale med få afdelinger på landsplan, og faget var kun beskeden repræsenteret i speciallægepraksis. I 1960'erne blev der oprettet neurologiske afdelinger på de fleste centralsygehuse, og specialet gennemgik i de følgende år en rivende udvikling forsknings- og behandlingsmæssigt.

De seneste 10 år er der, som resultat af den generelle udvikling indenfor sygehussektoren, kontinuerligt sket en relativ reduktion af antallet af neurologiske afdelinger, hvilket indebærer en reduktion i antal sengepladser på de neurologiske afdelinger.

Der har endvidere, som i andre specialer været tiltagende mangel på speciallæger - på grund af udvikling i faget, som blandt andet kan hænge sammen med øgede behandlingsmuligheder af demens, dissemineret sklerose og trombolyselbehandling ved apopleksi.

Øget behov for ydelser i neurologisk speciallægepraksis

Generelt er der et øget behov for neurologiske ydelser, der i stigende omfang kan leveres ambulat i speciallægepraksis på baggrund af følgende:

- Ændringer i befolkningssammensætningen med større andel ældre
- Bedre diagnostiske muligheder af neurologiske sygdomme
- Nye behandlingsmuligheder i forhold til de neurologiske og tilgrænsende sygdomme.
- At en del af de opererede patienter har følgetilstande som varetages af neurologer (*f.eks. epilepsi efter hjernetumorer og kroniske smertetilstande*).
- Øget fokus på genoptræning, som varetages af kommunerne, af hjerneskadede efter traumer, tilgrænsende lidelser og apopleksi.

Nye muligheder for diagnostik, forebyggelse og behandling

Neurologien er midt i en kraftig forskningsbaseret udvikling der har medført større forståelse for de neurologiske sygdomme. Det er bl.a. tilfældet på det molekylærbiologiske niveau, hvor det har medført nye muligheder for tidlig og præcis diagnostik samt forebyggelse og behandling. Fortsat udvikling af billeddiagnostiske teknikker (MR-scanning) forventes at kunne overflødiggøre mange invasive undersøgelser og medføre en enklere, hurtigere og mere præcis klassifikation, prognostisering og opfølgning af en lang række neurologiske sygdomme.

Speciallægepraksis i tal

Nedenstående tabeller angiver specialets udvikling med hensyn til fuldtids- og deltidsydere, antal neurologer og aldersfordeling.

Tabel 1. Geografisk fordeling af ydere i specialet Neurologi/neuromedicin pr. 24. februar 2010

| Region | Fuldtidsydere | Ydere i delepraksis | Deltidsydere | 3-timersydere |
|--------------|---------------|---------------------|--------------|---------------|
| Hovedstaden | 11 | | 5 | 1 |
| Sjælland | 4 | 2 | | |
| Syddanmark | 7 | | 2 | 1 |
| Midtjylland | 6 | | 1 | |
| Nordjylland | 1 | | 1 | |
| I alt | 29 | 2 | 9 | 2 |

Kilde: Foreningen af Speciallæger, Speciallægefortegnelsen, udtræk pr. 24. februar 2010

Det fremgår af tabel 1, at knap 40 % af de praktiserende neurologer har praksis i Region Hovedstaden.

Tabel 2. Erhvervsaktive læger i Lægeforeningen med speciallægeanerkendelse i neurologi/neuromedicin pr. 1. februar 2010

| Specialnavn | Fuldtids-yder | Deltids-yder | Yder i dele-praksis | 3-timers-yder | Øvrige erhvervsaktive med speciallægeanerkendelse*) |
|------------------------|---------------|--------------|---------------------|---------------|---|
| Neurologi/neuromedicin | 28 | 9 | 2 | 1 | 199 |

Kilde: Lægeforeningens medlemsregister

*) På neurologiske afdelinger på sygehuse er der ud over speciallæger (overlæger og afdelingslæger) ansat reservelæger/1. reservelæger under uddannelse.

Tabel 2 viser, at knap 17 % praktiserer med ydernummer, mens de øvrige 83 % er ansat i sygehussektoren og/eller praktiserer uden ydernummer.

Tabel 3. Aldersfordeling pr. 24. februar 2010 for praktiserende neurologer fuldtids-, deltids- og 3-timersydernummer i neurologi/neuromedicin

| Alder | Fuldtidsydere | Delepraksis | Deltidsydere | 3-timerydere | I alt |
|-------|---------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| 40-44 | | | | | |
| 45-49 | 7 | | 1 | | 8 |
| 50-54 | 7 | 1 | 2 | | 10 |
| 55-59 | 6 | 1 | | 1 | 8 |
| 60-64 | 6 | | 1 | | 7 |
| 65-69 | 1 | | 1 | 1 | 3 |
| 70-74 | 2 | | 3 | | 5 |
| 75- | | | 1 | | 1 |

Kilde: Foreningen af Speciallæger, Speciallægefortegnelsen, udtræk pr. 24. februar 2010

Tabel 3 viser, at 16 ud af 42 praktiserende neurologer er over 60 år, og det må forventes, at en stor del af dem vil gå på pension i den nærmeste fremtid. Det indebærer, at speciallægepraksis i neurologi vil have behov for tilgang af mindst 10 speciallæger i de kommende år.

4.2. Beskrivelse af det neurologiske speciale i speciallægepraksis

Ifølge Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for neurologi (2009), omfatter det neurologiske speciale forebyggelse, diagnostik, medicinsk behandling, specialiseret genoptræning (neurorehabilitering) og palliation af patienter med sygdomme i hjerne, rygmarg, nerver og muskler. Sygdommene kan være medfødte eller erhvervede som følge af vaskulær, neoplastisk, infektiøs, immunologisk grundsygdom, traumatisk eller toksisk skade eller udtryk for en degeneration af ukendt årsag.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for specialets områder.

I bilag 1 beskrives de sygdomme, som behandles og udredes i speciallægepraksis.

De patientrelaterede opgaver består i undersøgelse, diagnostik, visitation, observation, behandling, planlægning af pleje, palliation og rehabilitering, opfølgning, rådgivning og information af patienter og pårørende samt forebyggelse. Hertil kommer efteruddannelse og administration.

På grund af nervesystemets kompleksitet og udbredelse i hele kroppen kan neurologisk årsag til sygdom mistænkes af læger og lægfolk ved et bredt spektrum af symptomer. Derudover kan nervesystemet give symptomer, som både er klart objektive, men ofte også helt subjektive. Endelig kan mange neurologiske sygdomme give symptomer med personlighedsmæssige, psykiatriske og adfærdsmæssige forstyrrelser.

En stor del af henvisningerne til den praktiserende neurolog sker tidligt i et udredningsforløb, hvor der hurtigt skal udelukkes alvorlig – eventuelt fremadskridende – sygdom i nervesystemet. En anden hyppig henvisningsårsag er ønsket om en neurologisk vurdering af symptomer, hvor tidligere forsøg på afklaring i andre specialer ikke har ført til en diagnose. Den neurologiske vurdering kan virke afklarende uanset om sygdomstilfældet nødvendiggør, at der iværksættes udredning og/eller behandling, eller det blot fastslås, at der ikke er en neurologisk årsag til patientens sygdom.

Symptomer, der hyppigt fører til henvisning til praktiserende neurolog, omfatter blandt andet hovedpine, smerter, svimmelhed, besvimelse, anfaldsfænomener, hukommelsesbesvær, lammelser, koordinations- og bevægeforstyrrelser, føleforstyrrelser og synsforstyrrelser. Symptomerne er ofte subjektive. Neurologens opgave er her at kunne lytte til patientens egen oplevelse af symptomerne og efterfølgende ved systematisk udspørgen at søge at klassificere symptomerne. Derudover er oplysninger om tidligere sygdom vigtig information, som af patienten måske ikke opleves som relevant, men som kan være afgørende for de videre overvejelser.

Klinisk vurdering og undersøgelse i neurologisk speciallægepraksis vil kunne afklare diagnosen for hovedparten af de ikke-akutte patienter suppleret med billeddiagnostiske- (CT og MR scanning), neurofysiologiske-, spinalvæske- og andre parakliniske undersøgelser. Langvarige ambulante forløb afhænger af sygdommens karakter. Eksempelvis kræver sygdomme som epilepsi, parkinsonisme, dissemineret sklerose etc. samt flere af de nye farmakologiske behandlinger tæt klinisk og paraklinisk kontrol.

Ved indførelse af ydelser som kan udføres af klinikpersonale vil det være naturligt at indføre tværfaglig tilgang til de kroniske neurologiske sygdomme som f.eks. Parkinsons sygdom. Hidtil har der ikke været mulighed og tradition for anvendelse af klinikpersonale udover sekretærer. En forudsætning for mere klinikpersonale vil være et større volumen af patienter/ydelser og udvidelsesmuligheder af klinikernes areal.

Udfærdigelse af attester og erklæringer i forbindelse med sygdom, pension, rehabilitering, forsikring indgår også i neurologens arbejdsområde.

Det neurologiske speciale egner sig således godt til speciallægepraksis. Jævnfør Dansk Neurologisk Selskab kan de praktiserende neurologers arbejdsopgaver da også stort set sammenlignes med aktiviteterne i sygehusenes neurologiske ambulatorier.

(ref: Dansk Neurologisk Selskabs hjemmeside: <http://www.neuro.dk/index7.htm>)

4.3. Fremtidens neurologi – udviklingstendenser for specialet

På sygehusniveau behandles patienterne i stigende grad i subspecialiserede ambulatorier eller dag- og fulddøgnsengeafsnit, hvor de enkelte sygdomsgrupper er samlede og behandles af tværfaglige teams. Det er tilfældet for patienter med demens-, sklerose-, epilepsi- apopleksi og bevægeforstyrrelser.

Der vil i stigende grad blive stillet krav til primærsektoren om præcis diagnosticering og visitering af patienterne mellem de enkelte sygdomsgrupper med henblik på at udnytte eksisterende ressourcer og dermed opnå optimale patientforløb.

Den neurologiske speciallæge vil fortsat varetage patienter med alvorlige sygdomme, der medfører svære skader på hjernesansning og motorik, og som har behov for en mere uddybende samtale om de diagnosticerede færdighedstab ("den svære samtale"). Den enkelte speciallæges særlige kompetencer vil i den forbindelse kunne udnyttes i tæt samarbejde med såvel sygehusvæsenet som primærsektorens andre aktører.

Fundamentalt er den neurologiske speciallæge generalist, forstået som ekspert i dels differentiering mellem neurologisk syg/ikke syg, dels i klassifikation af de neurologiske sygdomme og dels i initiering og opfølgning af behandling. Nogle patienter vil i perioder have behov for det specialiserede sygehusambulatorium med mulighed for vurdering i større faglig sammenhæng og i andre perioder for behandling i speciallægepraksis med mulighed for kontinuerlig opfølgning lokalt, hvor der er tæt samarbejde mellem de pårørende, almen praksis og hjemmeplejen. Opfølgning efter sygehusindlæggelse vil, for visse patientgrupper, naturligt kunne ske i speciallægepraksis.

