

MODERNISERING AF ANÆSTESIOLOGI I SPECIALLÆGEPRAKSIS

1. Udvalgets sammensætning og kommissorium	5
2. Sammenfatning	7
3. Specialets udvikling igennem årene	8
3.1 Historie.....	8
3.2 Faglig udvikling for anæstesi	9
3.3 Faglig udvikling inden for behandlingen af smertetilstande.....	9
4. Afgrænsning af smertebehandling i forhold til det øvrige sundhedsvæsen.....	10
4.1 Afgrænsning til almen praksis	10
4.2 Afgrænsning til sygehus	11
4.3 Afgrænsning til øvrige specialer	11
4.4 Afgrænsning til øvrige behandlergrupper	12
4.5 Anæstesiologisk bistand i speciallægepraksis	12
5. Samarbejdsmuligheder.....	12
5.1 Samarbejdsmuligheder mellem speciallæger på sygehuse og praksissektoren.....	12
5.2 Samarbejdsrelationer inden for specialet	13
6. Uddannelse.....	13
6.1 Videreuddannelse.....	13
6.2 Efteruddannelse	14
7. Kapacitet.....	14
7.1 Udviklingen inden for Anæstesiologisk speciallægepraksis	14
7.2 Ventetiden på smertebehandling hos speciallæge i anæstesiologi.....	18
8. Antal ydelser, 1. konsultationer og omsætning	19
9. Den nuværende overenskomst	19
9.1 Generelt.....	19
9.2 Henvi sning	20
9.3 Rekvisition	20
9.4 Knæk- og omsætningsgrænser	20
9.5 Anæstesiologisk bistand til øjen- og ørelæger	20
9.6 Anæstesi til øvrige specialer.....	21
9.7 Udvidede lungefunktionsprøver.....	21
9.8 Smertebehandling	21
9.9 § 3-aftaler.....	21
10. Forslag til ny organisering af anæstesi i speciallægepraksis ...	21
10.1 Definition.....	22
10.2 Organiseringen af anæstesi i speciallægepraksis	22
10.2.1 Patientklientel	22
10.2.2 De fysiske rammer.....	23
10.2.3 Personale.....	23
10.2.4 Gennemførelse af anæstesi i speciallægepraksis.....	23
10.2.5 Kvalitetssikring af anæstesi i praksissektoren	24

10.2.6 Forslag til ny procedure for rekvirering af anæstesi i speciallægepraksis	24
10.2.7 Forslag til ydelsessortiment for anæstesi i speciallægepraksis.....	25
11. Forslag til ny organisering af smertebehandling i speciallægepraksis	25
11.1 Hvad er smerter?	25
11.2 Akutte og kroniske smerter	26
11.3. Maligne smerter og palliation.....	27
12. Behandling af smerter	28
12.1 Faglig optimal behandling af smerter	28
12.2. Patientklientel	28
12.3. Gennemførelse af smertebehandling	29
12.4 Henvisningsret.....	30
12.5. Kvalitetssikring af smertebehandling.....	30
13. Ydelsessortiment – oversigt og ydelsesbeskrivelser	31
13.1 Anæstesiologiske ydelser - oversigt.....	31
13.2 Konsultationsydelser – smertebehandling - oversigt.....	31
13.3 Behandlingsydelser – smertebehandling - oversigt.....	31
13.4 Rammeydelser - oversigt.....	31
13.5 Ydelser, der udgår - oversigt	32
13.1 Anæstesiologiske ydelser - beskrivelse.....	33
13.1.1 Kortvarig anæstesi med maske	33
13.1.2 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mindre end 30 min.	34
13.1.3 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 30-60 minutter.....	35
13.1.4 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 60-120 minutter.....	36
13.1.5 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 minutter .	37
13.2 Konsultationsydelser – smertebehandling - beskrivelse	38
13.2.1 Første konsultation, smertebehandling	38
13.2.2 Anden konsultation, smertebehandling	39
13.2.3 Senere konsultation, smertebehandling	40
13.2.4 Udvidet 1. konsultation, smertebehandling	41
13.2.5 Telefonkonsultation smertebehandling.....	42
13.2.6 E-mail konsultation smertebehandling.....	43
13.2.7 Telefonisk rådgivning til praktiserende læge	44
13.2.8 Tillæg for tolkebistand	45
13.3 Behandlingsydelser – smertebehandling - beskrivelse	46
13.3.1 Triggerpunktsblokada	46
13.3.2 Ledningsblokada	47
13.3.3 Injektion i bursae, senenære strukturer og led	48
13.3.4 TNS – Transcutan nervestimulation	49
13.3.5 Akupunktur.....	50
13.3.6 Manipulationsbehandling.....	51
13.3.7 Cervikal Sympaticusblokade	52
13.3.8 Paravertebral blokade	53
13.3.9 Injektion i epiduralrummet	54
13.3.10 Anlæggelse af epiduralkateter.....	55
13.4. Rammeydelser - beskrivelse	56

13.4.1	1. Hjemmebesøg – palliativ behandling.....	56
13.4.2	Efterfølgende hjemmebesøg – palliativ behandling	57
Bilag 1	Rekommandationer for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis	58
Bilag 2	Udvikling i antal ydelser 2000-2004.....	62
Bilag 3	Udvikling i antal ydelser 2000-2004 (lokale-, ramme- og ventelisteaftaler).....	63
Bilag 4	Rekvirerbar medicin med ATC- koder	64
Bilag 5	ASA klassifikation	65

1. Udvalgets sammensætning og kommissorium

Der er udarbejdet følgende kommissorium for ad hoc-udvalget:

Udvalget skal:

- Beskrive anæstesiologisk speciallægepraksis – for så vidt angår det faglige, aktuelt ydelsesmønster, udvikling i ydelsesmønsteret, uddannelse og rekrutteringsmuligheder.
- Beskrive ydelserne i anæstesiologisk smertebehandling, herunder afgrænsning til og samarbejde med smerteklinikker i sekundærsektoren.
- Beskrive anæstesiyderne i anæstesiologisk speciallægepraksis.
- Beskrive kvalitetssikring i anæstesiologisk speciallægepraksis.
- Beskrive, hvilke faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvenser en modernisering vil indebære.
- Beskrive afgrænsning til sygehusvæsenet.

Arbejdsgruppens har haft følgende sammensætning:

Fra Foreningen af Speciallæger:

Overlæge Lynge Kirkegaard, Formand for Danske Anæstesiologers Organisation (DAO)

Speciallæge Hans B. Andersen, DAO (indtil efteråret 2003)

Overlæge Grethe Astrup, DAO (fra 2005)

Speciallæge Poul Hansen, DAO (fra 2005)

Speciallæge, overlæge Michael Crawford, DAO (fra 2005)

Speciallæge Niels Munk-Jensen, Foreningen af Praktiserende Speciallæger (indtil efteråret 2004)

Speciallæge Peter Haahr, Foreningen af Praktiserende Speciallæger (fra 2004)

Chefkonsulent Mads Lythje, Foreningen af Speciallægers sekretariat

Fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg:

Overlæge, dr. med Bent Husum (indtil 2005)

Kontorchef Lars Oppenhagen, Ringkøbing Amt

Kontorchef Peder Ring, Amtsrådsforeningen

Fuldmægtig Camilla Clevin, Amtsrådsforeningen (fra 2003 til 2005)

Kontorchef Karis Hagild, Københavns Kommune (2003)

Fuldmægtig Karen Nørskov Toke, Københavns Kommune (fra 2003 til 2004)

Fuldmægtig Anna Marie Schmidt, Københavns Kommune (fra 2005)

Konsulent Lisbet P. Andersen, Amtsrådsforeningen

Sundhedsstyrelsen:

Læge Peter Torsten Sørensen (indtil 2004)

Afdelingslæge Hanne Christensen (fra 2005)

Indenrigs- og sundhedsministeriet:

Specialkonsulent Andreas Jull Sørensen (indtil 2004)

Specialkonsulent Tobias Neergaard (fra 2005)

Sekretariatsfunktionen har været varetaget af Lisbet P. Andersen og Mads Lythje.

Der har været afholdt 7 møder i arbejdsgruppen i perioden december 2002 til december 2005 samt 3 møder i en mindre arbejdsgruppe bestående af Peder Ring, Lisbet P. Andersen, Lynge Kirkegaard og Mads Lythje.

2. Sammenfatning

Arbejdsgruppen har med nærværende rapport beskrevet det anæstesiologiske speciale med udgangspunkt i anæstesiologisk speciallægepraksis og praksis' berøringsflader med andre sektorer og specialer. Arbejdsgruppen har således drøftet samordningsmæssige aspekter – herunder en hensigtsmæssig arbejdsdeling og opgavefordeling mellem anæstesiologisk speciallægepraksis og sygehus samt almen praksis.

I anæstesiologisk speciallægepraksis omfatter sygesikringsoverenskomsten 2 hovedområder, nemlig anæstesiologisk bistand til andre speciallæger samt smertebehandling.

Der er taget stilling til behovet for ændringer af det eksisterende ydelsessortiment, og arbejdsgruppen har i forhold til de enkelte ydelser drøftet indhold og aspekter af betydning for kvalitet mv. Arbejdsgruppen anbefaler, at der indføres en række nye ydelser, jf. kapitel 12.

De nye ydelser er:

- Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mindre end 30 minutter
- Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 30 - 60 minutter
- Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 60 - 120 minutter
- Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 minutter
- Udvidet 1. konsultation, smertebehandling
- Triggerpunktsbloade
- Injektion i bursae, senenære strukturer og led
- Anlæggelse af epiduralkateter
- Første hjemmebesøg – palliativ behandling
- Efterfølgende hjemmebesøg – palliativ behandling

Endvidere anbefaler arbejdsgruppen at enkelte eksisterende ydelser udgår af ydelsessortimentet, jf. kapitel 12.

De ydelser, der bør udgå, er:

- Muskelbloader (ydelse 2611)
- Intraartikulære injektioner (ydelse 2621)
- Lumbale sympaticusbloader (ydelse 2632)
- I.v. regionale sympaticusbloader (ydelse 2633)
- Perivertebrale bloader (ydelse 2634)
- Udvidede lungefunktionsprøver (ydelse 0210, 0220, 0230, 0301 og 3010)

Rapporten indeholder i øvrigt følgende anbefalinger:

”De påtænkte modeller kunne inden for anæstesiologi tænkes udviklet således, at praktiserende anæstesiologer i et vist omfang deltog i arbejdet på en sygehusafdeling for eksempel i relation til anæstesier i samme-dags-kirurgiske afsnit og arbejdet i et smerteambulatorium.” (Kapitel 4.3.1)

”I forbindelse med anæstesi sker der ingen formel henvisning imellem primær- og sekundærsektoren. Hvis de praktiserende anæstesiologer finder, at en patient ikke er egnet til anæstesi i speciallægepraksis, er det den kirurgiske speciallæge, som henviser til den lokale sygehusafdeling inden for det pågældende speciale. I fremtiden er et samarbejde imellem primær- og sekundærsektoren relevant i forbindelse med aftaler om bistand fra de anæstesiologiske afdelinger til speciallægepraksis i forbindelse med nødsituationer og uforudsete komplikationer.” (Kapitel 4.3.2)

”For at effektivisere behandlingen og forkorte restitutionstiden ønsker Danske Anæstesiologers Organisation, at der med henblik på understøttende behandling bliver mulighed for direkte henvisning til fysioterapeut samt til speciallæge i reumatologi. Understøttende behandling bør i denne sammenhæng sidestilles med genoptræning i ortopædkirurgisk regi. Direkte adgang skal følges op af en tilbagemelding til den oprindeligt henvisende læge, og viderehenvisning må kun ske på baggrund af den oprindelige henvisning.” (Kapitel 11.4)

3. Specialets udvikling igennem årene

3.1 Historie

Sundhedsstyrelsen anerkendte i 1950 anæstesiologi som det 20. selvstændige speciale. Allerede i 1949 var Dansk Anæstesilægeforening stiftet. I 1951 blev foreningens aktiviteter delt i Danske Anæstesiologers Organisation (DAO) og Dansk Anæstesiologisk Selskab, som i 1999 ændrede navn til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM). DASAIM er det videnskabelige selskab, som varetager videre-/efteruddannelse samt kontakt til myndighederne vedrørende fagets udvikling. DAO er en del af Lægeforeningen og varetager igennem Foreningen af Speciallæger lægernes interesser i relation til aftaler og overenskomster.

Anæstesiologi er i dag et tværgående klinisk speciale, som i Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet beskrives således:

- Alle former for anæstesi, herunder præoperativ forberedelse og postoperativ overvågning og behandling
- Intensiv terapi, som varetager diagnostik, overvågning og behandling af kritisk syge patienter på særskilte intensivafdelinger
- Akut præhospitals- og traumebehandling samt katastrofemedicinsk intervention
- Smertebehandling - diagnostik og behandling af akutte og kroniske smertetilstande.