Den fremtidige udvikling i neurologi vil kunne indebære, at neurologer i speciallægepraksis kan udføre enkle nerveledningshastighedsundersøgelser af perifere nerver (nerveafklemning ved håndled), og give botulinumtoksinbehandling til patienter med ukomplicerede fokale dystonier (abnorme muskelkramper lokalt) og spasticitet samt starte udredning af visse søvnforstyrrelser. Dette vil bl.a. kræve, at de neurologer, der nedsætter sig i speciallægepraksis, kan dokumentere relevant uddannelse (udbydes i afsnit 9 vedr. uddannelse).

Kvalitetssikring, referenceprogrammer og nationale- og internationale guidelines vil i fremtiden stille store krav til løbende efteruddannelse af speciallægerne. For yderligere vedrørende kvalitetssikring henvises til afsnit 10.

Fremtiden byder således på nye og spændende udfordringer til den neurologiske speciallæge i praksis.

Den planlagte modernisering af specialet er derfor påkrævet således, at nye behandlinger og undersøgelser løbende kan implementeres i speciallægepraksis og derved frigøre ressourcer i sygehusafdelingerne.

Sundhedsstyrelsen har den 5.maj 2009 udsendt Specialevejledning for Neurologi, som beskriver de specialiserede funktioner indenfor det neurologiske speciale. Speciallægepraksis vil generelt – med mindre særlige forhold taler imod det – kunne varetage hovedfunktioner, mens regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner er forbeholdt nogle sygehusafdelinger. Hvor det i Sundhedsstyrelsens specialevejledning specifikt er angivet, at en regionsfunktion kan varetages i et formaliseret samarbejde med hovedfunktionsniveau efter Sundhedsstyrelsens godkendelse, kan speciallægepraksis ansøge om at varetage denne funktion. Det forudsætter en aftale om formaliseret samarbejde med et sygehus, der varetager funktionen på regionsfunktionsniveau. Aftalen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen.

5. Undersøgelser som indgår i neurologisk udredning

For at kunne stille en korrekt diagnose og udelukke andre konkurrerende lidelser, vil det ofte være nødvendigt at foretage parakliniske undersøgelser.

5.1. Parakliniske undersøgelser

Nogle af de nedennævnte undersøgelser er flaskehalse for den videre behandling og udredning af patienterne. Det er nødvendigt for speciallægepraksis at have korte ventetider til parakliniske undersøgelser, hvis mulighederne for færdigbehandling i praksis skal sikres.

De med * markerede undersøgelser nedenfor ville kunne udføres i neurologisk speciallægepraksis, hvis volumen er tilstrækkeligt stort. De øvrige undersøgelser udføres på sygehus.

1. *Blodprøver
2. *Lumbalpunktur
3. *EKG + Holthermonitorering
4. *EEG+ EEG med søvnkurve¹
5. Video EEG
6. Søvn udredning
7. *Vippelejeundersøgelse
8. Konventionel røntgen
9. CT scanning
10. MR scanning
11. SPECT scanning
12. *Ultralyd
13. *Nerveledningshastighedsundersøgelse¹
14. EMG
15. *Distal trykmåling
16. Knoglescintigrafi
17. Ekkokardiografi
18. Urodynamisk undersøgelse

Der er problemer med muligheden for henvisning af patienter til ovennævnte undersøgelser, afhængig af geografi og lokale traditioner. En årsag er, at der generelt ikke har været taget højde for speciallægepraksis' behov for undersøgelser ved planlægning af kapaciteten indenfor visse parakliniske undersøgelser, for eksempel MR-skanning.

Det skal i øvrigt bemærkes, at det udvidede frie sygehusvalg pr. 1. januar 2009 også omfatter diagnostiske undersøgelser til brug for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger iht. Sundhedslovens § 60 og 64.

5.2 Andre undersøgelser

Speciallægepraksis efterspørger følgende undersøgelser, som de aktuelt ikke har adgang til:

- **Neuropsykologisk undersøgelse**

Der er ikke neuropsykologer med ydernumre, hvilket indebærer at patienterne skal henvises til undersøgelse på de neurologiske afdelinger på sygehusene. Kapaciteten er lille, og speciallægepraksis har derfor ikke direkte henvisningsret.

Det drejer sig typisk om patienter med følger efter mindre hovedtraumer og patienter hvor mistanke om demens/organisk hjerneskade er rejst.

¹ (Undersøgelsen er iht. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi en regionsfunktion, men kan varetages på hovedfunktionsniveau (herunder i speciallægepraksis) i et formaliseret samarbejde med hovedfunktionsniveau efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Varetagelse i neurologisk speciallægepraksis kræver derfor en aftale om et samarbejde med et sygehus på regionsfunktionsniveau, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen).

På baggrund af ovenstående anbefales, at praktiserende neurologer får mulighed for selv at henvise til neuropsykologisk undersøgelse som led i egen udredning.

- **Kardiologisk udredning**

Ved behov for kardiologisk udredning (*hjerterundersøgelser*) kan neurologisk speciallægepraksis alene henvise til kardiologisk afdeling. Kapaciteten er imidlertid ofte ikke tilstrækkelig.

Det drejer sig typisk om patienter med cerebrovaskulær sygdom og synkopeudredning (blodprop i hjerne og besvimelse), hvor hjertesygdom kan være tilgrundliggende årsag.

Udvalget anbefaler, at praktiserende neurologer kan henvise til praktiserende kardiologer til udredning for ovennævnte sygdomme.

6. Eksisterende ydelser i neurologisk speciallægepraksis (*udover tillægsydelser nævnt i overenskomstens generelle del*)

En uddybende gennemgang af konsultationens indhold.

Hidtil har ydelserne kun været beskrevet ved deres navn (1. konsultation, 2. konsultation, senere konsultation etc.).

Indholdet i ydelsessortimentet indenfor specialet har ikke tidligere været beskrevet, men må antages at have haft et nogenlunde ensartet indhold. Der har været tradition for efteruddannelses-dage og kurser, hvor de praktiserende speciallæger har mødtes både indbyrdes og med de sygehusansatte kolleger samt forskere.

Det må dog fastslås, at indholdet af konsultationerne gennem de sidste 20 år har ændret sig i takt med, at udviklingen indenfor lægevidenskaben i almindelighed og specialet i særdeleshed er blevet mere komplekst. Endvidere har specialet også ændret sig fra et diagnostisk speciale til et speciale, hvor der er mange behandlingsmuligheder og principper afhængig af klassifikation og undertyper. Dermed er der nu flere behandlingstilbud.

6.1. Ydelser

Neurologisk speciallægepraksis (ekskl. neurokirurgi) har i dag følgende ydelser:

| Nr. | |
|------|--|
| 0110 | 1. konsultation |
| 0120 | 2. konsultation |
| 0130 | Senere konsultation |
| 0201 | Telefonkonsultation |
| 0205 | Telefonisk rådgivning til praktiserende læge |
| 0105 | E-mail konsultation |
| 2261 | Tillæg for tolkebistand |
| 2262 | Tillæg til konsultation med tolk |

Særydelser

| | |
|------|-------------------------------------|
| Nr. | |
| 2124 | Elektroencephalografi |
| 2125 | Elektroencephalografi med søvnkurve |

I henhold til kapitel 10 om specialet neurologi i den specielle del af Overenskomst om speciallægehjælp, ydes konsultationshonorar ikke samtidig med honorar for særydelse. Den eneste praktiserende neurolog, som p.t. udfører de ovenfor nævnte 2 særydelser, har imidlertid gennem en årrække været omfattet af en § 3, stk. 2, aftale, som ophæver denne bestemmelse.

Tabel 4. Udviklingen i antallet af konsultationsydelser 2000 – 2008

| Ydelses-nr. | Beskrivelse | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Vækst i pct. |
|-------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|
| 0110 | 1. konsultation | 37.151 | 36.119 | 37.644 | 40.011 | 39.159 | 37.871 | 37.773 | 40.146 | 41.936 | 13 |
| 0120 | 2. konsultation | 15.870 | 16.110 | 16.833 | 18.662 | 19.027 | 18.094 | 18.605 | 20.967 | 22.551 | 42 |
| 0130 | Senere konsultation | 16.191 | 16.059 | 16.200 | 16.781 | 17.383 | 15.865 | 16.939 | 19.387 | 20.898 | 29 |
| | I alt | 69.212 | 68.288 | 70.677 | 75.454 | 75.569 | 71.830 | 73.317 | 80.500 | 85.385 | 23 |

Kilde: Foreningen af Speciallæger, Landsproduktionstal

Tabellen viser, at der har været en større vækst af 2. konsultationer og senere konsultationer, hvilket kan skyldes bedre udrednings- og behandlingsmuligheder. Væksten siden 2004 ses at være mere jævn.

6.2. Neurologens opgaver i forhold til patienten

Den neurologiske undersøgelse

Neurologen undersøger nervesystemet. Ved hjælp af den neurologiske undersøgelsesmetode opnår han/hun specifik viden om hjernens, rygmargens, de perifere nervers og musklernes tilstand. Metoden består i en systematisk gennemgang af de enkelte niveauer i nervesystemet og af de forskellige muskler og muskelgrupper. Neurologen er som elektriker, der systematisk gennemgår husets elektriske installationer og i øvrigt holder fingrene væk fra de øvrige dele af huset. Værktøjet til dette er, ud over neurologens egne hænder, reflekshammer, vatpind, nål, oftalmoskop etc. Den neurologiske undersøgelse har en høj træfsikkerhed, når det gælder screening for sygdom i nervesystemet og musklerne, og en præcision med hensyn til niveaudiagnostik (den anatomiske placering af en sygdom eller skade indenfor nervesystemet og musklerne), der konkurrerer med tidsrøvende, højteknologiske og omkostningstunge undersøgelsesmetoder, som eksempelvis de neurofysiologiske og billeddiagnostiske. Der er en høj grad af systematik i nervesystemets anatomi og fysiologi, der af neurologen anvendes til diagnostik.

Tidsforbruget ved den neurologiske undersøgelse afhænger af den problemstilling der er afdækket gennem den 1. konsultation (*indledende samtale*), men er typisk på 10 til 20 minutter. Da neurologien for de fleste er ”et lukket land”, er det efterfølgende, og inden den 2. og senere konsultation (afklarende samtale), nødvendigt at forklare principperne og mulighederne i den neurologiske undersøgelse på en forståelig måde for patienten.

Samtalen

Den neurologiske speciale hører til blandt de ”samtaletunge” specialer. Samtalen er et af den neurologiske speciallæges vigtigste værktøjer. Neurologen opnår således gennem samtalen med patienten en indsigt i den aktuelle problemstilling (*den indledende samtale*), og redegør, efter den neurologiske undersøgelse, for sine overvejelser og den deraf affødte undersøgelsesplan (*den afklarende samtale*). Når undersøgelsesresultaterne foreligger, fortolker og konkluderer neurologen på baggrund af resultaterne (*den forklarende samtale*), og i tilfælde af alvorlig sygdom omtales prognose og behandlingsmuligheder (*den svære samtale*). I udvalgte tilfælde un-

dervises patienten i relevante forhold omkring sin sygdom (*den undervisende samtale*) og vejledes i evt. forebyggende foranstaltninger (*den superviserende samtale*).

- *Den indledende samtale ("anamnesen")*

Patienten redegør for årsagen til, at han/hun er blevet henvist. Samtalen fokuserer på de aktuelle symptomer, men også på den tidligere sygehistorie, medicinforbrug, tidligere undersøgelser og psykosociale forhold. Oftest foreligger der et oplæg fra egen læge, der uddyber patientens egen beretning. Samtalens værdi for den diagnostiske udredning kan ikke overvurderes. Ofte har neurologen således allerede på dette tidspunkt dannet sig en idé om, hvorvidt patienten fejler en neurologisk sygdom, og hvis dette er tilfældet, har han ofte et billede af hvilke sygdomme, der må mistænkes. Den indledende samtale er, bl.a. i kraft af sin store betydning, ofte vanskelig. Visse symptomer er indlysende og let forståelige, andre er det ikke. Visse patienter har klare mål med konsultationen, andre ved knapt, hvorfor de er der. Patientens sygdom (demens, taleforstyrrelser etc.) kan i sig selv skabe barrierer for anamneseoptagelsen. Medbragte familiemedlemmer kan lette samtalen, men også yderligere komplicere processen. Indgår i 1. konsultation.

- *Den afklarende samtale (eventuelt afsluttende samtale)*

Efter den objektive undersøgelse orienteres patienten om resultatet af undersøgelsen, diagnostiske muligheder omtales og diskuteres, og et evt. undersøgelsesprogram opstilles. Samtalens sigte er således, at patienten efterfølgende er mere afklaret med hensyn til betydningen af sine symptomer, og at han/hun har opnået en forståelse af, enten på hvilket grundlag det kan udelukkes, at der er tale om en sygdom i nervesystemet eller forstår rationalet bag den opstillede undersøgelsesplan. Indgår i 1. konsultation, 2. konsultation eller senere konsultation.

- *Den forklarende samtale ("diagnose")*

Når resultatet af de planlagte undersøgelser foreligger, orienteres patienten, og det er her neurologens opgave at fremlægge en så klar og entydig diagnose som overhovedet muligt. Behandlingsmuligheder og prognose beskrives, og der opstilles en handlingsplan, hvad enten dette indebærer, at patienten henvises tilbage til sin egen læge eller et videre behandlingsforløb hos den praktiserende neurolog. Samtalen udgør essensen af det diagnostiske forløb, og det er afgørende, at patienten opnår en realistisk indsigt i sin sygdom og en forståelse af dennes betydning for hans eller hendes fremtid. Indgår i 1. konsultation, 2. konsultation eller senere konsultation.

- *Den svære samtale*

Indimellem er diagnosen af en sådan karakter, at patientens liv og førlighed (mentalt og fysisk) står på spil. At overbringe dette resultat er den sværeste samtale. Den kræver, at lægen er faglig velfunderet, professionel robust, har personligt overskud samt ikke mindst empati og "ubegrænset" tid. Samtalen slutter i princippet, når patienten afslutter den, og dette sker ikke altid inden for det forberedte tidsrum. Indgår i 2. konsultation eller senere konsultation planlagt pga. større tidsforbrug.

- *Den superviserende samtale ("patient education")*

I de senere år har der været en øget erkendelse af betydningen af patientuddannelse som en integreret del af sundhedsarbejdet, og accept af at dette bør være en naturlig del af et behandlingsforløb. Det kan fx dreje sig om betydningen af søvn, alkohol og graviditet ved epilepsi og om motion ved Parkinsons sygdom. En utilstrækkelig eller ikke-eksisterende patientuddannelse medvirker til noncompliance, reduceret sundhed for pengene og utilfredse patienter. Antallet af konsultationer ("samtaler"), udelukkende med dette formål, vil utvivlsomt tiltage i fremtiden, da viden om og interesse for forebyggende tiltag stiger. Ved nogle

neurologiske sygdomme foreligger der viden om profylaktiske tiltag, der kan begrænse yderligere udvikling af sygdommene. Den praktiserende neurolog har her en vigtig formidlingsopgave. Indgår i 2. konsultation eller senere konsultation planlagt pga. større tidsforbrug.

Observation

Nogle patienter henvises til den praktiserende neurolog med ukarakteristiske og uspecifikke symptomer. Trods en måske normal neurologisk undersøgelse, er det ikke altid muligt definitivt at udelukke årsag i nervesystemet. Sådanne patienter kan neurologen vælge at afslutte og foreslå genhenvist, hvis der skulle tilståde nye symptomer. En anden, og for patienten ofte beroligende og tilfredsstillende løsning, er en aftale om ny konsultation efter en passende observationstid. Ved denne konsultation kan symptomerne så være forsvundet, eller der kan være kommet nye symptomer eller objektive fund til, der leder neurologen videre i den diagnostiske udredning.

Behandlingskontrol

Visse sygdomsgrupper kan med fordel behandles og følges i årevis i den neurologiske speciallægepraksis. Jævnlig kontrolbesøg af disse patienter udgør et af den praktiserende neurologs nøgleværktøjer. Her justeres og korrigeres den medicinske behandling, og eventuelle tvivls spørgsmål gennemdrøftes. Patienten er ikke i tvivl om, hvor han eller hun skal henvende sig i tilfælde af, at der opstår problemer med behandlingen, og egen læge fritages for at skulle forholde sig til en problematik, som han/hun ikke har tilstrækkelig viden om eller erfaring med.

Hjemmebesøg

Overenskomst om speciallægehjælp (§ 27 om sygebesøg) åbner mulighed for hjemmebesøg i tilfælde, hvor patienten har problemer med at møde op i konsultationen. Det drejer sig typisk om svært gangbesværede eller sengeliggende, herunder beboere på plejehjem. Det er en forudsætning for hjemmebesøg, at den praktiserende læge udtrykkeligt har bedt om dette.

Visitationsfunktion

I visse tilfælde er det neurologens vurdering, at den videre håndtering af en patient med fordel vil kunne foregå på en neurologisk sygehusafdeling med specialviden og -interesse. Det sker også, at den neurologiske speciallæge, på baggrund af undersøgelsesresultater, visiterer patienten til kirurgisk behandling på neurokirurgisk- eller ortopædkirurgisk afdeling.

7. Nye ydelser/apparaturmæssige muligheder

Mange patienter henvises fra neurologisk speciallægepraksis til supplerende undersøgelse i sygehusregi. Undersøgelser som for en dels vedkommende kunne udføres i neurologisk speciallægepraksis. Fordelen for patienten er her en hurtig afklaring.

Nerveledningshastighedsundersøgelse

For simple nerveledningshastighedsundersøgelser er investeringen overkommelig; der er ingen særlige indretningsmæssige krav, de udføres med overfladeelektroder, og de kan udføres af klinikpersonale. En del af undersøgelserne vil kunne varetages i speciallægepraksis, hvilket vil kunne aflaste sygehusene. Det vil også give et mere glidende udredningsforløb uden involvering af flere sektorer, og dermed undgå også sektorovergangsproblemer. Derudover er der nogle relevante undersøgelser, som ikke bliver udført i dag, fx nerveledningshastighedsundersøgelse før operation for karpaltunnelsyndrom. Dokumenteret uddannelse af den neurologiske speciallæge vil være en forudsætning, ligesom der skal være et formaliseret samarbejde med sygehusafdeling på regionsfunktionsniveau. Funktionen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Botulinumtoxinbehandling

Ved etablering af neurofysiologiske undersøgelser vil det være naturligt også at kunne tilbyde botulinumtoxinbehandling til ukomplicerede fokale dystonier og spasticitet. En behandling som aktuelt kun tilbydes i begrænset omfang på sygehusene og med lange ventetider. Flere af de neurologiske speciallæger har erfaring indenfor området, men også her vil dokumenteret uddannelse være et krav (*se afsnit 9*). Apparatet til nerveledningshastighedsundersøgelser kan også anvendes til botulinumtoxinbehandling. En forudsætning for botulinumtoxinbehandling i neurologisk speciallægepraksis er, at der etableres en rekvisitionsordning på medicinen.

Ultralydsundersøgelse

Ultralyd i neurologisk speciallægepraksis vil være relevant til undersøgelse af perifere arterier i benene som led i udredning af patienter med gangbesvær og ved planlægning af tromboseprofylaktisk behandling. Ultralyd vil også kunne anvendes i forbindelse med Botulinumtoksinbehandling.

Dix-Hallpikes test og Epley's manøvre

En stor gruppe patienter klager over svimmelhed. Udredningen omfatter Dix-Hallpikes test og Epley's manøvre.

De ovenfor nævnte nye ydelser vil formentlig kun blive etableret i et mindre antal af de eksisterende neurologiske speciallægepraksis. Det vil for den enkelte bero på dels geografiske forhold, dels interesse, og dels erfaring/ekspertise.

7.1. Ydelsesbeskrivelser

Specialet neurologi er i høj grad dialogbaseret og samtalerne kompleksitet er stigende. Patienterne er veloplyste og forventer detaljerede forklaringer og svar på stillede spørgsmål, herunder hvorfor/hvorfor ikke symptomer peger på neurologisk sygdom. Behandlingsforslag skal begrundes og virkning/bivirkninger gennemgås grundigt. De foreslåede undersøgelser skal beskrives og evt. risici skal diskuteres. Sygdommene er for nogens vedkommende alvorlige i relation til overlevelse, opretholdelse af arbejdsevne og livskvalitet. Der er i dag øgede krav til specifikke kontrolskemaer, diagnostisk klassifikation, dokumentation og kvalitetssikring. Dette har nødvendiggjort en redefinering af konsultationernes indhold.

Der foreslås nye ydelser med henblik på indførelse af parakliniske undersøgelser i praksis. Visse nyttige kliniske procedurer foreslås medtaget for bedst mulig vurdering og behandling. Botulinumtoxinbehandling af simpel spasticitet og dystoni bør tilbydes patienterne for at dække et stort behov.

I bilag 2 gennemgås såvel eksisterende som forslag til nye ydelser.

7.2. Limitering

En del af de patienter, som ses i neurologisk speciallægepraksis, får diagnosticeret en kronisk sygdom, som kræver livslang behandling og oftest tilknytning til neurologisk ekspertise. Det drejer sig om Parkinsons sygdom, epilepsi, svær migræne og dissemineret sklerose. Disse patienter ses med kortere eller længere mellemrum – for en dels vedkommende resten af deres liv – og vil med fordel kunne følges i neurologisk speciallægepraksis i nærområdet med tilknytning til den samme læge. Det kan derfor på sigt overvejes, om der for disse diagnoser/sygdomme skal ske ændringer i den gældende limitering, men Ad hoc-udvalget finder det forhastet at komme med forslag herom i forbindelse med nærværende modernisering.

8. Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

8.1. Samarbejde med de neurologiske sygehusafdelinger

Allerede i dag er der et etableret samarbejde mellem de neurologiske sygehusafdelinger og speciallægepraksis. I dag er samarbejdet dog oftest envejs, det vil sige, at praksis henviser komplicerede patienter og patienter med et akut behov til vurdering, herunder indlæggelse i sygehusregi.

I fremtiden – med stadig større pres på sygehusafdelingerne – kan et større antal af de ambulante patienter med fordel følges og behandles i speciallægepraksis. De seneste år har flere sygehusambulatorier etableret teams omkring forskellige patientgrupper. Dette vil også kunne etableres i praksis, og med et bredere patienttilbud vil det være naturligt at udvide personalet med f.eks. en sygeplejerske. Fordelen for patienten vil være muligheden for at forblive i nærmiljøet, hvor speciallægen er den samme i hele forløbet, og hvor der er tæt kontakt med egen læge, hjemmesygeplejen, kommunen etc.