3.2 Faglig udvikling for anæstesi

Den lægevidenskabelige, farmakologiske og teknologiske udvikling har medført mere styrbare og raffinerede anæstesiformer for eksempel i form af medikamenter, der medfører hurtigere opvågning og mindre kvalme. Udviklingen inden for anæstesiologien har muliggjort kirurgiske indgreb, som for 20 år siden var utænkelige. Det er ligeledes udviklingen inden for anæstesiologien, som har understøttet og stimuleret mulighederne for samme-dags-kirurgisk virksomhed. I Danmark udføres i øjeblikket ca. 55 % af de kirurgiske indgreb som samme-dags-kirurgiske indgreb. Der anslås en fortsat stigning i samme-dags-kirurgien til at omfatte 60-80 % af alle kirurgiske indgreb.

Alle typer kirurgi, som kan udføres som samme-dags-kirurgiske indgreb i sygehusregi, kan, når en række forudsætninger som lokaleindretning og tilstedeværelsen af tilstrækkeligt veluddannet personale, principielt også udføres i speciallægepraksis. Anæstesikvaliteten og -sikkerheden blev styrket igennem Dansk Anæstesiologisk Selskabs "Rekommandation for anæstesi 1995". Foranlediget af rekommandationerne har de amtslige hospitalsafdelinger op igennem 90'erne foretaget store investeringer i moderne anæstesi- og overvågningsudstyr. Rekommandationerne var eksplicit rettet mod anæstesiologiske ydelser på sygehusene, men havde - specielt på monitoreringsområdet - også indflydelse på aktiviteten i speciallægepraksis.

Med de i 2002 udarbejdede *Rekommandationer for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis (bilag 1)* er der skabt et fagligt fundament for anæstesiologiens fremtidige funktion i praksis.

3.3 Faglig udvikling inden for behandlingen af smertetilstande

Anæstesiologi er det speciale, som i speciallægeuddannelsen har den mest omfattende og specifikke uddannelse i smertestillende midlers anvendelse, virkningsmekanismer og bivirkninger. Desuden har anæstesiologer en indgående ekspertise i lokalanæstetiske teknikker, som oprindeligt er udviklet med henblik på anæstesi til kirurgiske indgreb. Senere blev disse teknikker udviklet til anvendelse i smertediagnostik og behandling.

I 60'erne og 70'erne udviklede anæstesiologi sig til det første speciale, som i større udstrækning beskæftigede sig med smertebehandling. I 70'erne blev der skabt mulighed for, at praktiserende læger kunne henvise til blokadebehandling hos en praktiserende anæstesiolog, men som hovedregel foregik der ikke egentlig smerteudredning. Anæstesiologen fungerede således hovedsagelig som højt specialiseret behandler.

I 70'erne og 80'erne tog hospitalsansatte anæstesiologer med speciel interesse for smertebehandling initiativ til starten af de første smerteklinikker, som via inddragelse af andre specialer og faggrupper har udviklet sig til nutidens tværfaglige smerteklinikker/-centre. De første officielt anerkendte smerteklinikker med eget tværfagligt personale blev etableret på Bispebjerg Hospital og Herlev Sygehus midt i firserne. Der er siden etableret tværfaglige smerteklinikker på Aalborg Sygehus, Århus Sygehus og senest på Odense Universitetshospital. Endvidere findes smerteenheder ved de fleste større sygehuse. I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om specialeplan-

lægning og lands- og landsdelsfunktioner behandler smerteklinikker/-centre og smerteenheder "patienter med komplicerede akutte smerter, kroniske cancersmerter eller non-maligne smertetilstande".

I 1990 blev arbejdsvilkårene i speciallægepraksis ændret. Der blev indført honorar for konsultation og for tillægsydelse (primært blokader). Konsultationsydelse skabte mulighed for en egentlig diagnostik af patientens smerter inden valg af behandling i form af tilbud om smertestillende midler, blokader, manipulation eller akupunktur. Rammerne for en moderne smertebehandling var hermed skabt i speciallægepraksis.

I takt med bedre behandlingsmuligheder kan patienter, som tidligere ikke havde mange muligheder for smertelindring, nu hjælpes bedre, og generel viden, om at smerter kan behandles, har ført til en stigende efterspørgsel efter smertebehandling. De eksisterende tværfaglige smerteklinikker/-centre er beregnet til behandling af de sværeste og mest komplicerede smertetilstande og har ikke mulighed for at dække behovet for basal smertebehandling. Desuden kan ventetiden til behandling på smerteklinikkerne være lang (6-36 måneder).

Både i relation til akutte og kroniske smerter, smerter i forbindelse med mere komplekse non-maligne tilstande, samt smerter i relation til cancersygdom er der således et behov for, at praktiserende læger kan henvise til behandling af smertetilstande, som kræver større viden, erfaring og færdigheder, end den praktiserende læge sædvanligvis er i besiddelse af.

4. Afgrænsning af smertebehandling i forhold til det øvrige sundhedsvæsen

For så vidt angår afgrænsningen af, hvor de forskellige patienter behandles i sundhedssystemet, henvises til kapitel 11.2 om patientklientel.

4.1 Afgrænsning til almen praksis

Patienter, som henvises til smertebehandling i anæstesiologisk speciallægepraksis, henvises af alment praktiserende læger til undersøgelse og behandling ved tilstande, som kræver viden om smertestillende midlers virkning, interaktion og bivirkninger, eller andre færdigheder og erfaringer, som speciallægen i anæstesiologi har.

Niveauet, for hvornår en praktiserende læge har behov for at henvise en patient med smerter til en praktiserende anæstesiolog, er som anført afhængig af den praktiserende læges eget efteruddannelsesniveau og af mulighederne for henvisning til smertebehandling i sekundærsektoren. Der kan konstateres karakteristiske regionale forskelle i henvisningshyppigheden, således at de praktiserende læger i hovedstadsområdet i højere grad henviser til speciallæge. En tendens, der også ses inden for andre specialer end anæstesiologi.

4.2 Afgrænsning til sygehus

Anæstesiologiske afdelinger på sygehuse har kun i begrænset omfang mulighed for at modtage ambulante patienter. I den udstrækning der er etableret smerteklinisk funktion, er den overvejende rettet imod indlagte patienter enten i form af smertebehandling efter operationer eller palliativ behandling af terminale cancerpatienter. I mange tilfælde viderevisiteres henvisninger på ambulante smertebehandling til praksissektoren.

Smerteklinikker/-centre i Danmark varetager primært den højt specialiserede tværfaglige smertebehandling på landsdelsniveau, og kapaciteten her er derfor forbeholdt patienter med svært komplicerede og/eller kroniske smertetilstande. Patienter, som er afsluttet fra smerteklinikkerne/-centre, får under tiden tilbagefald og har i relation hertil et forsat behandlingsbehov. Der findes endvidere en lille gruppe patienter, som afsluttes fra smertecentrene, fordi smerteklinikkerne/-centre ikke har yderligere tilbud. Disse patienter henvises ofte af de praktiserende læger til forsat behandling i speciallægepraksis. Det drejer sig om en svært belastet patientgruppe, som sjældent kan helbredes, ofte er der desuden større komplicerende psykologiske og/eller sociale problemer.

Under tiden kan en løbende, understøttende behandling i anæstesiologisk speciallægepraksis i tæt samarbejde med patientens praktiserende læge give disse patienter en tålelig tilværelse og medvirke til at undgå hyppige hospitalsindlæggelser, morfimisbrug og yderligere social deroute.

4.3 Afgrænsning til øvrige specialer

Reumatologisk speciallægepraksis/sygehusafdeling varetager forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med medicinske sygdomme i bevægeapparatet. Det drejer sig om patienter med degenerative led- og muskellidelser, akutte og kroniske belastningssygdomme og smertevoldende tilstande i bevægeapparatet, inflammatoriske reumatiske sygdomme, metaboliske knoglesygdomme, herunder osteoporose samt funktionsforstyrrelser i bevægeapparatet. Der er en række fælles ydelser med anæstesiologisk smertebehandling, så som ledningsblokade, manipulationsbehandling, akupunktur og injektion i bursae og senenære strukturer. Ved mistanke om inflammatorisk ledsygdom eller ved patienter med ufuldstændigt diagnosticerede slidgigtsymptomer skal patienten som udgangspunkt via egen læge visiteres til og behandles af reumatolog.

Neurologisk speciallægepraksis/sygehusafdeling.

Simpel migræne, spændingshovedpine og lignende vil kunne behandles i anæstesiologisk speciallægepraksis, lige som patienter med kliniske tegn på rodtryk vil kunne vurderes og visiteres til behandling. Ved behov for akut/subakut billeddiagnostik med henblik på eventuel kirurgisk intervention, viderehenvises patienterne til lokalt neurocenter. Patienter med atypiske ansigtssmerter, som har været vurderet i neurologisk sygehusregi, vil ofte kunne følges i anæstesiologisk speciallægepraksis med henblik på forsat medicinsk behandling.

4.4 Afgrænsning til øvrige behandlergrupper

Kiropraktor

Kiropraktorer behandler primært akutte nakke- og lændehold, men en kiropraktor kan også inddrages ved længerevarende smertetilstande med henblik på for eksempel manipulationsbehandling således, at den medicinske smertebehandling får bedre effekt. Mange anæstesiologiske speciallæger har efteruddannelse i manipulation og anvender denne behandlingsform.

Fysioterapi

Fysioterapi indgår i genoptræning og eventuelt som en del af et rehabiliteringsforløb. En fysioterapeut er uddannet til at udvikle, styrke, opretholde og genskabe optimal bevægelses- og funktionsevne hos mennesker med det formål at fremme sundhed og livskvalitet samt at forebygge funktionstab og begrænsninger hos det enkelte menneske. Henvisning til fysioterapeutisk behandling kan anvendes som et supplement til akut smertebehandling eller som forebyggelse imod tilbagefald ved for eksempel kroniske rygsmærter. Ofte er der tidligt i symptomudredningen via den praktiserende læge sikret et samarbejde mellem fysioterapeut, reumatolog og anæstesiolog.

4.5 Anæstesiologisk bistand i speciallægepraksis

Et særligt arbejdsfelt for praktiserende anæstesiologer er anæstesiologisk bistand til operationer ved praktiserende øre-næse-halslæger og øjenlæger. De praktiserende anæstesiologer er således medvirkende til, at operationer, der ellers ikke ville være mulige i speciallægepraksis på grund af behovet for generel anæstesi, kan gennemføres.

5. Samarbejdsmuligheder

5.1 Samarbejdsmuligheder mellem speciallæger på sygehuse og praksissektoren

FAS har i foråret 2003 haft nedsat en arbejdsgruppe, som på baggrund af lægeprognosens forudsigelser om en stærkt faldende antal speciallæger i en række specialer har vurderet mulighederne for en højere grad af samarbejde imellem primær og sekundær sektor. (Anæstesiologi er et af de få specialer, som i prognosen forudsiges at få et svagt stigende antal speciallæger indtil 2010/2015). Det vurderes heri, at der med fordel vil kunne aftales ændringer i sammensætning af ambulatoriepatienter i sygehusregi, i sammenhæng med udlægning af opgaver til speciallægepraksis, herunder diskuteres mulighederne for samarbejdsmodeller, som også indebærer, at de praktiserende speciallæger officielt tilknyttes sygehusafdelingernes stab og i en vis udstrækning deltager i afdelingens arbejde.

De påtænkte modeller kunne inden for anæstesiologi tænkes udviklet således, at praktiserende anæstesiologer i et vist omfang deltog i arbejdet på en sygehusafdeling for eksempel i relation til anæstesier i samme-dags-kirurgiske afsnit og arbejdet i et smerteambulatorium.

Ligeledes kunne der i forbindelse med amternes etablering af palliative teams vise sig at være behov for konsulentbistand for eksempel i forbindelse med smertebehandling. Det findes på den baggrund relevant at afdække mulighederne for at inddrage en sådan konsulenttjeneste i overenskomsten. Et sådant tiltag skal ses i lyset af, at andre specialer, som kunne være relevante i forbindelse med palliation, rammes af tilbagegang i antallet af speciallæger inden for de næste 20 år. Der skal i øvrigt henvises til de under kapitel 13.4 foreslåede nye ydelser.

Hospitalslægers deltagelse i anæstesi i primærsektoren er allerede en realitet i form af 3 timers-ydernetnumre. Disse såkaldte overlægepraksis er i dag alene om at dække anæstesi i speciallægepraksis i Ringkøbing og Viborg amter.

5.2 Samarbejdsrelationer inden for specialet

Der findes ca. 615 speciallæger i anæstesiologi, heraf er ca. 23 (3,7 %) fuldtidspraktiserende. I de fleste amter er der 1-2 fuldtidspraktiserende speciallæger. Der henvises i øvrigt til tabel 2 (side 14).