For visse diagnoser kan der etableres forløb med deltagelse af både sygehusafdeling og speciallægepraksis. Det kan fx dreje sig om demens og cerebrovaskulære sygdomme (blodprop og hjerneblødning). Patienten vil i dele af forløbet blive udredt og behandlet i sygehusafdelingen og i andre dele hos den praktiserende speciallæge. Formaliserede samarbejdsaftaler også specialerne imellem vil eksempelvis kunne etableres med psykiatere eller geriater (intern medicin) indenfor demens og med neuro- og ortopædkirurgerne indenfor rygssygdomme. Ligeledes vil der kunne etableres formaliserede samarbejdsaftaler med sygehusafdelinger omkring varetagelse af regionsfunktioner.

Den neurologiske speciallæge har ofte et veletableret samarbejde med de lokale almen praksis'er, som selvfølgelig skal medinddrages.

8.2. Samarbejde med andre praktiserende speciallæger

Neurologien har et samarbejde med psykiatrien specielt omkring demente patienter og patienter med uafklarede tilstande af depressiv og anden psykisk karakter, herunder patienter hvor årsagen til symptomerne er uklar.

I udredning af patienter med anfald med bevidsthedspåvirkning – lipotymi – vil der ofte være behov for kardiologisk udredning, ligesom patienter med apopleksi også bør vurderes hjertemæssigt.

Speciallæger i neurologi deltager gerne i etablering af tværfaglige udredningsforløb i henhold til anbefalinger i referenceprogrammer.

Patienter med trykbetingede neuropatier – specielt karpaltunnelsyndrom – opereres i neurokirurgisk eller ortopædkirurgisk regi, men udredes ofte i neurologisk speciallægepraksis.

Praktiserende neurologer kan i dag ikke selv henvise til andre praktiserende speciallæger, hvilket specielt i ovenstående eksempler er u hensigtsmæssigt og forsinkende for patienterne.

8.3. Samarbejde med almen praksis og hjemmeplejen

Den praktiserende neurolog er konsulent for den praktiserende læge. Efter endt samtale og undersøgelse af patienten udfærdiger og fremsender speciallægen et "lægebrev". Heri søges de spørgsmål besvaret, som patientens egen læge direkte eller indirekte har stillet ved at henvise sin patient til neurologen. Lægebrevet indeholder således diagnoseovervejelser samt forslag til supplerende undersøgelser og behandling. Ved patienter, der følges i neurologisk speciallæge-

praksis, er der ofte en løbende skriftlig eller telefonisk kontakt mellem den alment praktiserende læge og den praktiserende neurolog.

Et led i konsulentfunktionen er telefonvejledning af praktiserende læger, der henvender sig med en aktuell problemstilling. Ofte er vejledningen tilstrækkelig til, at den praktiserende læge selv kan fortsætte udredningen eller behandlingen af patienten, men i andre tilfælde aftales det, at patienten henvises.

På frivillig basis sker det, at neurologen underviser andre praktiserende læger i neurologiske emner i deres kollegiale fora ("tolvmandsforeninger").

Samarbejdet med hjemmeplejen er vigtigt ved svært handicappede og svækkede kroniske neurologiske patienter. Den er – for de sværest ramte – et vigtigt bindeled mellem neurologen, patienten og de pårørende. I forbindelse med medicinjustering og symptomvurdering i hjemmet kan der være behov for hjemmeplejens kontakt til speciallægen.

8.4. Samarbejde med det kommunale område

Praktiserende speciallæger i neurologi fremsender journalkopier og udfærdiger statusattester og speciallægeerklæringer på anmodning fra offentlige institutioner (kommuner, Arbejdsskadestyrelsen etc.) og forsikringsselskaber. Disse aktiviteter og deres honorering ligger uden for den offentlige overenskomst.

8.5. Henvisninger

Det vil være hensigtsmæssigt – på baggrund af den oprindelige henvisning – at kunne henvise til vederlagsfri fysioterapi, og til speciallæge i kardiologi.

Henvisning til vederlagsfri fysioterapi skal være i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (2008). Som eksempler kan nævnes Parkinsons sygdom og følger efter apopleksi (slagtilfælde – blodprop og hjerneblødning).

Ved udredning af patienter med cerebrovaskulær sygdom (blodprop og hjerneblødning) og synkope (besvimelse) vil mulighed for direkte henvisning fra neurolog til praktiserende speciallæge i kardiologi sikre direkte kommunikation mellem speciallægerne og spare u hensigtsmæssigt forbrug af tid og ressourcer ved at patienten skal henvende sig til almen praksis for at få en henvisning til kardiolog.

9. Uddannelse

9.1 Speciallægeuddannelse

I Dansk Neurologisk Selskabs rapport "Fremtidens Neurologi" fremgår det, at man overvejer at lade speciallægepraksis indgå i speciallægeuddannelsen. Argumentet for dette er, at de neurologiske sygehusafdelinger i dag er delt i højt specialiserede enheder, hvor de mere almindelige neurologiske sygdomme ses sjældnere. Det er således i tiltagende grad vanskeligt at uddanne "neurologiske generalister". Specielt hvis den uddannelsessøgende stiler mod speciallægepraksis vil det være relevant med "læretid" i praksis.

For at sikre fremtiden kan neurologisk speciallægepraksis i fremtiden tænkes ind som en del af den neurologiske speciallægeuddannelse. I den netop vedtagne uddannelsesreform er praksis ikke inddraget. Det er derfor vigtigt – i forbindelse med en senere revision af den neurologiske uddannelse – at tage dette spørgsmål op og fastlægge rammerne med henblik på en revision af uddannelsesplanerne.

9.2 Efteruddannelse

Aktuelt er der ikke et formelt krav om efteruddannelse for neurologer hverken i speciallægepraksis eller på sygehusene. I henhold til den seneste overenskomst har praktiserende neurologer mulighed for refusion fra Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis for 8 kursusdage årligt.

Speciallægerne på sygehusenes neurologiske afdelinger har ret til 10 kursusdage årligt.

Table 5. Efteruddannelse for praktiserende neurologer finansieret af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis

| År | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Indsat (kr.) | 442.487 | 448.282 | 436.980 | 449.909 | 495.948 | 559.688 |
| Forbrug (kr.) | 402.477 | 368.202 | 413.416 | 369.716 | 572.523 | 584.243 |
| Relativt forbrug | 91 % | 82 % | 95 % | 82 % | 115 % | 104 % |

Kilde: Tal fra Foreningen af Speciallæger

Neurologer i speciallægepraksis ønsker til enhver tid at opfylde samme efteruddannelseskraav som speciallæger på sygehusene.

Ved indførelse af specialydelser, fx neurofysiologiske undersøgelser, forudsættes dokumentation for relevant uddannelse. Det vil være en forudsætning for opfyldelse af mere omfattende uddannelseskraav, at en rimelig finansiering som kompensation for reduceret omsætning aftales.

10. Kvalitetssikring

Speciallægepraksis er på flere almindeligt anerkendte områder allerede kvalitetssikret. For eksempel bliver patienten, i modsætning til på sygehuset, altid set af en speciallæge og altid af den samme læge.

Der er en udbredt interesse blandt de praktiserende neurologer for at deltage i kvalitetssikring i samarbejde med sygehusafdelingerne. Det er et mål, at alle praktiserende neurologer deltager i kvalitetssikring af forhold vedrørende drift i egen praksis, og at dette af speciallægen også opfattes som et redskab for faglig udvikling.

Neurologerne i speciallægepraksis såvel som regionerne kan kun være interesseret i til stadighed at kunne dokumentere kvaliteten i det faglige arbejde, i patient/læge-forholdet, i infrastrukturerne ved henvisningsprocedurer og svarafgivelse, i kontakten til samarbejdende læger etc., samt at kunne dokumentere "value for money". Der publiceres og implementeres flere og flere referenciprogrammer, guidelines, standardiserede patientforløb, standardiserede administrative procedurer, ligesom forskrifter vedrørende datasikkerhed og elektronisk kommunikation udbygges. Endvidere er det naturligt, at der sker dokumentation af vedligeholdt fagligt viden.

KVIS II (kvalitetssikring i speciallægepraksis er som projekt genoptaget jf. seneste overenskomst) vil blive fulgt nøje, og neurologisk speciallægepraksis vil deltage i relevant omfang. I den forbindelse kan bl.a. peges på deltagelse i indrapportering til kliniske databaser, etablering af diagnosedatabase i henhold til SKS klassifikationen, samt medical audit.

Dansk Neurologisk Selskab og andre videnskabelige selskaber har udarbejdet referenceprogrammer for udredning og behandling af de store neurologiske sygdomme samt andre tværfaglige tilstande, som skal følges fx. apopleksi, epilepsi, Parkinsons sygdom etc.

Dokumentation for udredning, behandling, samtale og videregivelse af oplysninger foreligger i patientjournalen sammen med den relevante korrespondance.

Formaliseret kvalitetssikring i speciallægepraksis bør planlægges.

11. Genoptræningsområdet

Neurologiske patienter har et ofte langvarigt træningsbehov for at bedre og bevare deres funktion. Der er tradition for samarbejde med lokale fysioterapeuter pr telefon og brev, mens der ikke tidligere har været et direkte samarbejde omkring den enkelte patient i træningslokalet. Der er aktuelt ikke i overenskomsten mulighed for formaliseret samarbejde. Neurologer har ikke som andre specialer (reumatologer og ortopædkirurger) ret til henvisning til fysioterapeut. Da nogle af de neurologiske sygdomme (bl.a. Parkinsons sygdom og dissemineret sklerose) giver ret til vederlagsfri fysioterapi i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (2008), vil det ved en modernisering være naturligt, at den praktiserende speciallæge i neurologi får adgang til at henvise patienter til fysioterapi.

12. Bilag

Bilag 1. Sygdomsgrupper

Specialet indeholder en lang række diagnoser, som udredes og behandles i speciallægepraksis. Disse oplystes nedenfor indeholdende en gennemgang af de enkelte sygdomme:

1. Bevægeforstyrrelser (fx Parkinsons sygdom, dystoni, (Huntingtons chorea))

Kroniske progredierende, degenerative sygdomme med nedsat eller øget bevægelighed. Årsagen er ofte en påvirket balance mellem forskellige signalstoffer i nervesystemet.

Udredning: Klinisk, blodprøver, genetisk, elektrofysiologisk, skanning (MR/CT), SPECT/PET.

Behandling: Er individuel medicinsk, symptomatisk, ofte livslang med løbende justering af behandlingen, nyere muligheder med medikoteknik og funktionel kirurgi.

En meget stor del af patienterne vil kunne udredes og behandles i neurologisk speciallægepraksis.

2. Epilepsi

Epileptiske anfald er symptomer forårsaget af hyperaktiv elektrisk cerebral dysfunktion, og sygdomsbegrebet epilepsi betegner gentagne spontant optrædende epileptiske anfald.

Inddeles i:

- 1) Ideopatiske med en sandsynlig genetisk metabolisk defekt.
- 2) Symptomatiske der forårsages af en tilgrundliggende cerebral læsion samt toksiske og metaboliske faktorer.
- 3) Kryptogene hvor årsag er ukendt.

De epileptiske syndromer klassificeres på baggrund af anfaldstype, elektroencefalografi (EEG), årsag og forløbsform.

Udredningsfasen er særdeles vigtig. Sygdommen har stor indflydelse på uddannelse, erhvervs-muligheder, sociale forhold herunder familie graviditet/prævention.

Udredning: Klinisk, elektrofysiologisk, skanning (MR/CT).

Behandling: Individuel medicinsk enten livslangt eller i lange perioder med løbende justering af behandlingen. Nogle kan opereres.

En meget stor del af patienterne vil kunne udredes og behandles i neurologisk speciallægepraksis.

3. Demyeliniserende sygdomme i centralnervesystemet

Denne gruppe sygdomme, hvoraf dissemineret sklerose er den hyppigste, er karakteriseret ved immunologisk reaktion i centralnervesystemet. Progredierende sygdom med betydelige somatiske og neuropsykologiske symptomer. Sygdommen har stor indflydelse på erhvervs muligheder og fortsat tilknytning til arbejdsmarked, sociale forhold herunder familie.

Udredning: Klinisk, elektrofysiologisk, skanning (MR/CT), lumbalpunktur.

Behandling: Individuel medicinsk forebyggende, lindrende, og immunologisk. Løbende rehabilitering.

Disse patienter diagnosticeres ofte i neurologisk speciallægepraksis. Immunmodulerende behandling gives alene på de neurologiske sygehusafdelinger. En lille gruppe patienter følges enten alene eller også i speciallægepraksis.

4. Andre neuroimmunologiske sygdomme

En gruppe af forskellige sygdomme, der kan ramme det perifere nervesystem og centralnervesystemet på baggrund af hyperreaktivitet i immunsystemet.

Udredning: Klinisk, biokemisk, lumbalpunktur, skanning (MR/CT), røntgen, biopsi, elektrofysiologisk.

Behandling: Er individuel medicinsk immunologisk.

Behandles kun i sygehusafdeling med regions- eller højtspecialiseret funktion. Primær diagnostik foregår ofte i speciallægepraksis.

5. Sygdomme i musklerne og den neuromuskulære transmission

Sygdomme der rammer musklerne (fx. muskelsvindssygdomme) og den neuromuskulære overledning fra nerve til muskel (myastenia gravis). Kan være livstruende sygdomme, der kræver hurtig diagnostik og behandling.

Udredning: Klinisk, biokemisk, immunologisk, interventionstest, røntgen, elektro-fysiologisk.

Behandling: Er individuel medicinsk. Tværfaglig.

De fleste patienter behandles i højtspecialiseret sygehusenhed men diagnosticeres for en dels vedkommende i speciallægepraksis.

6. Nervebetændelse/neuropati

I bredeste forstand sygdomme der rammer det perifere nervesystem (nerverødder, nerveplekser og perifere nerver). Kan være debutsymptom ved metaboliske sygdomme (fx sukkersyge og immunologiske sygdomme). Desuden ved udefra kommende toksiske påvirkninger, herunder alkohol. Vigtige at klassificere da en stigende undergruppe kan behandles, således at den degenererende påvirkning kan stoppes eller kureres. Kan give betydelig invaliditet.

Udredning: Klinisk, elektrofysiologisk, immunologisk, biokemisk, biopsi.

Behandling: Mulig i specifikke tilfælde ellers ved behandling af tilgrundliggende lidelse samt lindrende, indirekte smertebehandling og rehabilitering.

Patienterne udredes og behandles i neurologisk speciallægepraksis. Enkelte henvises til højtspecialiseret sygehusenhed med henblik på immunmodulerende behandling og/eller genetisk udredning og rådgivning.

7. Apopleksia cerebri

Hjerneblødning og blodprop i hjernen. Hyppig og socioøkonomisk betydende sygdom. Høj dødelighed og invaliditet. Motorisk lammelse, føleforstyrrelser, talebesvær, personlighedsændringer, neuropsykologiske ændringer. Stor indflydelse på arbejds- og socialt liv.

Udredning: Klinisk, skanning (MR/CT), røntgen, ultralydsundersøgelse, EKG, biokemisk.

Behandling: Medicinsk, herunder forebyggende, rehabilitering, tværfaglig, psykologisk.

Apopleksi er en akut sygdom og de fleste patienter indlægges akut på lokalt apopleksiafsnit. Opfølgning sker for nogle patienters vedkommende i speciallægepraksis. Enkelte patienter udredes primært i speciallægepraksis.

8. Demenssygdomme

Hukommelses- og demenssygdomme er tiltagende, flere kan klassificeres, og der er medicinske behandlingstilbud til nogle typer. Har betydelig indflydelse på familieliv og behov for hjælp, ofte bliver resultatet flytning til plejebolig.

Udredning: Klinisk, neuropsykologisk screening, skanning, biokemisk.

Behandling: Medicinsk forebyggende, information af pårørende, tværfaglig.

Kan diagnosticeres og behandles i neurologisk speciallægepraksis. En lille gruppe henvises til regions- eller højt specialiseret enhed.

9. Hovedpine og migræne

Hyppigt forekommende.

Inddeles i:

- 1) primær hovedpine som fx migræne, Hortons hovedpine, spændingshovedpine
- 2) sekundær hovedpine fx ved strukturelle lidelser i hjerne som kræft, medicinbivirkning, infektion.

Har ofte betydelig indflydelse socialt og på familieliv.

Udredning: Klinisk, observation, evt. skanning (MR/CT), biokemisk.

Behandling: Information, medicinsk anfaldsbehandling og forebyggende, træning, fysisk (fx. fysioterapi), medicinophør, evt. tværfaglig (inkl. psykolog).

Diagnostik og behandling foregår for de fleste patienters vedkommende i et samspil mellem almen praksis og neurologisk speciallægepraksis. En lille gruppe med medicinoverforbrugshovedpine og de sjældnere hovedpineformer henvises til sygehusafdeling med regions- eller højt specialiseret funktion.

10. Neuroinfektioner

I neurologisk speciallægepraksis begrænset til Herpes og Borrelia infektioner. Ved mistanke om neuroborreliose henvises til lokalt sygehus med henblik på spinalvæskeundersøgelse. Patienterne færdigbehandles som regel i sygehusregi.

11. Neurorehabilitering

Ved følger efter erhvervet påvirkning af nervesystemet fx. efter operation, traume eller cerebrovaskulær sygdom. Ofte tværfaglig, grundig information særdeles vigtig, derudover lindrende medicinsk behandling.

Med den nye struktur forventes det, at primærsektoren herunder neurologisk speciallægepraksis vil få en mere aktiv rolle i den egentlige rehabilitering.

12. Rygsygdomme

Påvirkning af rygmarv og nerverødder ved diskusprolaps, tumorer, vaskulære, og medfødte sygdomme. Neurologisk vurdering finder ofte sted ved rygsmerter med henblik på tegn på direkte tryk på nervevæv. Er der tegn på dette fx. ved diskusprolaps eventuel indikation for skanning eller direkte til fysikalske øvelser/behandling. I særlige tilfælde akut henvisning til neurokirurg. Vurdering er vigtig så korrekt behandling kan starte hurtigt.

Udredning: Klinisk, eventuelt skanning(MR/CT), løbende revaluering, smertebehandling.
Behandling: fysikalsk (fx. fysioterapi), information, kirurgisk.

Her medvirker neurologen i speciallægepraksis ofte i diagnostikken og har en visiterende funktion i forbindelse med eventuel viderehenvisning til kirurgisk/neurokirurgisk vurdering.

13. Arvelige neurologiske sygdomme

Stadigt flere neurologiske diagnoser kan stilles ved genetiske undersøgelser.

Visse arvelige neuropatier (nervebetændelser) og arvelige muskelsygdomme kan diagnosticeres i speciallægepraksis. Udredning og rådgivning ved sjældnere arvelige sygdomme foregår i højt specialiseret afdeling.

14. Tumorer i hjerne, rygmarv og perifere nerver

Udredning med klinisk undersøgelse, eventuelt elektrofysiologisk undersøgelse og skanning (MR/CT), efterfulgt af henvisning til neurokirurgisk afdeling.

Diagnostik og viderehenvisning til neurokirurgisk afdeling sker fra speciallægepraksis.

15. Smertetilstande

Diverse specifikke smertesygdomme som trigeminusneuralgi og en lang række uspecifikke eller symptomatiske smertetilstande.

Udredning: Klinisk, evt. skanning (MR/CT) eller røntgen

Behandling: Simple analgetika (almindelige smertestillende) eller sekundære analgetika (smertestillende midler som primært er udviklet mod depression eller epilepsi).

Patienterne udredes og behandles i speciallægepraksis.

16. Svimmelhed

Sædeles hyppig henvisningsdiagnose i neurologisk praksis. Årsag kan være kryptogen, psykologisk, infektion, vaskulær, otologisk, eller primær neurologisk. Svært generende subjektivt symptom, som kan medføre lang sygemelding, ofte selvbegrænsende. Neurologisk undersøgelse kan være vigtig for at identificere de få, der skal udredes med fx skanning

Udredning: Klinisk, evt. skanning (MR/CT), biokemisk.

Behandling: Information, evt. medicinsk, manipulation.

Patienterne udredes og behandles i speciallægepraksis.

17. Søvnforstyrrelser

En underdiagnosticeret sygdomsgruppe, herunder søvnapnø, og narkolepsi. Flere søvnsygdomme medfører betydelige sociale- erhvervs- og familiemæssige påvirkninger. Der er behandlingsmuligheder og der ventes yderligere behandlingsmuligheder i de kommende år.

Udredning: Søvnundersøgelser, klinisk, biokemisk evt. henvisning til respirations/søvncenter efter screeningsundersøgelser.

Behandling: Medicinsk eller mekanisk vejrtrækningspåvirkning.

Indledende screening kan foretages i speciallægepraksis inden eventuel viderehenvisning til søvnlaboratorium.