Specialerådene i anæstesiologi er forskelligt organiseret i amterne. I nogle amter er det et af amtet anerkendt og støttet lægefagligt rådgivningsorgan, i andre amter er organisationen mere uformel. De praktiserende speciallæger deltager på lige fod med amtets øvrige speciallæger i specialerådet, men udgør som anført en mindre del.

De funktionsbærende enheder er ligeledes forskelligt organiseret i amterne. I nogle amter er samarbejde med de praktiserende speciallæger en del af den funktionsbærende enhed, i andre amter har man ikke forholdt sig til primærsektoren. Uanset den formelle organisering af samarbejdet er det begrænset.

I amter som ikke har smerteklinisk funktion i de anæstesiologiske afdelinger, anbefaler nogle af disse afdelinger, at patienterne henvises til smertebehandling hos de praktiserende speciallæger.

I forbindelse med anæstesi sker der ingen formel henvisning imellem primær- og sekundærsektoren. Hvis de praktiserende anæstesiologer finder, at en patient ikke er egnet til anæstesi i speciallægepraksis, er det den kirurgiske speciallæge, som henviser til den lokale sygehusafdeling inden for det pågældende speciale. I fremtiden er et samarbejde imellem primær- og sekundærsektoren relevant i forbindelse med aftaler om bistand fra de anæstesiologiske afdelinger til speciallægepraksis i forbindelse med nødsituationer og uforudsete komplikationer.

6. Uddannelse

6.1 Videreuddannelse

Ifølge de foreliggende oplysninger om stillinger og vakancer pr. januar 2006 er anæstesiologi med 1.141 normerede lægestillinger (herunder 837 speciallægestillinger) det 3. største speciale i Danmark.

Anæstesiologi har igennem 90'erne været førende i forbindelse med gennemførelsen af uddannelsesreformen og stabsstrukturen. I år 2006 er der således 3,7 speciallæger pr. yngre læge inden for anæstesiologi. Denne ratio overgås kun af 3 specialer, nemlig diagnostisk radiologi, patologisk anatomi og cytologi samt samfundsmedicin .

6.2 Efteruddannelse

Nordisk Anæstesiologisk Forening (The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine) startede i 2002 Scandinavian Training Programme in Advanced Pain Medicine, som er et 2-årigt træningsprogram, som indeholder 5-6 teoretiske kurser af 3-4 dages varighed, et 3 måneders ophold på en universitets-smerteklinik samt et afsluttende skriftligt projektarbejde. Det første hold afsluttedes i foråret 2004 med 25 deltagere heraf 5 fra Danmark, og det næste hold begyndte i foråret 2005.

Speciallægerne er omfattet af efteruddannelsesordningen for praktiserende speciallæger, som indebærer, at heltids- og deltidspraktiserende speciallæger kan opnå støtte til efteruddannelse i 7 dage om året eller 14 dage fordelt over 2 år.

7. Kapacitet

7.1 Udviklingen inden for Anæstesiologisk speciallægepraksis

I perioden 1991 til 2004 er det samlede antal af praktiserende speciallæger faldet fra 99 til 63 (36 %). Antallet af heltidspraktiserende er faldet fra 28 til 21 (25 %).

I anæstesiologisk speciallægepraksis ydes der i henhold til overenskomsten behandling af smertetilstande (konsultationer og tillægsydelse), udvidet lungefunktionsprøve samt bistand til øjen- og ørelæger, det vil sige bedøvelse i forbindelse med indgreb hos øjen- og ørelæger (særydelser).

Tabel 1

Ydelsesmønsteret 1991 til 2004

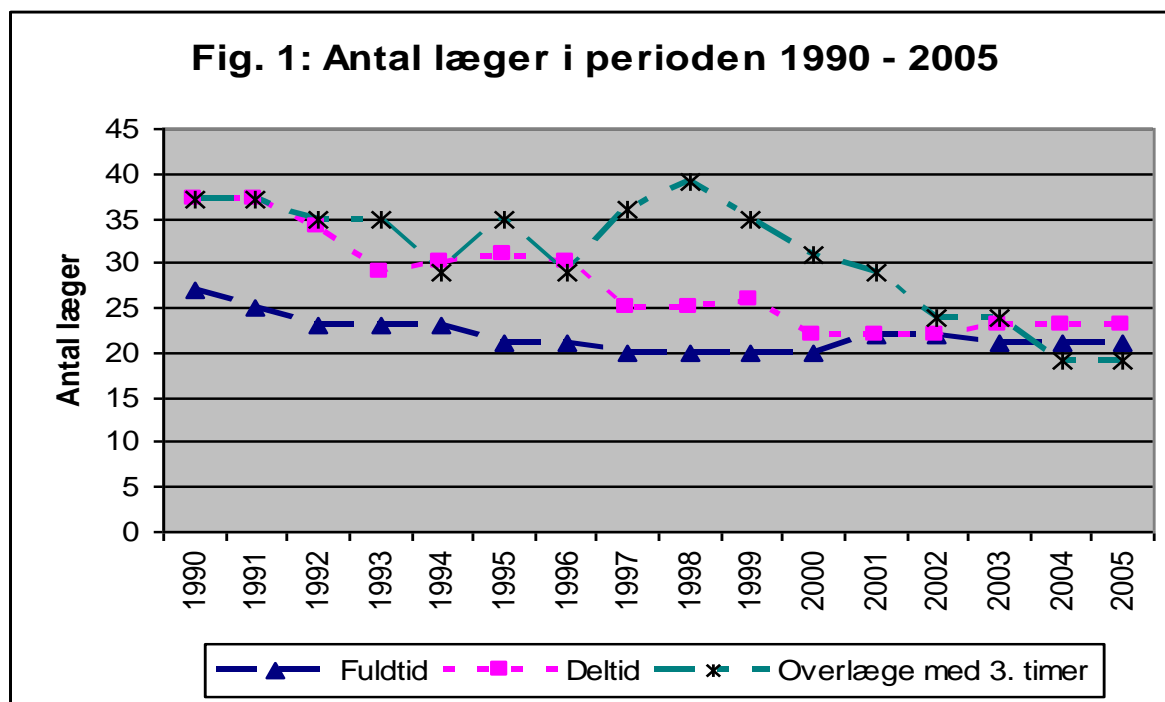
Ydelse.	1991	2004	Forskel
Konsultationer	75.415	71.419	-5,3 %
Tillægsydelser	100.218	99.638	-0,6 %
Særydelser (anæstesi)	31.037	44.791	44,3 %
Sum	206.670	215.848	4,4 %

Kilde: Landsproduktionstal.

Der kan i henhold til overenskomstens § 24 praktiseres for den offentlige sygesikring på 3 måder. I fuldtidspraksis (herunder delepraksis), deltidspraksis og overlægepraksis – også kaldet 3-timersydenumre . Speciallægepraksis kan tilrettelægges som

enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller anpartsselskab. Alle disse former kan fungere i samarbejdspraksis, hvor der er et fællesskab om lokaler og helt eller delvis om personale. Anparterne i et speciallægeselskab kan ejes af et holdingselskab. Speciallægepraksis i henhold til den offentlige sygesikring kan ikke tilrettelægges som aktieselskab eller anden selskabsform ud over anparts- eller holdingselskab.

Nedenfor i Figur 1 og Tabel 2 ses udviklingen i antallet af praktiserende anæstesiologer i perioden 1990 til 2005.



Kilde: Sygesikringens yderstatistik samt Speciallægefortegnelsen.

Tabel 2

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fuldtid	27	25	23	23	23	21	21	20	20	20	20	22	22	21	21	23
Deltid	37	37	34	29	30	31	30	25	25	26	22	22	22	23	23	22
Overlæge med 3. timer	37	37	35	35	29	35	29	36	39	35	31	29	24	24	19	21

Kilde: Sygesikringens yderstatistik samt Speciallægefortegnelsen.

Tabel 2 viser, at antallet af fuldtidspraksis har svinget mellem 27 i 1990, 20 i 1997 og 2000 samt endelig 23 i 2005. Antallet af deltidspriksis er faldet fra 37 i 1990 til 22 i 2005, mens antallet af overlægepraksis har været svingende i perioden, men faldende i de seneste fem år fra 39 i 1998 til 21 i 2005.

I Tabel 3 nedenfor ses den geografiske fordeling af de i alt 66 anæstesiologiske praksis (pr. 3. februar 2006), der fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem de tre praksistyper. Godt halvdelen (12 ud af 23) af samtlige fuldtidspraksis findes i hoved-

stadsområdet (Københavns og Frederiksberg kommune samt Københavns Amt), mens lidt over halvdelen (13 ud af 21) af samtlige overlægepraksis findes i Viborg og Nordjyllands amter.

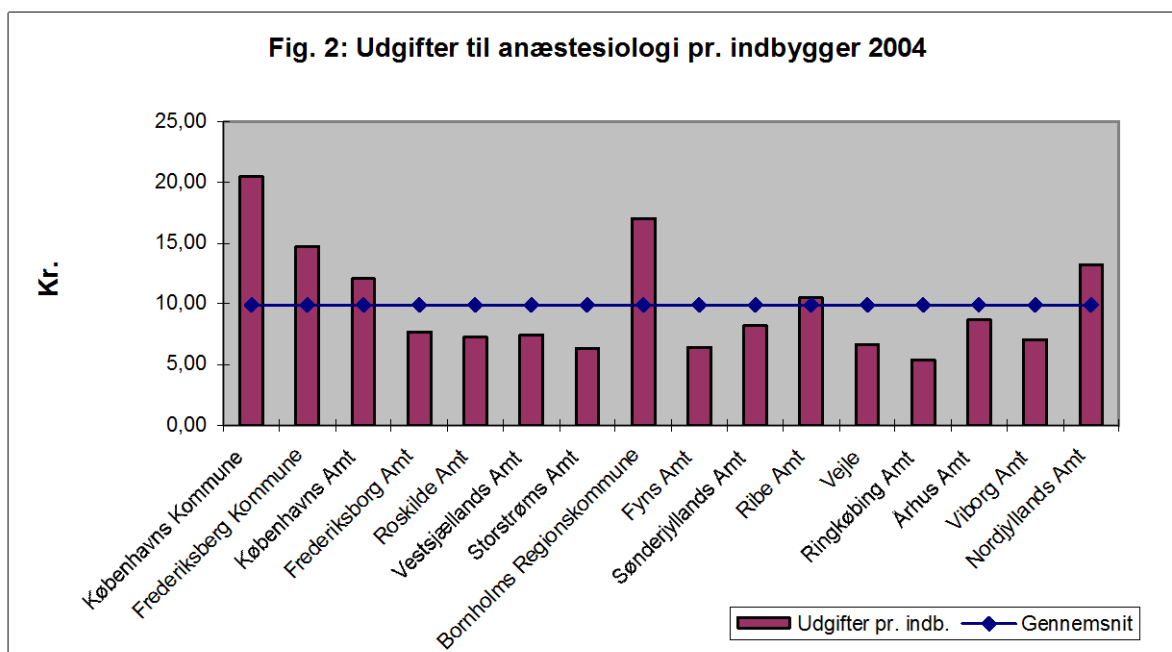
Tabel 3

Oversigt over geografisk fordeling af anæstesiologiske praksis

	A: Fuldtid	B: Deltid	C: Overlæge med over 3 timer
Københavns Kommune	7	2	1
Frederiksberg Kommune	1	1	0
Københavns Amt	4	4	0
Frederiksborg Amt	0	3	1
Roskilde Amt	0	2	0
Vestsjællands Amt	1	0	0
Storstrøms Amt	0	3	0
Bornholms Regionskommune	0	1	1
Fyns Amt	2	0	0
Sønderjyllands Amt	2	0	0
Ribe Amt	1	0	0
Vejle Amt	1	0	0
Ringkøbing Amt	0	0	5
Århus Amt	2	5	0
Viborg Amt	0	1	9
Nordjyllands Amt	2	0	4
I alt	23	22	21

Kilde: Speciallægefortegnelsen. Antallet er opgjort pr. april 2005.

Nedenfor i Figur 2 ses en oversigt over udgifter pr. indbygger til anæstesiologi i praksissektoren. Udgiften dækker både udgiften til smertebehandling og udgiften til anæstesiologisk bistand til praktiserende øre- og øjenlæger. Linjen angiver den gennemsnitlige udgift til anæstesiologi på landsplan. Det ses, at hovedstadsområdet, Bornholm, Ribe og Nordjyllands amter ligger over gennemsnittet.



Kilde: Sygesikringens landsproduktionstal. Der tages ikke højde for demografiske forskelle med hensyn til antallet af børn og ældre m.v.