Bilag 2. Ydelsesbeskrivelser

A. 1. konsultation – den indledende samtale

B. 2. og senere konsultationer

1b. 2. almindelig konsultation: Den forklarende/afsluttende samtale

2b. Udvidet 2. konsultation, planlagt

3b. Senere almindelig konsultation – efter 2. konsultation

4b. Udvidet senere konsultation, planlagt

C. Tillægsydelser

1c. Registrering af hovedpine og medicinforbrug

2c. Demenstestning

3c. Svimmelhedstest og -behandling

4c. Nerveledningshastighedsundersøgelse

5c. Botulinumtoxinbehandling

6c. Ultralydsskanning

D. Særydelser

1d. EEG

2d. EEG med søvnkurve

A. 1. konsultation - den indledende samtale

| Ydelse | 1. konsultation – den indledende samtale |
|---------------------|---|
| Ny/eksisterende | Eksisterende nr. 0110 |
| Målgruppe/symptomer | Alle patienter henvist af almen praksis til neurologisk speciallægevurdering |
| Behandling | <p>Anamnesen: Patienten redegør for årsagen til, at han/hun er blevet henvist. Samtalen fokuserer på de aktuelle symptomer, allergi, på tidligere somatiske og psykiske sygdomme og behandlinger, familiære dispositioner, medicinforbrug, tidligere undersøgelser samt skolegang/uddannelse, psykosociale familiære og arbejdsmæssige forhold.</p> <p>Instruktion og forklaring om basale neurologiske principper for at sikre patientens forståelse og samarbejde.</p> <p>Grundig objektiv undersøgelse inklusive neurologisk undersøgelse:</p> <p>Under anamnesen observeres blandt andet for almen tilstand, spontant bevægelsesmønster, opfattelse af patientens egne symptomer, spontan tale og emotionel kontakt. Derudover observeres for apraksi og taleforstyrrelser.</p> <p>Undersøgelse af hoved, hals og ryg inklusiv bevægelighed, led, hud, brystkasse, maveregion, stetoskopi.</p> <p>Klassiske neurologiske undersøgelse af kranienerver, tale, kraftbedømmelse og muskelfylde af muskelgrupper, muskelforspænding (tonus), ufrivillige bevægelser (ex. fascikulationer, tics, rysten, vridende bevægelser følesans, tvangsdrejning), følesans (ex. berøringssmerte-, vibration-, stillingssans), finmotorik, koordination, reflekser, gangundersøgelser.</p> <p>Afklarende samtale: Orientering af resultatet, diagnose eller yderligere diagnostiske muligheder og opstilling af undersøgelsesprogram.</p> <p>Hvis diagnosen er klarlagt diskuteres behandlingsmuligheder (kurrativ eller lindrende) samt risikofaktorer.</p> <p>Prognostiske forhold herunder om det er forbigående, recidiverende eller en kronisk sygdom samt indflydelse på samliv, arbejdsliv, uddannelse og almindelig adfærd. Legale forhold (fx. køreforbud).</p> <p>Hvis medicinsk behandling gennemgang af virkningsmekanisme og bivirkninger. Udfærdigelse af doseringsskema/optrapningsplan.</p> <p>Hvis kirurgisk behandling gennemgang af behandlingsprincipper før viderehenvielse.</p> <p>Udfyldning af kontrolskemaer og henvisninger (fx. blodprøver, røntgen, skanning, elektrofysiologi).</p> <p>Indhentning af supplerende materiale (fx. sygehusjournal, tidligere undersøgelsesresultater).</p> <p>Diagnostisk klassifikation.</p> <p>Journal dikteres og der laves lægebrev når patienten afsluttes.</p> <p>Eventuel ny tid aftales.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Særlige forhold | Ingen |
| Antal ydelser i 2008 | 41.936 |
| Forventet antal ydelser pr. år | Uændret |
| Kvalitetssikring | Indberetning til godkendte databaser. Diagnose og behandling i henhold til relevante referenceprogrammer og guidelines. |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

B. 2. og senere konsultationer

1b. 2. almindelig konsultation: Den forklarende/afsluttende samtale

| Ydelse | 1b Den forklarende/afsluttende samtale |
|--------------------------------|---|
| Ny/eksisterende | Eksisterende nr. 0120 |
| Målgruppe/symptomer | Patienter som er kendte fra 1. konsultation |
| Behandling | <p>Gennemgang af forløb siden sidst og vurdering af eventuel intervention.</p> <p>Gennemgang af prøvesvar/undersøgelsesresultater.</p> <p>Gennemgang af eventuelle observationsskemaer.</p> <p>Supplering af anamnese.</p> <p>Gennemgang af indhentet information.</p> <p>Supplering eller gentagelse af objektiv undersøgelse.</p> <p>Afklarende samtale: Orientering af resultatet, diagnose eller yderligere diagnostiske muligheder.</p> <p>Hvis diagnosen er klarlagt diskuteres behandlingsmuligheder (kurativ eller lindrende) samt risikofaktorer.</p> <p>Prognostiske forhold herunder om det er forbigående, recidiverende eller en kronisk sygdom samt indflydelse på samliv, arbejdsliv, uddannelse og almindelig adfærd. Legale forhold (fx. køreforbud).</p> <p>Hvis medicinsk behandling gennemgang af virkningsmekanisme og bivirkninger. Udfærdigelse af doseringsskema/optrappingsplan.</p> <p>Hvis kirurgisk behandling gennemgang af behandlingsprincipper før viderehenvisning.</p> <p>Tilpasning af undersøgelsesprogram og/eller behandlingsplan.</p> <p>Journalføring og lægebrev når patienten afsluttes.</p> <p>Aftale om fremtidigt forløb eller afslutning.</p> |
| Kommentar/særlige forhold | <p>Ofte indhentes store mængder tillægsinformation fra almen praksis, speciallæger, sygehuse mfl. for at kunne vurdere diagnosen og helbredsmæssige forhold.</p> <p>Dette kan ændre strategi ved udredning eller det videre behandlingsforløb.</p> |
| Antal ydelser i 2008 | 22.551 |
| Forventet antal ydelser pr. år | $22.551 - 4.500 = 18.051$ (2. konsultation (2008) – nye Udvidet 2. konsultation) |
| Klinikpersonale | Ikke nødvendigt, men kan være en fordel ved behov for kontakt til samarbejdspartnere – kommune, hjemmepleje, plejebolig etc. |
| Kvalitetssikring | <p>Indberetning til godkendte databaser.</p> <p>Diagnose og behandling i henhold til eventuelle referenceprogrammer og guidelines.</p> |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

2b. Udvidet 2. konsultation, planlagt

| | |
|---------------------|---|
| Ydelse | Udvidet 2. konsultation, planlagt. (I stedet for ”2. almindelig konsultation”) |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe/symptomer | Patienter som er kendte fra 1. konsultation |
| Behandling | <p>Hensigten med denne ydelse er at skabe tid og rum til en del af behandlingsforløbet, der enten kræver:</p> <p>1) Orientering af resultatet/diagnostiske overvejelser/diagnose, hvor diagnosen er af en sådan karakter, at patientens liv og førlighed (mentalt og fysisk) står på spil. Der lægges vægt på empati og ”ubegrænset” tid. Samtalen slutter i princippet, når patienten afslutter den (den svære samtale). Samtalen kan indeholde prognose (funktionsmæssigt, tidsperspektiv, arbejdsmæssigt, smerte, psyke), familieforhold, børn, hjælpemidler, boligforhold, og orientering om pensions- og forsikringsmæssig betydning. Legale forhold (fx. køreforbud).</p> <p>Information om muligheder for lindrende medicinsk-, kirurgisk- og strålebehandling, muligheder for kurativ behandling, muligheder for forebyggende behandling samt risici for forværring og recidiv.</p> <p>Hvis medicinsk behandling gennemgås virkningsmekanisme og bivirkninger. Udfærdigelse af doseringsskema/optrappingsplan.</p> <p>Eventuel viderehenvisning til sygehus.</p> <p>Eller</p> <p>2) Formidling af dokumenteret viden som er nødvendig for at bringe patienten en erkendelse, accept og medansvar for sygdomstilstanden for at begrænse udvikling af sygdom/symptomer og påvirkning af daglige funktioner (den superviserende samtale).</p> <p>Ved sygdom med recidiverende symptomer, som kræver medicinsk behandling, er det vigtigt at sikre sig patientens forståelse for behandlingen, også når symptomer (fx. anfald) ikke er til stede.</p> <p>Eksempler:</p> <p>Apopleksi: Blodtryk, rygning, hormonbehandling, kost, motion, rejse, kørekort</p> <p>Epilepsi: Arbejde, søvn, alkohol, adfærd, p-piller, graviditet, uddannelse, kørekort</p> <p>Migræne: P-piller, graviditet, adfærd/kost</p> <p>Hovedpine: Motion, blodtryk, adfærd</p> <p>Besvimelser: Væskeindtagelse, adfærd, kørekort</p> <p>Hjernerystelse: Aktivitet og provokerende faktorer</p> <p>Eller</p> <p>3) Konsultation med nødvendig deltagelse af pårørende. Dette kan være ved kognitiv påvirkning (ex. demens), afasi (talebesvær) eller anden afhængighed af pårørende ved formidling af sygehistorie Endvidere ved forklaring og instruktion om behandling og observation og mere kompleks medicindosering</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | Henvisningsbreve udfærdiges. Journalføring udfærdiges. |
| Kommentar/særlige forhold | Den svære samtale må nogle gange gentages kort efter, ofte sammen med pårørende, når patienten har haft mulighed for at tale med familie og at gennemtænke situationen og formulere supplerende spørgsmål. Den svære samtale kan også forekomme, hvis der før henvisning har været rejst mistanke om alvorlig sygdom, som udredningen imidlertid ikke viser tegn til. Denne konsultation kan vælges, når der forventes et tidsforbrug på 30-45 minutter, med ovenstående indhold. |
| Forventet antal ydelser pr. år | 4.500 (20 % af alle 2. konsultationer) |
| Klinikpersonale | Kan være en fordel ved behov for kontakt til samarbejdspartnere – kommune, hjemmepleje, plejebolig etc. I nogle tilfælde kan eventuelt anvendes klinikpersonale med checkskema. |
| Kvalitetssikring | Indberetning til godkendte databaser. Diagnose og behandling i henhold til eventuelle referenceprogrammer og guidelines. |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

3b. Senere almindelig konsultation – efter 2. konsultation

| Ydelse | Senere almindelig konsultation - efter 2. konsultation |
|--------------------------------|--|
| Ny/eksisterende | Eksisterende nr. 0130 |
| Målgruppe/symptomer | Patienter som er kendte fra 1. og 2. konsultation. |
| Behandling | Gennemgang af forløb siden sidst og vurdering af eventuel intervention. Gennemgang af prøvesvar/undersøgelsesresultater. Gennemgang af eventuelle observationsskemaer. Supplering af anamnese. Gennemgang af indhentet information. Afklarende samtale: Orientering af resultatet, diagnose eller yderligere diagnostiske muligheder. Legale forhold (fx. køreforbud). Tilpasning af undersøgelsesprogram og/eller behandlingsplan. Journalføring og lægebrev hvis patienten afsluttes. Aftale om fremtidigt forløb eller afslutning. |
| Kommentar/særlige forhold | Mange neurologiske sygdomme har kronisk forløb og kræver individuel justering af medicinsk behandling. Langt hovedparten vil være kontrol uden yderligere, men nogle må gennemføres som subklassificeret under 2. konsultation, ved ændringer i forløb, symptomer, behov for hjælp eller livsvilkår, og atter andre som senere udvidet konsultation. |
| Antal ydelser i 2008 | 20.898 |
| Forventet antal ydelser pr. år | 20.898 – 4.500 =16.398 (Senere konsultation (2008) – nye Udvidet senere konsultation) |
| Klinikpersonale | Ikke nødvendigt, men kan være en fordel ved behov for kontakt til samarbejdspartnere – kommune, hjemmepleje, plejebolig etc. |
| Kvalitetssikring | Indberetning til godkendte databaser. Diagnose og behandling i henhold til eventuelle referenceprogrammer og guidelines. |
| Honorar – eksisterende | |
| | |

4b. Udvidet senere konsultation, planlagt

| | |
|---------------------|--|
| Ydelse | Udvidet senere konsultation, planlagt. (I stedet for ”Senere almindelig konsultation”) |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe/symptomer | Patienter som er kendte fra tidligere konsultationer, efter 2. konsultation. |
| Behandling | <p>Hensigten med denne ydelse er at skabe tid og rum til en del af behandlingsforløbet der enten kræver:</p> <p>1) Orientering af resultatet/diagnostiske overvejelser/diagnose hvor diagnosen er af en sådan karakter, at patientens liv og førlighed (mentalt og fysisk) står på spil. Der lægges vægt på empati og ”ubegrænset” tid. Samtalen slutter i princippet, når patienten afslutter den (den svære samtale). Samtalen kan indeholde prognose (funktionsmæssigt, tidsperspektiv, arbejdsmæssigt, smerte, psyke), familieforhold, børn, hjælpemidler, boligforhold, og orientering om pensions- og forsikringsmæssig betydning. Legale forhold (ex. køreforbud).</p> <p>Eksempler: Kronisk sygdom eller fremadskridende sygdom. Information om muligheder for lindrende medicinsk-, kirurgisk- og strålebehandling, muligheder for kurativ behandling, muligheder for forebyggende behandling samt risici for forværring og recidiv. Hvis medicinsk behandling laves gennemgang af virkningsmekanisme og bivirkninger. Udfærdigelse af doseringsskema/optrapningsplan. Eventuel viderehenvisning til sygehus. Eller</p> <p>2) Formidling af dokumenteret viden, som er nødvendig for at bringe patienten en erkendelse, accept og medansvar for sygdomstilstanden for at begrænse udvikling af sygdom/symptomer og påvirkning af daglige funktioner (den superviserende samtale)</p> <p>Ved sygdom med recidiverende symptomer, som kræver medicinsk behandling, er det vigtigt at sikre sig forståelsen for behandlingen, også når symptomer (fx. anfald) ikke er til stede.</p> <p>Eksempler: Apopleksi: Blodtryk, rygning, hormonbehandling, kost, motion, rejse, kørekort Epilepsi: Arbejde, søvn, alkohol, adfærd, p-piller, graviditet, uddannelse, kørekort Migræne: P-piller, graviditet, adfærd/kost Hovedpine: Motion, blodtryk, adfærd Besvimelser: Væskeindtagelse, adfærd, kørekort Hjernerystelse: Aktivitet og provokerende faktorer Eller</p> <p>3) Konsultation med nødvendig deltagelse af pårørende. Dette kan</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>være ved kognitiv påvirkning (ex. demens), afasi (talebesvær) eller anden afhængighed af pårørende ved formidling af sygehistorie. Endvidere ved forklaring og instruktion om behandling og observation og mere kompleks medicindosering. Der kan også være tilfælde, hvor en patient med en kronisk sygdom ønsker, at fjerntboende pårørende, der er på besøg, opdateres om status og forløb. Henvisningsbreve udfærdiges.</p> <p>Journalføring udfærdiges.</p> |
| Kommentar/særlige forhold | <p>Den svære samtale må nogle gange gentages kort efter, ofte sammen med pårørende, og efter at patienten har haft mulighed for at tale med familie og at gennemtænke situationen og formulere supplerende spørgsmål.</p> <p>Den svære samtale kan også forekomme hvis der før henvisning har været rejst mistanke om alvorlig sygdom som udredningen imidlertid ikke viser tegn til.</p> <p>Denne konsultation kan vælges, når der forventes et tidsforbrug på 30-45 minutter med ovenstående indhold.</p> |
| Forventet antal ydelser pr. år | 4.500 (ca. 20 % af alle senere konsultationer) |
| Klinikpersonale | <p>Kan være en fordel ved behov for kontakt til samarbejdspartnere – kommune, hjemmepleje, plejebolig etc.</p> <p>I nogle tilfælde kan eventuelt anvendes klinikpersonale med checkskema.</p> |
| Kvalitetssikring | <p>Indberetning til godkendte databaser.</p> <p>Diagnose og behandling i henhold til eventuelle referenceprogrammer og guidelines.</p> |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

C. Tillægsydelser

1c. Registrering af hovedpine og medicinforbrug

| | |
|--------------------------------|--|
| Ydelse | Registrering af hovedpine og medicinforbrug Tillægsydelse der kan anvendes ved 1. konsultation, 2. almindelig konsultation og senere almindelig konsultation |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe | Patienter med længerevarende hovedpine og migrænesymptomer. |
| Behandling | Instruktion i udfyldning af diagnostisk hovedpinedagbog og registrering af forbrug af smertestillende tabletter/migræne-medicin. Der angives aura, lokalisation, type, intensitet, provokationer, følgesymptomer, varighed, døgnvariation samt effekt og forbrug af medicin. |
| Kommentar/særlige forhold | Udleveres og instrueres ved konsultation og medbringes og evalueres ved næste konsultation. Er grundlag for kvalitets-sikret hovedpinediagnose og grundlag for behandling og forebyggelse. |
| Klinikpersonale | Nyttigt |
| Forventet antal ydelser pr. år | 4.900 |
| Kvalitetssikring | Dette værktøj er anerkendt og anbefalet af Dansk Hovedpine Center. |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

2c. Demenstestning

| | |
|--------------------------------|--|
| Ydelse | Demenstestning Tillægsydelse der kan anvendes ved 1. konsultation, 2. almindelig konsultation og senere almindelig konsultation |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe | Patienter med mistænkt demenssygdom |
| Behandling | Screeningstest: Minimal Mental State Examination (MMSE) består af 19 spørgsmål, der omfatter en række kognitive funktioner: Orientering i tid (5 point), orientering i sted (5 point), gentagelse af tre ord (3 point), opmærksomhed og regning (5 point), genkaldelse af tre ord (3 point), sprogfunktion (8 point) og visuospatial konstruktionsevne (1 point). Der angives sædvanligvis en sumscore, hvor maksimum er 30 point og minimum 0 point. (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 1975;12:189-98) |
| Kommentar/særlige forhold | MMSE er anvendelig ved screening for moderat demens, hvorimod dens evne til at identificere let eller frontotemporal demens er mindre god. Testen er ikke velegnet til personer med udtalt afasi. En MMSE-score er en del af demensudredningen, men kan aldrig stå alene. |
| Klinikpersonale | Kan ved de obligatoriske kontroller i forbindelse med medicinsk behandling af demens foretages af klinikpersonale. |
| Forventet antal ydelser pr. år | 2.500 |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

3c. Svimmelhedstest og behandling

| | |
|--------------------------------|--|
| Ydelse | Svimmelhedstest og behandling – Dix-Hallpike test og Epley´s manøvre Tillægsydelse der kan anvendes ved 1. konsultation, 2. almindelig konsultation og senere almindelig konsultation |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe | Patienter med mistænkt Benign Paroxysmal Positionssvimmelhed (BPPV) |
| Behandling | Dix-Hallpike-testen. Hovedet drejes 45° horisontalt til den ene side, mens patienten er siddende. Patienten fikserer f.eks. på undersøgerens næseryg. Hoved og truncus bringes tilbage, så hovedet hænger ud over kanten af briksen, ekstenderet ca. 20°. Der udløses kraftig nystagmus og svimmelhed, hvis det afficerede øre er nedad (højre øre når hovedet er drejet til højre). Epleys manøvre populær. Patienten bringes først i Dix-Hallpike-position og drejes derefter til den ikke-afficerede side. |
| Kommentar/særlige forhold | BPPV er en af de hyppigste årsager til svimmelhed. Incidensen estimeres til at være ca. 6.000 pr. mio. pr. år, og lidelsen er formodentlig stærkt underdiagnosticeret. |
| Klinikpersonale | |
| Forventet antal ydelser pr. år | 1.400 |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

4c. Nerveledningshastighedsundersøgelse

| | |
|--------------------------------|--|
| Ydelse | Nerveledningshastighedsundersøgelse ved mistanke om karpaltunnelsyndrom |
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe/symptomer | Patienter med nerveafklemning ved håndled (karpaltunnelsyndrom) |
| Metode/behandling | Med overfladeelektroder laves standardiseret undersøgelse hvor der gives svage strømstimulationer i perifere nerver (medianusnerven og ulnarisnerven) og signalernes hastighed og størrelse registreres og tolkes i forhold til statistisk normalmateriale. |
| Kommentar/særlige forhold | Udføres og analyseres af speciallæger i neurologi eller udføres af neurofysiologiassistent og bedømmes af speciallæger i neurologi. |
| Anskaffelsespris | 250.000 kr. excl. moms |
| Afskrivningstid | 3 - 5 år |
| Klinikpersonale | Kan delvis udføres af klinikpersonale |
| Utensilieforbrug | 100 kr. |
| Kvalitetssikring | Mindst 100 undersøgelser per år. De simple undersøgelser med overfladeelektroder kan udføres af speciallæge eller klinikpersonale. Der tages kursus i undersøgelsesteknik og bedømmelse eller speciallægen skal have ekspertområde i klinisk neurofysiologi. |
| Forventet antal ydelser pr. år | 300 |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

Nerveledningshastighedsundersøgelse er iht. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi en regionsfunktion, som kan varetages i et formaliseret samarbejde med hovedfunktionsniveau efter Sundhedsstyrelsens godkendelse. Varetagelse i neurologisk speciallægepraksis kræver derfor en aftale om et samarbejde med et sygehus på regionsfunktionsniveau, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

5c. Botulinumtoxinbehandling

| Ydelse | Planlægning og udførelse af behandling med botulinumtoxin. |
|--------------------------------|--|
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe/symptomer | Patienter med <u>ukomplicerede fokale dystonier</u> f.eks. torticollis, blepharospasmer, hemifaciale spasmer samt fokale dystonier i ekstremiteterne. Spasticitetsbehandling af patienter med erhvervet hjerne- eller rygmærsskade f.eks. efter traumer, apoplexi, dissemineret sclerose og cerebral parese. |
| Metode/behandling | Ultralydsvejledt injektion af botulinumtoxin i afficerede muskler. |
| Kommentar/særlige forhold | Ved behandling af såvel gruppe 1- som gruppe 2-sikrede kan rekvireres botulinumtoxin på regionens regning til behandling af fokal dystoni og spasticitet. |
| Anskaffelsespris | Ultralydsscanner 100.000 kr. |
| Afskrivningstid | 3 - 5 år |
| Klinikpersonale | Påkrævet |
| Utensilieforbrug | 25 - 50 kr. |
| Kvalitetssikring | Mindst 100 ydelser/år Gennemgået kursus eller samme krav som for sygehusneurologer. |
| Forventet antal ydelser pr. år | 800 |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

EMG vejledt behandling med botulinumtoxin er iht. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi en regionsfunktion og kan derfor ikke varetages i speciallægepraksis. Behandling med botulinumtoxin uden anvendelse af EMG er en hovedfunktion og kan derfor godt varetages.