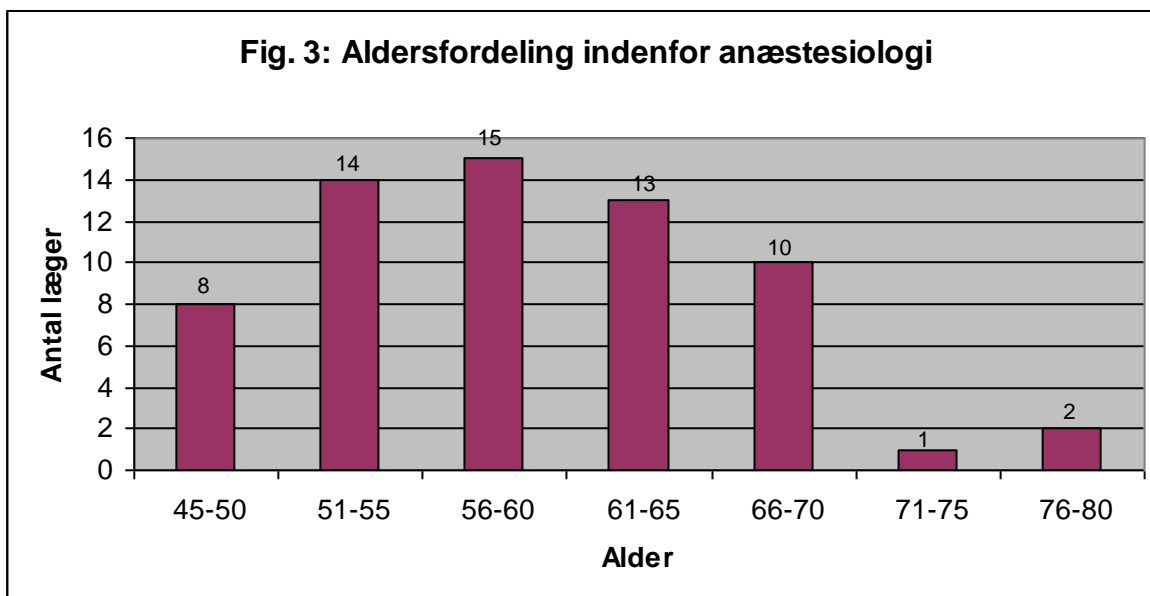
Tabel 4

Udviklingen i antal læger – hovedfremskrivningen

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Anæstesiologi	727	800	810	815	789	739
Øre-næse-hals	340	302	260	228	225	232
Kirurgi	720	699	659	647	681	714
Gynækologi	465	447	410	380	383	398
Ortopædkirurgi	496	521	532	549	577	586

Lægeprognosen er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i år 2003 og forudsiger en stigning i antallet af anæstesiologer på 12 % fra 2000 til 2015. Til sammenligning kan nævnes, at der i øre-næse-hals-specialet, kirurgi og gynækologi i samme periode vil være et betydeligt fald på 10-30 % i antallet af læger.

Med hensyn til aldersfordelingen af de praktiserende speciallæger, så ses det af Figur 3, at langt hovedparten, 2/3, er mellem 51 og 65 år. Det må således forventes, at der vil ske et generationsskifte i anæstesiologiske speciallægepraksis inden for de nærmeste år.



Kilde: Speciallægefortegnelsen, april 2005

Af **bilag 2 og 3** fremgår en oversigt over udviklingen i antal ydelser i perioden 2000 til 2004.

Som det fremgår, har der været en stigning totalt i antallet af ydelser på 4,9 %. Antallet af 1. konsultationer er steget med godt 10 %.

7.2 Ventetiden på smertebehandling hos speciallæge i anæstesiologi

Danske Anæstesiologers Organisation har i 1999 gennemført en undersøgelse over ventetiderne til smertebehandling i anæstesiologisk speciallægepraksis

Tabel 5

Akut behandling	0 dag - 52 %	1 dag – 23 %	> 1 dag – 25 %
Subakut behandling	1-3 dg -75 %	4-6 dg – 6 %	> 7 dag – 9 %
Ikke akut-behandling	1 uge - 78 %	2 uger - 9 %	> 2uger - 13 %

Danske Anæstesiologers Organisation formoder, at der set i lyset af udviklingen i antallet af både ydelser og ydelsesnumre fortsat ikke er ventetid på akut behandling, ligesom der heller ikke formodes at være ventetid ud over 2 uger for de henviste ikke-akut behandlingskrævende patienter.

8. Antal ydelser, 1. konsultationer og omsætning

Tabel 6

Anæstesiologi						
År	Ydelser		1. Konsultationer		Omsætning (1.000 kr. løbende priser)	
	Antal	%-vise ændring	Antal	%-vise ændring	Kr.	%-vise ændring
1994	205.547	-	10.626	-	37.310	-
1995	202.072	-1,7 %	10.204	-4,0 %	38.413	3,0 %
1996	198.056	-2,0 %	9.683	-5,1 %	38.991	1,5 %
1997	199.153	0,6 %	9.794	1,1 %	37.477	-3,9 %
1998	205.701	3,3 %	9.903	1,1 %	42.794	14,2 %
1999	208.957	1,6 %	9.850	-0,5 %	42.178	-1,4 %
2000	211.617	1,3 %	9.977	1,3 %	43.862	4,0 %
2001	226.820	7,2 %	10.968	9,9 %	47.396	8,1 %
2002	227.958	0,5 %	10.865	-0,9 %	50.411	6,4 %
2003	220.224	-3,4 %	10.720	-1,3 %	50.243	-0,3 %
2004	221.994	0,8 %	11.030	2,9 %	53.595	6,7 %

Kilde: *Landsproduktionstal*

Tabel 3 viser udviklingen i henholdsvis det samlede antal af ydelser og i antallet af 1. konsultationer. Den største stigning i såvel det samlede antal ydelser og i antallet af 1. konsultationer er fra år 2000 til år 2001. Det er også i dette år, at vi genfinder den største stigning i omsætningen.

Opmærksomheden henledes desuden på **bilag 2 og 3**.

9. Den nuværende overenskomst

9.1 Generelt

Specialet anæstesiologi er omfattet af speciallægeoverenskomstens generelle regler. Herudover er de særlige specialespecifikke regler vedrørende honorering, rekvisition m.v. beskrevet i overenskomstens kapitel 2.

Af overenskomsten fremgår det, at ydelsessortimentet for praktiserende anæstesiologer er opdelt i tre forskellige typer ydelser, nemlig smertebehandling, lungefunktionsprøver og anæstesiologisk bistand til øjen- eller ørelæger.

9.2 Henvisning

Ved praktiserende anæstesiologers smertebehandling af patienter forudsættes det, at patienterne er blevet henvist af egen læge. Den anæstesiologiske bistand til øjen- eller ørelæger rekvireres derimod direkte af øjen- eller ørelægen, uden at dette involverer en henvisning fra alment praktiserende læge.

9.3 Rekvisition

Der er for specialet aftalt en rekvisitionsordning, som indebærer, at de praktiserende anæstesiologer ved deres behandling af såvel gruppe 1-sikrede som gruppe 2-sikrede kan rekvirere anæstetika på sygesikringens regning. De praktiserende anæstesiologer kan rekvirere anæstetika til universel bedøvelse i forbindelse med anæstesiologisk bistand til øjen- eller ørelæger. Liste med ATC-koder fremgår af **bilag 4**.

9.4 Knæk- og omsætningsgrænser

Knækgrænserne for specialet er pr. 1. april 2006 følgende:

1. knæk	2. knæk
2.750.789 kr.	3.143.758 kr.

Knækgrænserne fungerer således, at udbetalingen af speciallægens honorarer reduceres med henholdsvis 25 % og 40 %, når omsætningen i et kalenderår når de anførte knækgrænser. Deltidspraksis i anæstesiologi er pr. 1. april 2006 underlagt et loft over den maksimale årlige omsætning på kr. 525.650, dog således at speciallæger, som anvender et godkendt lægesystem og afregner elektronisk, har et omsætningsloft på kr. 630.780.

9.5 Anæstesiologisk bistand til øjen- og ørelæger

Der findes i dag kun ydelsen:

- 3020 Anæstesiologisk bistand til øjen-/ørelæge-grundhonorar 629,56 kr.

Antal 2004: 44.791 stk.

Anæstesiologisk bistand kan, som det fremgår, kun rekvireres af øjen- og ørelæger. Som det fungerer i dag, kan disse specialer i princippet rekvirere anæstesi til en hvilken som helst ydelse. Honoraret er det samme uanset operationstype og varighed.

Kun 1-2 % af anæstesiene foretages for øjenlæger

9.6 Anæstesi til øvrige specialer

Uden for overenskomsten udfører anæstesiologer et stigende antal anæstesier for tandlæger og speciallæger inden for plastikkirurgi, kirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi.

9.7 Udvidede lungefunktionsprøver

Udførelse af udvidede lungefunktionsprøver kræver i dag specielt udstyr og bør udføres af specialister i lungemedicin. I de seneste fem år er der kun udført ganske få undersøgelser i anæstesi praksis. Ydelsen anses ikke længere for relevant i anæstesiologisk speciallægepraksis og bør derfor udgå af ydelsessortimentet for anæstesiologer.

9.8 Smertebehandling

Smertebehandling gennemføres under konsultationer: 1. konsultation (0110), 2. konsultation (0120) og senere konsultation (0130).

I forbindelse med konsultationerne kan der ydes tillægsydelser, som er inddelt i tre grupper:

Gruppe 1: Muskelblokader.

Gruppe 2: Intraartikulære injektioner, lednings-/nerveblokade, manipulationsbehandling, akupunktur og transkutan nervestimulation.

Gruppe 3: Sympatikusblokader (cervikale og lumbale), i.v. regionale sympatikusblokader, perivertebrale blokader, injektioner i epiduralrummet samt neurolytiske blokader.

9.9 § 3-aftaler

Der er i en række amter indgået aftaler i henhold til overenskomstens § 3 om længevarende anæstesier til operationer i otologiske speciallægepraksis samt om dispensation for omsætningsbegrænsning i overlægepraksis.

10. Forslag til ny organisering af anæstesi i speciallægepraksis

Adgangen til sikker anæstesi er en forudsætning for udførelse af en lang række indgreb i øjen- og ørelægepraksis. Der har i de sidste ti år været udført ca. 350.000 anæstesier i speciallægepraksis. Sikkerheden under disse indgreb illustreres af, at der ifølge sundhedsstyrelsen i denne periode har været fire dødsfald i forbindelse med anæstesi i speciallægepraksis svarende til ca. 1:87.500.

Arten og varighed af indgrebene har ændret sig over perioden. For ti år siden var det udelukkende kortvarige indgreb med en samlet anæstesitid på 15-20 min. Det drejede

de sig blandt andet om gennemskæring af trommehinden, indlæggelse af dræn i trommehinden, fjernelse af adenoide vegetationer og andre små og simple indgreb. Anæsthesimetoden var tilsvarende simpel og overvågningen udelukkende klinisk i form af observation af puls, åndedrætsfrekvens og -dybde samt hudfarve.

I visse praksis er der i de seneste ti år kommet et stigende antal længerevarende indgreb som tonsillektomi (fjernelse af halsmandler), septumplastik (næseoperationer) og større indgreb på trommehinde og mellemøre. Denne udvikling er stimuleret kraftigt af den seneste modernisering af ørelægernes overenskomst i sommeren 2000.

I alle anæsthesiologiske speciallægepraksis er der sket en kraftig teknologisk udvikling.

De praksis, som udfører anæsthesi til længerevarende indgreb, har investeret i moderne anæsthesiapparat, der typisk er placeret hos ørelægen, og overvågningsudstyr, der typisk er mobilt, og som medbringes af anæsthesiologen. Udstyret er ofte af samme standard som i hospitalssektorens dagklinikker. Omkostningerne til anskaffelse, drift og vedligeholdelse af anæsthesi- og overvågningsudstyr er stigende.

Kravene til præ- og postoperativ information og vejledning samt til postoperativ overvågning stiger.

Arbejdsformen, hvor anæsthesiologen rejser rundt til forskellige praksis, medfører store transportomkostninger.

10.1 Definition

Anæsthesi i speciallægepraksis er generel eller regional anæsthesi udført af anæsthesiologiske speciallæger uden for hospitalsregi. Anæsthesierne udføres i speciallægens praksis, og opvågningen finder sted i lokaler i disse praksis. Patienterne hjemsendes efter observationsperiodens afslutning.

10.2 Organiseringen af anæsthesi i speciallægepraksis

I 2002 udarbejdede Dansk Selskab for Anæsthesi og Intensiv Medicin (DASAIM) og Danske Anæsthesiologers Organisation (DAO) "Rekommandationer for anæsthesi i anæsthesiologisk speciallægepraksis" (bilag 1), som er godkendt af sundhedsstyrelsen, og er baggrunden for nedenstående forslag til organisering.

10.2.1 Patientklientel

Anæsthesiologen skal vurdere alle patienter før anæsthesi. Der bør i almindelighed kun udføres anæsthesi på patienter i ASA gruppe 1 og 2 i speciallægepraksis.

Denne ASA-klassifikation er vedlagt som **bilag 5**.

10.2.2 De fysiske rammer

Operationslokalet skal være indrettet med tilstrækkelig plads til anæstesiologen og dennes hjælper samt til anæstesi- og monitoreringsudstyr.

Der skal være adgang til el, ilt, sug og udsugning af anæstesigasser. Disse faste installationer forudsættes - med mindre andet aftales - at være tilstede hos de praktiserende speciallæger, som ønsker patienter bedøvet i deres praksis. Der skal endvidere være adgang til genoplivningsudstyr og medicin til anvendelse ved genoplivning samt til defibrillator. Genoplivningsudstyr, herunder defibrillator, anskaffes, med mindre andet aftales af den praktiserende anæstesiolog.

10.2.3 Personale

Anæstesiologen skal være speciallæge i anæstesiologi og have den nødvendige rutine i anæstesi til de patienttyper og kirurgiske procedurer, der foretages i praksis. Det anbefales, at man ved overgang til praksis benytter sig af aftalerne om generationskifte eller på anden måde etablerer mulighed for i en periode at arbejde sammen med en erfaren praktiserende anæstesiolog med henblik på træning i anæstesi under de særlige forhold, der gør sig gældende i praksis. Det anbefales, at anæstesiologen løbende deltager i relevante efteruddannelsesaktiviteter i minimum det antal dage, der støttes i henhold til overenskomsten med sygesikringen (for tiden 7 dage pr. år).

Anæstesiologen skal altid have en hjælper, som skal være uddannet og trænet i assistance til anæstesi samt i genoplivning og behandling af akutte komplikationer under de særlige forhold, som findes i de pågældende lokaliteter.

Personalet, som overvåger patienter postoperativt, skal på samme vis være instrueret i de specielle forhold vedrørende opvågning, postoperative komplikationer samt i genoplivning.

10.2.4 Gennemførelse af anæstesi i speciallægepraksis

Anæstesiologen indhenter og gennemgår alle relevante oplysninger vedrørende patienten, herunder almindelig helbredstilstand, specielt hjerte- og lungestatus, tidligere anæstesiproblemer hos patienten eller i familien, medicinforbrug og eventuelt allergi. Der tages stilling til eventuel supplerende undersøgelse. Der foretages ASA-klassifikation. Ud fra en samlet vurdering tages der stilling til, om patienten er egnet til anæstesi til den pågældende operation. Der instrueres mundtligt og skriftligt om fastprocedure, om anæstesiens udførelse og om postoperativ smertebehandling og andre særlige forhold i perioden efter anæstesien.

Anæstesien udføres af en speciallæge i anæstesiologi eller af en autoriseret anæstesisygeplejerske under tæt supervision af en speciallæge i anæstesiologi. Ved mindre indgreb kan speciallægen indlede alene. Der skal dog umiddelbart være mulighed for tilkaldelse af assistance.

Inden indledningen af anæstesi skal der gennemføres kontrol af anæstesiapparat, gasforsyning, vakuum og medicin.

Patientens identitet kontrolleres, det kontrolleres, at patienten er fastende, de væsentligste præoperative informationer kontrolleres - som for eksempel allergi.

Anæstesen indledes, og under den fortsatte anæstesi overvåges patienten i henhold til *"Rekommandationer for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis"*.

Der føres anæstesijournal med patientidentifikation, operationsdato og tid, operationstype, relevante patientdata, samt løbende registrering af indgift af medicin og overvågningsdata. Utilsigtede hændelser registreres og indberettes efter gældende regler. Patientstatus ved afslutningen af anæstesen beskrives, og ordinationer for den postoperative overvågning anføres.

Efter operationen overvåges patienten indtil hjemsendelsen. Overvågningen skal foretages af personale, der har tilstrækkelig uddannelse og erfaring i observation af nyopererede patienter. Der skal være umiddelbar adgang til genoplivningsudstyr.

Før hjemsendelsen sikres:

- Patienten skal være vågen og orienteret
- Respiration og cirkulation skal være stabil
- Patienten skal være i stand til at indtage eventuel smertestillende medicin
- Det skal sikres, at hjemtransporten sker under forsvarlige forhold, patienten må ikke selv føre køretøj, og der skal være en voksen person omkring patienten det første døgn.

10.2.5 Kvalitetssikring af anæstesi i praksissektoren

Med henblik på at opnå en ensartet dokumentation af anæstesi i speciallægepraksis foreslår DAO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, at der udvikles et elektronisk registrerings- og dokumentationssystem for anæstesi i speciallægepraksis. Systemet skal danne basis for specifikke registreringer i forbindelse med kvalitetsudviklingsprojekter og have sammenhæng til afregningssystemet.

Målsætningen er, at alle anæstesier foretaget i praksissektoren rapporteres til relevante kliniske databaser.

10.2.6 Forslag til ny procedure for rekvirering af anæstesi i speciallægepraksis

Det foreslås, at Sygesikringen fremover aftaler med alle specialer hvilke ydelser/grupper af ydelser, der kan rekvireres anæstesi til i det pågældende speciale. I forbindelse hermed aftales det med FAS (anæstesiologerne), hvilket honorar der ydes for anæstesen til den pågældende operationstype (ydelse).

Der kan kun rekvireres anæstesi til operationstyper for hvilke, der findes en honoringsaftale.

10.2.7 Forslag til ydelsessortiment for anæstesi i speciallægepraksis

3020 Kortvarig anæstesi med maske

3030 Anæstesi med intubation eller larynxmaske - mindre end 30 min.

3040 Anæstesi med intubation eller larynxmaske – 30-60 min.

3050 Anæstesi med intubation eller larynxmaske – 60-120 min.

3060 Anæstesi med intubation eller larynxmaske – mere end 120 min.

Ydelserne er udførligt beskrevet i kapitel 13.

11. Forslag til ny organisering af smertebehandling i speciallægepraksis

11.1 Hvad er smerter?

Smerter defineres af IASP (International Association for the Study of Pain) som en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse eller som om en sådan vævsskade forelå.

Prævalensundersøgelser foretaget i de vestlige industrialiserede lande antyder, at 30-50 % af befolkningen har akutte og/eller kroniske smerter. Næsten halvdelen af den praktiserende læges patientkontakter har baggrund i et smerteproblem. Prævalensen af smerter hos patienter med en dissemineret cancerlidelse er 80-90 %.

Der skelnes mellem to typer af smerte - nociceptive og neuropatiske smerter.

Nociceptive smerter

Denne smertetype forårsages af vævsbeskadigelse. Den viscerele nociceptive smerte er ofte diffus og svær at lokalisere. Den beskrives ofte som dyb, borende eller kolikagtig. Den er hyppigt ledsaget af autonome reflekser i form af kvalme, opkastninger, svedudbrud etc. Den somatiske nociceptive smerte er derimod ofte vellokaliseret og beskrives som dump, borende, skærende og krampagtig.

Neuropatiske smerter

Denne smertetype beror på skader i det smerteførende transmissionssystem i det perifere og/eller centrale nervesystem. Neuropatiske smerter ses ved trigeminusneuralgier, postherpetiske neuralgier samt ved perifere nervelæsioner og en række sygdomme i centralnervesystemet. Smerterne beskrives ofte som overfladiske, sviende, brændende, prikkende og stikkende (dysæstesier) og/eller som pludseligt indsættende smertejag (neuralgier). De kliniske karakteristika for tilstanden omfatter smerter og sensibiliseringsforstyrrelser eventuelt lokaliseret til nervens perifere innervationsområde,

og den opstår efter uger til måneder – sjældent år – uden sikker påviselig vævsskade.

11.2 Akutte og kroniske smerter

Grænsen imellem akut og kronisk er ikke fast defineret. Nogle forløb er præget af akutte forværringer i en grundlæggende kronisk tilstand, som ikke er behandlingskrævende i rolig fase. Grænsen imellem akut og kronisk opgives oftest som 3- 6 måneder.

Akutte smerter

Akutte smerter opstår ved vævsbeskadigelse og svinder, når beskadigelsen heler op. Smerter i forbindelse med kirurgiske indgreb hører til denne kategori. Den hyppigste årsag til akutte smerter er skader og overbelastninger af muskler, sener, slimsække og ledkapsler. Eks: Tennisalbue, subacromial bursitis, akutte nakke- og lændehold og spændingshovedpine.

Kroniske non-maligne smertetilstande

En hyppig årsag til kontakt til sundhedssystemet er kroniske smerter.

Kronisk non-maligne smerter kan inddeles således:

1. Lette langvarige/kroniske smertetilstande: Kroniske smertetilstande uden komplicerende psykologiske eller sociale problemstillinger.
2. Moderat komplicerede langvarige/kroniske smertetilstande: Kroniske smertetilstande uden væsentlig komplicerende psykologiske eller sociale problemstillinger, men smertediagnose og behandling kræver specialviden. Relevant indsat behandling fører til, at patienten er i stand til at beholde sin erhvervsevne.
3. Svært komplicerede langvarige/kroniske smertetilstande: Kroniske smertetilstande, der er så svære eller har stået på så længe, at patienten er socialt truet og/eller har behov for tværfaglig intervention - herunder psykologisk behandling - i et tværfagligt smertecenter.

Gruppe 1 omfatter patienter blandt andet med slidgigt i ryg eller led, som endnu ikke har krævet større operative indgreb. Patienten har lært at håndtere sin smerte i dagligdagen.

Gruppe 2 omfatter for eksempel patienter, som typisk har stressbetingede spændingstilstande, som kan forveksles med alvorlig sygdom. Patienter søger ofte egen læge med ønske om nye eller gentagne undersøgelser i hospitalsvæsenet.

Gruppe 3 omfatter patienter, hvor de underliggende somatiske/fysiske diagnoser er mindre åbenbare og fører til talrige undersøgelser i hospitalsvæsenet - eventuelt til operative indgreb. Den enkelte patient kan ikke selv håndtere situationen og mister ofte sit arbejde.

Patienter med kroniske non-maligne smerter har ofte behov for lægehjælp uden for den almindelige konsultationstid, hvorfor denne patientgruppe i høj grad benytter sig af lægevagten. Endvidere vil der – afhængig af sværhedsgrad – være varierende berøring med de sociale myndigheder i forbindelse med sygedagpenge etc. og eventuelt vurdering i forhold til pension m.v.

11.3. Maligne smerter og palliation

Maligne smerter er defineret som smerter i tilknytning til maligne sygdomme – cancerlidelser. Patienter med smerter som følge heraf kan have smerter klassificeret som såvel akutte som kroniske. Det er karakteristisk, at smerterne ikke er stationære, idet smerteintensitet, -kvalitet og -lokalisering ændres med tiden.

Maligne smerter kan være både lette, moderat komplicerede og svært komplicerede, som tilfældet er for non-maligne smerter (jf. de nævnte grupper), men ofte er patienter med cancerlidelser i eksistentiel krise. Det medfører, at psykologiske faktorer har særlig indflydelse på smerteoplevelsen, og der kan være komplicerende faktorer af både social og psykologisk karakter, som kræver, at andre behandlergrupper inddrages i et tværfagligt team omkring patienten.

Når cancerlidelsen viser sig uhelbredelig, overgår smertebehandlingen til at være palliativ. Denne palliative indsats for uhelbredeligt syge patienter søger at lindre fysiske symptomer (smerter osv.) og psykiske, sociale og åndelige problemer. Indsatsen fokuserer på at optimere patienternes livskvalitet og dermed sætte den enkelte patient i stand til at leve et værdigt liv i den sidste tid, men er ikke strengt knyttet til den terminale fase i sygdomsforløbet. Der er ud over den konkrete smertebehandling især behov for god kommunikation og koordinering mellem mange forskellige faggrupper og tiltag.

For at kunne yde en optimal palliativ indsats er det nødvendigt, at smertebehandlingen er udført korrekt med den højst opnåelige kompetence. Anæstesiologer er eksperter i smertebehandling, både den medicinske, men også den del der kræver anlæggelse af epidural- og spinalkatetre for at lindre ellers svært håndterbare smerter.

Anæstesiologi er det eneste speciale, hvor disse procedurer er rutine. Samtidig er anæstesiologer vant til at behandle med stærke smertestillende midler som morfinpræparater samt kvalmestillende medicin, idet begge behandlingsformer er en vigtig del af specialet for at hjælpe patienterne ved kirurgiske indgreb.

Det optimale palliative forløb kan kun iværksættes ved en tværfaglig indsats, idet der er behov for at sikre sammenhæng og højest mulige faglighed til gavn for patienten.

Inden for de sidste år har der været stort fokus på at øge den palliative indsats. Der er således i hele landet oprettet palliative teams, og der arbejdes på at udvide det eksisterende antal hospicepladser.

Arbejdsgruppen ønsker at pege på muligheden for at inddrage praktiserende anæstesiologers ekspertise i det tværfaglige arbejde i relation til smertebehandling. Dette kan ske ved, at der lokalt indgås aftaler i henhold til overenskomstens § 3, men der

kan også skabes en overenskomstmæssig mulighed i form af en rammeydelse med henblik på vilkår for at inddrage praktiserende anæstesiologer i den tværfaglige indsats.

12. Behandling af smerter

12.1 Faglig optimal behandling af smerter

Det grundlæggende mål med al smertebehandling er ud fra et etisk og humanitært synspunkt at mindske patientens lidelse, angst og ubehag og hermed øge livskvaliteten. Smertebehandling indtager på lige fod med psykosocial bistand en central rolle i rehabiliteringsprocessen, som har til formål at genetablere eller tilpasse patientens somatiske og mentale funktioner til den aktuelle situation.

Den optimale behandling er afhængig af en række faktorer som for eksempel smertens årsag, smertetilstandens varighed (akut eller kronisk), patientens psykosociale forhold etc. Det som er anerkendt behandling i en situation, kan være kontraindiceret i en anden situation. For eksempel er der udbredt enighed om, at morfika kan være velindiceret ved akutte smerter, hvorimod en lang række forhold bør være opfyldt, før morfika bør ordineres til patienter med non-maligne kroniske smerter.

Der anvendes i dag forskellige typer af behandling – herunder farmakologisk behandling med svage eller stærke analgetika (smertestillende) eventuelt suppleret med medicin med en primær antidepressiv, antiepileptisk eller antiarytmisk effekt (hjertemedicin). Manipulation og blokadebehandling anvendes i relation til akutte smerter, idet der ikke er dokumenteret nogen overbevisende og varig effekt hos kroniske smertepatienter. Derimod har akupunktur og TNS (transkutan nervestimulation) en plads i behandlingen af både akutte og kroniske smerter. Herudover inddrages fysioterapi og træning samt psykologisk behandling og øvelser, såvel i relation til behandlingen af akutte som kroniske smerter, og det må understreges, at samtale med - og information af - patienten er en overordentlig vigtig del af behandlingen.

12.2. Patientklientel

Patienter, som lider af let til moderat komplicerede kroniske non-maligne smerter (svarende til gruppe 1 og 2) behandles af egen læge, ofte i samarbejde med speciallæge i anæstesiologi, neuromedicin eller reumatologi enten i primærsektoren eller på sygehusambulatorium. Patienter med svært komplicerede, kroniske smertetilstande med væsentlige psykologiske og sociale problemstillinger (svarende til førnævnte gruppe 3) bør altid henvises til et tværfagligt smertecenter.

Det er vigtigt, at den enkelte patient får den optimale tværfaglige vurdering og behandling, hvor egen læge fungerer som koordinator og den fagperson, der sikrer, at patienten får entydig information og vejledning.

Langt den overvejende del af de patienter, der henvises til smertebehandling i speciallægepraksis, er patienter med akutte smertetilstande (eks. tennis- og golfalbue, frosne skuldre, akut nakke- og lændehold). En mindre del har kroniske smerter. Pati-

enterne med kroniske smerter har ofte været igennem en række forskellige behandlingsforsøg før henvisningen. I sidstnævnte gruppe findes patienter, som er tilbagehenvist fra smertecenter.

12.3. Gennemførelse af smertebehandling

Smerteanalyse

En rationel farmakologisk behandling skal forudgås af en vurdering af patientens smertetilstand. Denne bør indeholde:

1. Smertekvalitet (f.eks. nociceptive, neuropatiske, ikke-somatiske)
2. Smertelokalisation og -intensitet
3. Tidsaspekt (konstante, periodiske, aktivitets- eller belastningsudløste)
4. Provokerende og/eller lindrende faktorer
5. Indskrænkning i daglige gøremål/arbejde etc.
6. Psykosociale problemer (f.eks. depression, angst, misbrug, sygemelding)
7. Objektiv undersøgelse (fokus på sensibilitetsforstyrrelser)
8. Ledsagende symptomer (f.eks. søvnløshed)
9. Årsag (f.eks. traume, malign lidelse, degenerativ sygdom, CNS-lidelse).

Speciallægen indhenter og gennemgår samtlige oplysninger vedrørende patienten. Hvilken behandling har patienten tidligere fået, og hvilken medikamentel behandling får patienten på henvisningstidspunktet. Der suppleres eventuelt med billeddiagnostiske undersøgelser og/eller laboratorieprøver.

Ved **akutte smerter** er hurtig og effektiv behandling væsentlig med henblik på hurtig restitution. Hvis ikke smerten behandles i det tidlige stadium, kan tilstanden udvikles til kroniske smerter. Det er vigtigt at få klarhed over, om smerten er vedvarende eller kommer i anfald, og om smerten er udløst fra det perifere nervesystem eller fra det centrale nervesystem. Endvidere hvilke strukturer der er involveret, om der er inflammatoriske komponenter samt smertens lokalisation og karakter.

Ved **kroniske smertetilstande**, maligne som non-maligne, er det afgørende for valg af behandlingsstrategi at vurdere somatiske, psykiske og sociale faktorer indvirke på smerteoplevelsen. Endvidere er det væsentligt at foretage en vurdering af smerten i relation til den før beskrevne gruppering med henblik på at identificere de patienter, der har svært komplicerede kroniske smertetilstande med henblik på henvisning til tværfagligt behandlingsregi. Efter at ovennævnte oplysninger er indhentet, foretages en grundig objektiv undersøgelse af patienten inklusiv neurologisk undersøgelse. Der kan suppleres med røntgenundersøgelser og/eller laboratorieundersøgelser.

Ved længerevarende smertetilstande kan psykogene faktorer betydning eventuelt vurderes ved hjælp af psykologiske tests.

På baggrund af ovennævnte udredning stilles en diagnose efter IASP-klassifikation. Der tilrettelægges en behandlingsstrategi med de behandlingsmodaliteter, der skal anvendes i det aktuelle tilfælde.

12.4 Henvisningsret

For at effektivisere behandlingen og forkorte restitutionsfasen ønsker Danske Anæstesiologers Organisation, at der med henblik på understøttende behandling bliver mulighed for direkte henvisning til fysioterapeut samt ved fejlvisiterede rheumatologiske patienter direkte til speciallæge i reumatologi. Understøttende behandling bør i denne sammenhæng sidestilles med genoptræning i ortopædkirurgisk regi. Direkte adgang skal følges op af en tilbagemelding til den oprindeligt henvisende læge, og viderehenvisning må kun ske på baggrund af den oprindelige henvisning.

12.5. Kvalitetssikring af smertebehandling.

Det foreslås, at der i forbindelse med smertebehandling stilles krav om diagnostik og klassifikation af smertetilstanden i henhold til IASP-klassifikation, som registreres på EDB sammen med behandlingen. Det bliver på denne måde muligt at sammenholde diagnose og behandling med henblik på registrering af resultater, servicedeklaration og kollegial audit.

13. Ydelsessortiment – oversigt og ydelsesbeskrivelser

13.1 Anæstesiologiske ydelser - oversigt

Den eksisterende ydelse 3020 konverteres til ydelsen ”kortvarig anæstesi med maske” – herudover oprettes fire nye anæstesiologiske ydelser:

- 13.1.1 Kortvarig anæstesi med maske (den gamle 3020 - omdannet)
- 13.1.2 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mindre end 30 minutter (**NY**)
- 13.1.3 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 30 - 60 minutter (**NY**)
- 13.1.4 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 60 - 120 minutter (**NY**)
- 13.1.5 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 minutter (**NY**)

13.2 Konsultationsydelser – smertebehandling - oversigt

- 13.2.1 1. konsultation, smertebehandling (ydelse 0110)
- 13.2.2 2. konsultation, smertebehandling (ydelse 1020)
- 13.2.3 Senere konsultation, smertebehandling (ydelse 0130)
- 13.2.4 Udvidet 1. konsultation, smertebehandling (**NY**)
- 13.2.5 Telefonkonsultation, smertebehandling (ydelse 0201)
- 13.2.6 E-mail- konsultation, smertebehandling (ydelse 0105)
- 13.2.7 Telefonisk rådgivning af praktiserende læge, smertebehandl. (ydelse 0205)
- 13.2.8 Tillæg for tolkebistand (ydelse 2161)

13.3 Behandlingsydelser – smertebehandling - oversigt

- 13.3.1 Triggerpunktsblokada (**NY**)
- 13.3.2 Ledningsblokada (ydelse 2622)
- 13.3.3 Injektion i bursae, senenære strukturer og led (**NY**)
- 13.3.4 Transkutan NerveStimulation – TNS (ydelse 2625)
- 13.3.5 Akupunktur (ydelse 2624)
- 13.3.6 Manipulationsbehandling (ydelse 2623)
- 13.3.7 Cervikal sympaticusblokade (ydelse 2631)
- 13.3.8 Paravertebral (tidligere perivertebral) blokade (ydelse 2634)
- 13.3.9 Injektioner i epiduralrummet (ydelse 2635)
- 13.3.10 Anlæggelse af epiduralkateter (**NY**)

13.4 Rammeydelser - oversigt

- 13.4.1 Første hjemmebesøg – palliativ behandling (**NY**)
- 13.4.2 Efterfølgende hjemmebesøg – palliativ behandling (**NY**)

13.5 Ydelser, der udgår - oversigt

- 13.5.1 Muskelblokader (ydelse 2611)
- 13.5.2 Intraartikulære injektioner (ydelse 2621)
- 13.5.3 Lumbal sympaticusblokade (ydelse 2632)
- 13.5.4 I.v. regionale sympaticusblokader (ydelse 2633)
- 13.5.5 Perivertebrale blokader (ydelse 2634)
- 13.5.6 Udvidede lungefunktionsprøver (ydelserne 0210, 0220, 0230, 0301 og 3010)

13.1 Anæstesiologiske ydelser - beskrivelse

13.1.1 Kortvarig anæstesi med maske

Ydelse 3020	Kortvarig anæstesi med maske
Målgruppe	Defineres i Speciallægeoverenskomsten for de øvrige specialer
Behandling	Anæstesi til kortvarige undersøgelser/behandlinger, varighed mindre end 15 min. Anæstesien udføres med indånding igennem maske. Klinisk observation og pulsoxymetri.
Apparatur	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kvalitetssikring	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kommentarer	Rekvireres af anden speciallæge med overenskomst for sygesikringen. Der skal være ASA-klassifikation.
Hjælpepersonale	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Antal ydelser i 2004	44.791.
Forventet antal ydelser	30.000.
Grundhonorar	629,56 kr.

13.1.2 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mindre end 30 min.

Ydelse - NY	Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mindre end 30 min.
Målgruppe	Defineres i Speciallægeoverenskomsten for de øvrige specialer
Behandling	Bedøvelse ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Overvågning med klinisk observation, EKG, pulsoxyometri, non-invasiv blodtryksmåling og kapnografi. Varighed mindre end 30 minutter.
Apparatur	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kvalitetssikring	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kommentarer	
Hjælpepersonale	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Antal ydelser 2004	Inkl. i 3020.
Forventet antal ydelser	10.000
Grundhonorar	1.259,12 kr.

13.1.3 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 30-60 minutter.

Ydelse - NY	Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 30-60 minutter.
Målgruppe	Defineres i Speciallægeoverenskomsten for de øvrige specialer
Behandling	Bedøvelse ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Overvågning med klinisk observation, EKG, pulsoxymetri, non-invasiv blodtryksmåling og kapnografi. Varighed 30-60 minutter.
Apparatur	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kvalitetssikring	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kommentarer	
Hjælpepersonale	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Antal ydelser 2004	Ca. 800 i § 3-aftaler.
Forventet antal ydelser	1.000.
Grundhonorar	1.888,68 kr.

13.1.4 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 60-120 minutter.

Ydelse - NY	Anæstesi med intubation eller larynxmaske i 60-120 minutter.
Målgruppe	Defineres i Speciallægeoverenskomsten for de øvrige specialer
Behandling	Bedøvelse ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Overvågning med klinisk observation, EKG, pulsoxymetri, non-invasiv blodtryksmåling og kapnografi. Varighed 60-120 minutter.
Apparatur	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kvalitetssikring	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kommentarer	
Hjælpepersonale	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Antal ydelser 2004	På grund af forskellig registreringspraksis amterne imellem kendes antallet ikke. I Århus amt falder ydelsen 3150/3151 og (5001+5101) i den nævnte gruppe.
Forventet antal ydelser	
Grundhonorar	3.777,36 kr.

13.1.5 Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 minutter

Ydelse - NY	Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 minutter
Målgruppe	Defineres i Speciallægeoverenskomsten for de øvrige specialer
Behandling	Bedøvelse ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Overvågning med klinisk observation, EKG, pulsoxymetri, non-invasiv blodtryksmåling og kapnografi. Varighed mere end 120 minutter.
Apparatur	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kvalitetssikring	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Kommentarer	
Hjælpepersonale	Ifølge rekommandationerne for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis.
Antal ydelser 2004	
Forventet antal ydelser	Antallet af ydelser afhænger af hvilke aftaler, der bliver indgået med de forskellige kirurgiske specialer.
Grundhonorar	5.666,04 kr. Skal forhandles ved varighed over 150 min.

13.2 Konsultationsydelser – smertebehandling - beskrivelse

13.2.1 Første konsultation, smertebehandling

Ydelse 0110	Første konsultation, smertebehandling
Målgruppe	Patienter med akutte smerter, kroniske smerter, mulige smerter (og palliation).
Behandling	Ydelsen omfatter registrering af patienten, optagelse af sygehistorie og smerteanalyse. Information om behandlingsmuligheder, ordination af undersøgelse og medicin, receptudskrivelse og skrivning af lægebrev.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	11.030
Forventet antal ydelser	11.000.
Grundhonorar	486,21 kr.

13.2.2 Anden konsultation, smertebehandling

Ydelse 0120	Anden konsultation, smertebehandling
Målgruppe	Patienter med akutte smerter, kroniske smerter, mulige smerter (og palliation).
Behandling	Fortsat udredning og smerteanalyse. Vurdering af den primære behandling og justering af behandlingsplan.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	9.949
Forventet antal ydelser	10.000
Grundhonorar	243,10 kr.

13.2.3 Senere konsultation, smertebehandling

Ydelse 0130	Senere konsultation, smertebehandling
Målgruppe	Patienter med akutte smerter, kroniske smerter, maligne smerter.
Behandling	Kort besøg med fortsat behandling, justering og kontrol af behandlingen.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	46.934.
Forventet antal ydelser	47.000.
Grundhonorar	118,44 kr.

13.2.4 Udvidet 1. konsultation, smertebehandling

Ydelse - NY	Udvidet 1. konsultation, smertebehandling
Målgruppe	Patienter, som tidligere er behandlet/tilbagehenvist fra smertecentre.
Behandling	Kan anvendes ved dyberegående udredning og undersøgelse samt ved samtale med kroniske smertepatienter.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	
Forventet antal ydelser	100
Grundhonorar	700,00 kr.

13.2.5 Telefonkonsultation smertebehandling

Ydelse 0201	Telefonkonsultation smertebehandling
Behandling	Vurdering af behandlingseffekt, justering af medicin-dosering. Rådgivning og vejledning samt receptfornyelse.
Kommentarer	Ydelse givet til patient, ydelsen forudsætter lægelig kontakt.
Antal ydelser 2004	2.532
Forventet antal ydelser	3.000.
Grundhonorar	59,22 kr.

13.2.6 E-mail konsultation smertebehandling

Ydelse 0105	E-mail konsultation smertebehandling
Behandling	Vurdering af behandlingseffekt, justering af medicin-dosering. Rådgivning og vejledning samt receptfornyelse.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	0.
Forventet antal ydelser	1.000.
Grundhonorar	57,53 kr.

13.2.7 Telefonisk rådgivning til praktiserende læge

Ydelse 0205	Telefonisk rådgivning til praktiserende læge
Behandling	Rådgivning og vejledning vedr. smertebehandling.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	0.
Forventet antal ydelser	?
Grundhonorar	243,10 kr.

13.2.8 Tillæg for tolkebistand

Ydelse 2161	Tillæg for tolkebistand
Behandling	Tolkebistand til smertepatienter.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	298
Forventet antal ydelser	300.
Grundhonorar	90,30 kr.

13.3 Behandlingsydelser – smertebehandling - beskrivelse

13.3.1 Triggerpunktsblokada

Ydelse - NY	Triggerpunktsblokada
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	Indsprøjtning af lokalanæstesimiddel uden tilsætning af binyrebarkhormon i smerteudløsende punkt. Typisk en myose eller belastet væv. Anvendes til diagnostik og har desuden en smertestillende og/eller muskelafslappende effekt.
Kommentarer	Ny ydelse erstatter muskelblokada, eksisterende ydelse 2611, og delvis ydelse 2634 (perivertebrale blokader). Der kan maksimalt gives 6 behandlinger i en behandlingsserie.
Antal ydelser 2004	7.266 muskelblokader i 2004. 18.000 af 23.000 perivertebrale blokader.
Forventet antal ydelser pr. år	25.000.
Grundhonorar	40,00 kr.

13.3.2 Ledningsblokada

Ydelse 2622	Ledningsblokada
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	<p>Anvendes til diagnostik og behandling. Nervens placering bestemmes, anatomisk eller med nervestimulatur. Der indsprøjtes lokalanæstesimiddel omkring nerven. Ved positiv effekt på smerten anvendes blokaden herefter terapeutisk med eller uden tilsætning af binyrebarkhormon i en behandlingsserie, hvis der fortsat er indikation for behandlingen.</p> <p>En behandlingsserie uden tilsætning af binyrebarkhormon er på maksimalt 6 behandlinger. En behandlingsserie med tilsætning af binyrebarkhormon er på maksimalt 3 behandlinger. Der anbefales maksimalt 1-2 serier ved akutte smertetilstande. Anvendes eksempelvis til at lindre akutte smerter fra f. eks. ribbensbrud.</p>
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	12.019
Forventet antal ydelser pr. år	12.000
Grundhonorar	56,11 kr.

13.3.3 Injektion i bursae, senenære strukturer og led

Ydelse - NY	Injektion i bursae, senenære strukturer og led
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	Indsprøjtning af lokalanæstesi eventuelt tilsat binyrebarkhormon i smertende slimsække, omkring smertende sener og i led.
Kommentarer	Ny ydelse som erstatter 2621 intraartikulær injektion. Ved tilsætning af binyrebarkhormon anbefales maksimalt 3 behandlinger i en behandlingsserie. I en behandlingsserie uden tilsætning af binyrebarkhormon anbefales maksimalt 6.
Antal ydelser 2004	12.665 (ydelse 2621)
Forventet antal ydelser pr. år	15.000.
Grundhonorar	56,11 kr.

13.3.4 TNS – Transcutan nervestimulation

Ydelse 2625	TNS – Transcutan nervestimulation
Indikation	Akutte og kroniske smerter.
Behandling	Der klæbes elektroder på huden over nerver og smertende muskler. Nerver og muskler stimuleres elektrisk igennem huden. Behandlingen har en smertestillende og muskelafslappende effekt. Instruktion i TNS: Patienten kan efter instruktion selv udføre behandlingen i hjemmet.
Kommentarer	Apparaturet er et behandlingsredskab, som speciallægen stiller til rådighed for patienten.
Antal ydelser 2004	3.194.
Forventet antal ydelser pr. År	3.200.
Grundhonorar	56,11 kr.

13.3.5 Akupunktur

Ydelse 2624	Akupunktur
Indikation	Akutte og kroniske smerter.
Behandling	Stimulation af nervebaner ved indstik af tynde nåle i nærmere definerede punkter.
Kvalitetssikring	Ydelse kan kun anvendes af praktiserende speciallæger, som har gennemgået kursus/kursusforløb akupunktur godkendt af Danske Anæstesiologers Organisation.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	32.303.
Forventet antal ydelser pr. år	32.000.
Grundhonorar	80,00 kr.

13.3.6 Manipulationsbehandling

Ydelse 2623	Manipulationsbehandling
Indikation	Akutte smerter
Behandling	Manuel påvirkning af led og lednære strukturer. Anvendes specielt til smerte udgående fra rygsøjlels facetled.
Kvalitetssikring	Ydelse kan kun anvendes af praktiserende speciallæger, som har gennemgået relevant kursus/kursusforløb i manipulation godkendt af Danske Anæstesiologers Organisation.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	3.186.
Forventet antal ydelser pr. år	3.500.
Grundhonorar	80,00 kr.

13.3.7 Cervikal Sympaticusblokada

Ydelse 2631	Cervikal Sympaticusblokada
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	Anvendes ved smertetilstande svarende til hoved og hals, hvor smerterne ledes via det sympatiske nervesystem, f.eks. for at hindre udvikling af posttherpetisk neuralgi og ved behandling af refleksdystrofi.
Kvalitetssikring	Der kræves gennemsnitlig mindst 50 behandlinger årligt.
Kommentarer	
Antal ydelser 2004	713.
Forventet antal ydelser pr. år	550.
Grundhonorar	118,44 kr.

13.3.8 Paravertebral blokade

Ydelse 2634	Paravertebral blokade
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	Indsprøjtning af lokalanæstesimiddel i det paravertebrale rum. Kan anvendes ved ensidige smertetilstande fra nakke til lænderyg.
Kommentarer	Var tidligere en del af de perivertebrale blokader, ydelse 2634, der tillige omfattede den nybenævnte triggerpunktsblokade. Ved anvendelse af binyrebarkhormon maksimalt 3 behandlinger.
Antal ydelser 2004	23.470 (18.000 dækkes af triggerpunktsblokaden).
Forventet antal ydelser pr. år	5.000.
Grundhonorar	118,44 kr.

13.3.9 Injektion i epiduralrummet

Ydelse 2635	Injektion i epiduralrummet
Indikation	Akutte smerter.
Behandling	Indsprøjtning af lokalanæstesimiddel i epiduralrummet. Anvendes ved lavt siddende lændesmerter med radikulær udstråling til underekstremiteterne. Anvendes desuden ved akut herpes zoster og ved osteoposebrud.
Kommentarer	Ved anvendelse af binyrebarkhormon maksimalt 3 behandlinger
Antal ydelser 2004	2.768.
Forventet antal ydelser pr. år	2.700.
Grundhonorar	118,44 kr.

13.3.10 Anlæggelse af epiduralkateter

Ydelse – NY	Anlæggelse af epiduralkateter
Målgruppe	Terminale patienter med behov for palliation.
Behandling	Indlæggelse af kateter i epiduralrummet eventuelt efterfulgt af tunnelering af kateteret under huden. Anvendes ved behandling af sværere smertetilstande.
Kommentarer	Behov for ydelsen i forbindelse med egen læges varetagelse af palliativ behandling eller speciallægens varetagelse af samme under rammeydelse/§ 3-aftale
Antal ydelser 2004	Ny ydelse.
Forventet antal ydelser pr. år	100.
Grundhonorar	236,88 kr.

13.4. Rammeydelser - beskrivelse

13.4.1 1. Hjemmebesøg – palliativ behandling

Ydelse – NY	1. Hjemmebesøg – palliativ behandling
Målgruppe/indikation	Terminale patienter med behov for palliation.
Behandling	Hjemmebesøg med registrering af patienten, optagelse af sygehistorie og smerteanalyse. Information om behandlingsmuligheder, ordination af undersøgelse, behandling og medicin, receptudskrivelse, kontakt til hjemmeplejen og skrivning af lægebrev.
Kommentarer	Ydelsen kan indgå i amternes overvejelser vedr. palliative funktioner.
Antal ydelser 2004	Ny ydelse (204 hjemmebesøg).
Forventet antal ydelser	Rammeydelse.
Grundhonorar	700,00 kr.

13.4.2 Efterfølgende hjemmebesøg – palliativ behandling

Ydelse - NY	Efterfølgende hjemmebesøg – palliativ behandling
Behandling	Hjemmebesøg med opfølgning og justering af behandling. Kontakt til hjemmeplejen og egen læge.
Kommentarer	Ydelsen kan indgå i amternes overvejelser vedr. palliative funktioner.
Antal ydelser 2004	Ny ydelse (204 hjemmebesøg).
Forventet antal ydelser	Rammeydelse.
Grundhonorar	500,00 kr.

Bilag 1 Rekommandationer for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis

Baggrund

Der foretages årligt ca. 40.000 anæstesier i øre- og øjenlægepraksis, honoreret efter overenskomst med Den offentlige Sygesikring. Over 90 % af disse anæstesier er kortvarige anæstesier til børn i ørelægepraksis. Antallet af anæstesier i tandlægepraksis og øvrige speciallægepraksis er ukendt.

Igennem de sidste 10 år er der konstateret 4 dødsfald i forbindelse med anæstesi i praksis heraf 2 i tandlægepraksis og en i plastikkirurgisk praksis, alle 3 voksne patienter. Selv om den totale mortalitet, ca. 1:100.000 er lav, er den dog for høj i forbindelse med relativt små og simple indgreb på i øvrigt raske patienter.

Sundhedsstyrelsen har påpeget disse forhold og opfordret til udarbejdelse af retningslinier vedrørende anæstesi i speciallægepraksis. En arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) i samarbejde med Danske Anæstesiologers Organisation (DAO), har med henblik på forbedring af sikkerheden og kvaliteten ved anæstesi i speciallægepraksis udarbejdet nedenstående rekommandationer.

Rekommandationerne skal medvirke til forøget sikkerhed i forbindelse med anæstesi i speciallægepraksis, og medvirke til at anæstesi i speciallægepraksis opnår samme faglige standard og sikkerhedsmæssige niveau som anæstesi i sygehusregi. Rekommandationerne supplerer love, forordninger og anvisninger fra centrale myndigheder og råd, og skal løbende tilpasses eventuelle ændringer i sådanne retningslinier.

1. Definition

Anæstesi i speciallægepraksis er generel eller regional anæstesi udført af anæstesiologiske speciallæger uden for hospitalsregi. Anæstesiernes udføres i speciallægens/tandlægens praksis og opvågningen finder sted i lokaler i disse praksis og patienterne hjemsendes efter observationsperiodens afslutning.

2. Lokaler

Operationslokalet skal være indrettet med tilstrækkelig plads til anæstesiologen og dennes hjælper samt til anæstesi- og monitoreringsudstyr. Der skal være adgang til el, oxygen, sug, udsugning af anæstesigasser. Der skal være adgang til genoplivningsudstyr og medicin til anvendelse ved genoplivning, samt til DC-fibrillator.

3. Uddannelse

Anæstesiologen skal være speciallæge i anæstesiologi, og have den nødvendige rutine i anæstesi til de patienttyper og kirurgiske procedurer der foretages i praksis. Det anbefales, at man første gang man skal praktisere, benytter sig af aftalerne om generationsskifte eller på anden måde etablerer mulighederne for i en periode at arbejde sammen med en erfaren praktiserende anæstesiolog med henblik på træning i anæstesi under de særlige forhold, der gør sig gældende i praksis. Det anbefales at anæstesiologen løbende deltager i relevante efteruddannelsesaktiviteter i minimum det antal dage der støttes i henhold til overenskomsten med sygesikringen (for tiden 5 dage pr. år).

4. Personale

Anæstesiologen skal altid have mindst en hjælper som skal være uddannet og trænet i as-sistance til anæstesi samt i genoplivning og behandling af akutte komplikationer.

Personalet, som overvåger patienter postoperativt, skal på samme vis være instrueret i de specielle forhold vedrørende opvågning, postoperative komplikationer samt i genoplivning.

5. Patienterne

Anæstesiologen skal vurdere alle patienter før anæstesi. Der bør i almindelighed kun udføres anæstesi på patienter i ASA gruppe 1 og 2 i speciallægepraksis.

Det er anæstesiologens ansvar at patienterne er informeret om anæstesiprocedure, fasteperioder, postoperativ smertebehandling, postoperative forholdsregler og hvorledes de søger hjælp ved problemer efter hjemsendelsen.

6. Anæstesiapparat

Anæstesien skal udføres med tidssvarende anæstesiapparat, der opfylder gældende standarder og får udført serviceeftersyn og kalibrering efter gældende regler og standarder. Daglig rengøring og sterilisering skal udføres i henhold til råd og anvisninger fra den Centrale afdeling for Sygehushygiejne (CAS).

7. Monitorering og monitoreringsudstyr

Anæstesidybde, oksygenering, respiration og cirkulation skal overvåges ved enhver anæstesi. Monitorering skal ske med tidssvarende udstyr, der opfylder gældende standarder. Der skal udføres serviceeftersyn og kalibrering efter gældende regler og standarder. Monitoreringsgraden skal tilpasses behovet ved den enkelte patient og det enkelte indgreb.

I almindelighed anbefales

Kortvarig (mindre end 15 min.) anæstesi uden intubation

Klinisk observation

Pulsoximetri

Generel anæstesi med anvendelse af larynxmaske eller intubation

Klinisk observation

EKG
Pulsoximetri
Noninvasiv blodtryksmåling
Kapnografi

8. Intravenøs adgang

Behovet for at anlægge intravenøs adgang skal vurderes i det enkelte tilfælde. I forbindelse med kortvarige maskeanæstesier er det i almindelighed ikke nødvendigt eller hensigtsmæssig. Det anbefales at der anlægges intravenøs adgang før generel anæstesi med anvendelse af larynxmaske eller intubation.

9. Opvågning og hjemsendelse

Efter anæstesi skal patienten overvåges indtil hjemsendelsen. Overvågningen skal foretages af personale, der har tilstrækkelig uddannelse og erfaring i observation af nyopererede patienter. Der skal være umiddelbar adgang til genoplivningsudstyr. (Jvnf. pkt 2).

Før hjemsendelse skal.

- Patienten være vågen og orienteret
- Respiration og cirkulation skal være stabil
- Patienten skal være i stand til at indtage evt. smertestillende medicin
- Det skal sikres at hjemtransporten sker under forsvarlige forhold, patienten må ikke selv føre køretøj, og der skal være en voksen person omkring patienten det første døgn

Anæstesiologen må ikke forlade klinikken før den sidste patient er vågen og stabil. Patienterne skal mundtligt og skriftligt instrueres i smertebehandling, og i hvorledes de får hjælp i tilfælde af komplikationer.

10. Procedurer for behandling af akutte livstruende tilstande

Genoplivning

Anæstesiologen skal inden påbegyndelse af anæstesi i praksis gennemgå et kursus i avanceret genoplivning, luftvejshåndtering og etablering af intraossøs adgang.

DASAIM og DAO vil samarbejde om etablering af et sådant kursus.

Anæstesiologen bør løbende vedligeholde disse færdigheder.

Personalet på klinikken skal have uddannelse i basal genoplivning. Der skal på klinikken være en skriftlig vejledning i genoplivning, som alt personale er forpligtet til at kende. Der skal en gang årligt foretages øvelse i genoplivning og nødprocedurer for alt klinikkens personalet.

Procedure for tilkaldelse af hjælp

Der skal i klinikken findes en skriftlig procedure for, hvorledes der tilkaldes hjælp. Der bør laves aftaler med redningskorps og hospitalernes modtageafdelinger om assistance ved hjertestop og andre tilfælde, der kræver øjeblikkelig overførsel til den sekundære sundhedssektor.

Øvrige nødprocedurer

Udstyr og medicin til genoplivning, alternative metoder til sikring af en fri luftvej, herunder nødtrakeotomi og til intraossøs adgang skal være til umiddelbar rådighed, og hjælpepersonalet skal være instrueret i, hvorledes de assisterer ved disse procedurer.

11. Dokumentation og kvalitetssikring

Der skal føres journal efter gældende regler.

Det anbefales at alle utilsigtede hændelser registreres og at der tages de nødvendige forholdsregler for at forebygge nye utilsigtede hændelser.

Det anbefales, at der etableres mulighed for elektronisk registrering og indberetning af data til en kommende Dansk Anæstesidatabase.

Den 25. juni 2002

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin

Danske Anæstesiologers Organisation

Referencer:

- Guidelines for office-based anaesthesia, ASA 1999
- Surgery and general Anaesthesia in General Practise Premises
The Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland 1995
- Standards & Guidelines for General Anaesthesia for Dentistry
The Royal College of Anaesthetists 1999

Bilag 2 Udvikling i antal ydelser 2000-2004

Ydelse	2000	2001	2002	2003	2004	Vækst 2000- 2004	Vækst 2000- 2004 i %
Behandling af smertetilstande							
1. konsultation (0110)	9.977	10.968	10.865	10.720	11.030	1.053	10,55 %
1. konsultation (0111)	59	22	9	19	14	-45	-76,27 %
1. konsultation (0112)	688	522	684	582	607	-81	-11,77 %
2. konsultation (0120)	9.029	9.791	9.819	9.636	9.949	920	10,19 %
Senere konsultation (0130)	44.213	46.928	48.953	46.799	46.934	2.721	6,15 %
Telefonkonsultation (0201)	2.593	2.399	2.379	2.240	2.532	-61	-2,35 %
Udvidede lungefunktionsprøver							
1. konsultation (0210)			1	1	1	1	
Tillæg for tolkebistand (2161)				20	298	298	
Tillægsydelser							
Besøg (1401)	224	299	158	236	206	-18	-8,04 %
Afstandstakst ved besøg (1101)	2.245	3.719	2.370	1.806	1.188	-1.057	-47,08 %
Tillægsydelser (blokader)							
Gruppe 1.							
Muskelblokader (2611)	10.718	8.455	7.851	7.331	7.411	-3.307	-30,85 %
Gruppe 2.							
Intraartikulære injektioner (2621)	14.458	15.762	15.462	14.179	13.038	-1.420	-9,82 %
Ledningsblokade/nerveblokade (2622)	13.001	12.800	12.818	13.051	12.019	-982	-7,55 %
Manipulationsbehandling (2623)	2.415	2.419	1.794	2.567	3.186	771	31,93 %
Akupunktur (2624)	22.675	28.085	30.615	31.327	32.303	9.628	42,46 %
Transkutan nervestimulation (2625)	3.363	4.345	4.637	3.576	3.194	-169	-5,03 %
Gruppe 3.							
Sympaticusblokader (cervikale) (2631)	1.056	929	781	1.079	713	-343	-32,48 %
Sympaticusblokader (lumbale) (2632)	95	77	30	254	120	25	26,32 %
I.v. regionale sympaticusblokader (2633)	8	6	7	19	5	-3	-37,50 %
Perivertebrale blokader (2634)	25.208	25.096	25.455	23.416	23.470	-1.738	-6,89 %
Injektioner i epiduralrummet (2635)	3.079	3.603	3.428	2.933	2.768	-311	-10,10 %
Neurolytiske blokader (2636)	42	31	66	55	17	-25	-59,52 %
Særydelser							
Udvidede lungefunktionsprøver (3010)	108	3	2	8		-108	-100,00 %
Anæstesiologisk bistand til øjen- og øre- læger (3020)	39.270	41.125	41.793	41.408	44.791	5.521	14,06 %

Kilde: Landsproduktionstal

Bilag 3 Udvikling i antal ydelser 2000-2004 (lokale-, ramme- og ventelisteaftaler)

Ydelse	2000	2001	2002	2003	2004	Vækst 2000-2004	Vækst 2000-2004 i %
Lokale-, ramme- og ventelisteaftaler							
Ydelse 3120	180	175	333	295	308	128	71,11 %
Ydelse 3130	148	108	126	175	159	11	7,43 %
Ydelse 3140	255	104	42	12	22	-233	-91,37 %
Ydelse 3150	98	129	173	93	115	17	17,35 %
Ydelse 3151	7	7	11	8	4	-3	-42,86 %
Ydelse 3210	98	19	1			-98	-100,00 %
Ydelse 3220	547	412	1.024	983	1.036	489	89,40 %
Ydelse 3230	221	215	321	371	404	183	82,81 %
Ydelse 3240	228	151	68	17	3	-225	-98,68 %
Ydelse 5001	15	28	621	872	832	817	5446,67 %
Ydelse 5002					41	41	
Ydelse 5003			42	60	61	61	
Ydelse 5004			4	5	10	10	
Ydelse 5005			2	11	19	19	
Ydelse 5101	15	28	42	65	80	65	433,33 %
Ydelse 5310	17	116	112	52		-17	-100,00 %
Ydelse 5901		2	3	1		0	
Ydelse 5902		2	2	1		0	
Ydelse 6401			14	13		0	
Ydelse 6403			1			0	
Ydelse 6666	469	370	187	35	33	-436	-92,96 %
Ydelse 7155	713	527	722	637	685	-28	-3,93 %
Ydelse 9001	4.082	7.043	4.130	3.256	2.388	-1.694	-41,50 %
Hovedtotal	211.617	226.820	227.958	220.224	221.994	10.377	4,90 %

Kilde: Landsproduktionstal

Bilag 4 Rekvirerbar medicin med ATC- koder

Anæstetika og lokalanalgetika	N01
Analgetika	N02
Muskelrelakserende midler	M03
Glukokortikoider til systemisk brug og til injektion i led injektion i led og bløddede	H02AB
Infusionsvæsker m.v.	B05
Antiemetika	A04
Atropin	A03BA01
Efedrin	R03CA02
Adrenalin	C01CA24

Medicinske luftarter: oxygen, atmosfærisk luft, kvælstofforilte (lattergas).
Atmosfærisk luft er ved at erstatte kvælstofforilte (lattergas). Udgiften er den samme.
Atm. luft giver mindre miljøbelastning.

Bilag 5 ASA klassifikation

P1	A normal healthy patient
P2	A patient with mild systemic disease
P3	A patient with severe systemic disease
P4	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life
P5	A moribund patient who is not expected to survive without the operation
P6	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes

Februar 2006. Definitionerne opdateres årligt.