6c. Ultralydsskanning

| Ydelse | Ultralydsskanning af perifere arterier |
|--------------------------------|---|
| Ny/eksisterende | Ny |
| Målgruppe/symptomer | Vurdering af perifer arteriel status. Indiceret hos patienter med apopleksi (blodprop i hjernen) idet tilstedeværelse af generel arteriosklerose (forkalkede kar) har indflydelse på risici og forebyggende behandling. Endvidere til vurdering af mulige differentialdiagnoser ved spinalstenose (forsnævring af rygmarvskanal), polyneuropati (nervebetændelse) og Restless Legs Syndrom (hviløse ben) |
| Kommentar/særlige forhold | |
| Anskaffelsespris | Ultralydsscanner 100.000 kr. |
| Afskrivningstid | 5 år |
| Klinikpersonale | Påkrævet |
| Utensilieforbrug | 50 kr. |
| Kvalitetssikring | Mindst 100 ydelser/år Dokumenteret uddannelse. Kursus fra Dansk Ultralyd Diagnostisk Selskab eller internationalt selskab. |
| Forventet antal ydelser pr. år | 800 |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

D. Særydelser

1d. EEG

| | |
|--------------------------------|---|
| Ydelse | Elektroencephalografi (EEG) |
| Ny/eksisterende | Eksisterende nr. 2124 med honorar svarende til 30 laboratorieenheder |
| Målgruppe/symptomer | Patienter til udredning for epilepsi, klassifikation af epilepsi og visse andre hjernesygdomme samt anfaldsfænomener. |
| Metode/behandling | Med overfladeelektroder laves standardiseret undersøgelse, hvor der registreres potentialer fra hjernens overflade og dybere strukturer. |
| Kommentar/særlige forhold | Udføres og analyseres af speciallæger i neurologi eller udføres af neurofysiologiasistent og bedømmes af speciallæger i neurologi. Den eneste praktiserende neurolog, som p.t. udfører særydelsen, har i en årrække været omfattet af en § 3, stk. 2, aftale, der ophæver bestemmelsen om, at der i dette speciale ikke kan ydes konsultationshonorar samtidig med honorar for særydelse |
| Antal ydelser i 2008 | 161 (hidtil kun udført hos 2 praktiserende speciallæger i neurologi) |
| Forventet antal ydelser pr. år | Uændret |
| Anskaffelsespris | 320.000 kr. excl. moms |
| Afskrivningstid | 3 - 5 år |
| Klinikpersonale | Kan delvis udføres af klinikpersonale |
| Utensilieforbrug | 25 kr. |
| Kvalitetssikring | Mindst 100 undersøgelser per år. Skal have haft klinisk neurofysiologi i speciallægeuddannelse |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

Undersøgelsen er iht. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi en regionsfunktion, men kan varetages på hovedfunktionsniveau (herunder i speciallægepraksis) i et samarbejde med regionsfunktionsniveau. Funktionen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

2d. EEG med søvnrunde

| Ydelse | Elektroencephalografi (EEG) med søvnrunde |
|--------------------------------|--|
| Ny/eksisterende | Eksisterende nr. 2125 med honorar svarende til 50 laboratorieenheder |
| Målgruppe/symptomer | Patienter til udredning for epilepsi, klassifikation af epilepsi og visse andre hjernesygdomme samt anfaldsfænomener. |
| Metode/behandling | Med overfladeelektroder laves standardiseret undersøgelse hvor der registreres potentialer fra hjernens overflade og dybere strukturer. Patient skal være søvndepriveret. |
| Kommentar/særlige forhold | Udføres og analyseres af speciallæger i neurologi eller udføres af neurofysiologiassistent og bedømmes af speciallæger i neurologi Den eneste praktiserende neurolog, som p.t. udfører særydelsen, har i en årrække været omfattet af en § 3, stk. 2, aftale, der ophæver bestemmelsen om, at der i dette speciale ikke kan ydes konsultationshonorar samtidig med honorar for særydelse, |
| Antal ydelser i 2008 | 22 (hidtil kun udført hos 2 praktiserende speciallæger i neurologi) |
| Forventet antal ydelser pr. år | Uændret |
| Anskaffelsespris | 320.000 kr. excl. moms |
| Afskrivningstid | 3 - 5 år |
| Klinikpersonale | Kan delvis udføres af klinikpersonale |
| Utensilieforbrug | 25 kr. |
| Kvalitetssikring | 100 EEG-undersøgelser per år. Skal have haft klinisk neurofysiologi i speciallægeuddannelse |
| Honorar – eksisterende | |
| Honorar – nyt | |

Undersøgelsen er iht. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for neurologi en regionsfunktion, men kan varetages på hovedfunktionsniveau (herunder i speciallægepraksis) i et samarbejde med regionsfunktionsniveau. Funktionen skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Andre ydelser, som allerede er dækket ved hovedoverenskomsten

- Telefonkonsultation
- E-mail konsultation
- Telefonisk rådgivning af alment praktiserende læge
- Rekvirering af tolk
- Tillæg for konsultation med tolk
- Sygebesøg
- Kørselstillæg i forbindelse med sygebesøg
- Kørselsgodtgørelse for brug af eget befordringsmiddel

Tabel 6. Neurologi - antal ydelser 2000 – 2008

| Stk. | Sum af antal | Ar | | | | | | | | |
|-------|--|--------|--------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|
| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 105 | E-mail konsultation | | | | | | 62 | 370 | 622 | 984 |
| 110 | 1. konsultation | 37.151 | 36.119 | 37.644 | 40.011 | 39.159 | 37.871 | 37.773 | 40.146 | 41.936 |
| 120 | 2. konsultation | 15.870 | 16.110 | 16.833 | 18.662 | 19.027 | 18.094 | 18.605 | 20.967 | 22.551 |
| 130 | Senere konsultation | 16.191 | 16.059 | 16.200 | 16.781 | 17.383 | 15.865 | 16.939 | 19.387 | 20.898 |
| 201 | Telefonkonsultation | 21.516 | 20.821 | 21.400 | 22.953 | 23.228 | 21.223 | 21.112 | 23.170 | 26.109 |
| 205 | Telefonisk rådgivning af praktiserende læge | | | | | | 562 | 927 | 665 | 863 |
| 207 | Telefonisk rådgivning af praktiserende læge - neurokirurgi | | | | | | 136 | 177 | 227 | 80 |
| 210 | Diagnostik, neurokirurgi, 1. konsultation | 532 | 510 | 349 | 390 | 300 | 346 | 352 | 353 | 227 |
| 220 | Diagnostik, neurokirurgi, 2. konsultation | 7 | 9 | 9 | 8 | 6 | 8 | 9 | 5 | 2 |
| 230 | Diagnostik, neurokirurgi, 3. konsultation | 3 | | | | 1 | | 1 | 1 | |
| 301 | Diagnostik, neurokirurgi, Telefonkonsultation | 16 | 23 | 82 | 132 | 121 | 138 | 131 | 125 | 88 |
| 1101 | Afstandstakst ved besøg pr. påbegyndt km | 1.226 | 2.010 | 1.389 | 1.628 | 1.268 | 924 | 1.365 | 1.611 | 2.137 |
| 1401 | Besøg | 464 | 480 | 366 | 355 | 263 | 155 | 276 | 312 | 239 |
| 2124 | Særydelse Elektroencefalografi | 2.373 | 2.467 | 2.294 | 1.936 | 1.680 | 1.220 | 865 | 219 | 161 |
| 2125 | Særydelse Elektroencefalografi med søvnkurve | 400 | 373 | 347 | 364 | 278 | 194 | 8 | 10 | 22 |
| 2161 | Tilæg for tolkebistand | | | | 55 | 648 | 753 | 1.127 | 1.003 | 1.057 |
| 2261 | Konsultation med tolk | | | | | | | | | 735 |
| 9001 | Kørselsgodtgørelse | 2.552 | 3.547 | 2.594 | 2.946 | 2.224 | 1.359 | 1.622 | 1.448 | 1.343 |
| I alt | Hovedtotal | 98.310 | 98.648 | 99.628 | 106.710 | 105.715 | 98.981 | 101.669 | 110.271 | 119.432 |

Kilde: Foreningen af Speciallæger, Landsproduktionstal

Tabel 7. Neurologi - udbetalte honorarer 2000 - 2008

| Kr. | Sum af honorarer | År | | | | | | | | |
|------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Ydelsesnr. | Ydelse | | | | | | | | | |
| 105 | E-mail konsultation | | | | | | 3.795 | 22.769 | 37.450 | 63.943 |
| 110 | 1. konsultation | 19.869.084 | 19.899.302 | 21.075.370 | 22.660.846 | 22.564.622 | 22.354.480 | 22.610.626 | 24.379.022 | 26.530.372 |
| 120 | 2. konsultation | 8.487.484 | 8.876.621 | 9.424.123 | 10.572.696 | 10.962.361 | 10.681.318 | 11.137.076 | 12.735.552 | 14.258.425 |
| 130 | Senere konsultation | 6.148.838 | 6.280.901 | 6.437.556 | 6.748.894 | 7.109.118 | 6.647.101 | 7.197.893 | 8.359.632 | 9.379.521 |
| 201 | Telefonkonsultation | 2.722.970 | 2.714.703 | 2.834.644 | 3.076.299 | 3.166.166 | 2.963.230 | 2.989.873 | 3.330.709 | 3.904.248 |
| 205 | Telefonisk rådgivning af praktiserende læge | | | | | | 166.720 | 277.452 | 198.346 | 273.269 |
| 207 | Telefonisk rådgivning af praktiserende læge - neurokirurgi | | | | | | 34.898 | 45.902 | 56.272 | 21.632 |
| 210 | Diagnostik, neurokirurgi, 1. konsultation | 246.444 | 243.350 | 169.338 | 191.288 | 149.699 | 176.895 | 182.607 | 185.748 | 124.660 |
| 220 | Diagnostik, neurokirurgi, 2. konsultation | 3.246 | 4.312 | 4.367 | 3.936 | 2.992 | 4.097 | 4.674 | 2.609 | 1.101 |
| 230 | Diagnostik, neurokirurgi, 3. konsultation | 1.008 | | | | 365 | | 377 | 380 | |
| 301 | Diagnostik, neurokirurgi, Telefonkonsultation | 2.712 | 4.051 | 14.538 | 23.655 | 22.102 | 25.778 | 24.834 | 24.017 | 17.708 |
| 1101 | Afstandstakst ved besøg pr. påbegyndt km | 10.280 | 17.366 | 12.182 | 14.453 | 11.447 | 8.535 | 12.801 | 15.344 | 21.211 |
| 1401 | Besøg | 112.091 | 119.766 | 92.591 | 90.926 | 68.329 | 41.342 | 74.702 | 85.590 | 68.202 |
| 2124 | Særydelse Elektroencefalografi | 710.701 | 760.911 | 718.848 | 613.574 | 541.785 | 402.560 | 289.869 | 74.510 | 56.976 |
| 2125 | Særydelse Elektroencefalografi med søvnkurve | 199.623 | 191.754 | 181.228 | 192.481 | 149.499 | 106.367 | 4.469 | 5.675 | 13.021 |
| 2161 | Tilæg for tolkebistand | | | | 5.046 | 60.359 | 71.736 | 108.807 | 98.209 | 107.854 |
| 2261 | Konsultation med tolk | | | | | | | | | 217.555 |
| 9001 | Kørselsgodtgørelse | 7.765 | 11.279 | 8.482 | 9.840 | 7.628 | 4.852 | 5.905 | 5.575 | 5.359 |
| I alt | Hovedtotal | 38.523.028 | 39.133.214 | 40.983.476 | 44.248.704 | 44.828.242 | 43.698.004 | 44.990.902 | 49.594.640 | 55.065.053 |
| | Løbende priser | | | | | | | | | |
| | Kilde: Foreningen af Speciallæger, Landsproduktionstal | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |