

Sundhedsudvalget
Folketinget
Christiansborg
1240 København K



12. maj 2009

Regionale variationer i antallet af reumatologiske speciallæger

Til medlemmerne af folketingets Sundhedsudvalg

Til orientering for udvalgets medlemmer fremsendes hermed analyse af den reumatologiske speciallægekapa-
citet. Analysen, der omfatter både sygehuse-
ne og praksissektoren viser, at der er store forskelle i regionernes behand-
lingskapacitet på det reumatologiske område. Analysen viser desuden, at for-
skellen i behandlingskapacitet kun i begrænset omfang skyldes vakante læge-
stillinger.

Med venlig hilsen

Lene Witte
Direktør
Tlf. 39 77 80 36
lwitte@gigtforeningen.dk
www.gigtforeningen.dk

Bilag

Gigtforeningen
Gentoftegade 118
2820 Gentofte
tlf. 39 77 80 00
fax 39 65 11 36
info@gigtforeningen.dk
www.gigtforeningen.dk

Gigtforeningen er en
privat og uafhængig
organisation, som støtter
gigtforskning og arbejde
for bedre behandling
og større livskvalitet for
de 700.000 mennesker
i Danmark, der lever
med en led-, ryg- eller
muskelsygdom

Under protektion af
Hendes Majestæt
Dronning Margrethe

Geografiske forskelle i den reumatologiske speciallægekapaцитet

Gigtforeningen, april 2009

aa)

Indledning og problemstilling

I Danmark - som i andre lande - udgør lighed i adgangen til sundhedsydelse en væsentlig overordnet målsætning i sundhedsvæsenet. Lighed i adgangen til sundhedsydelser kan defineres som:

- Samme adgang til behandling for patienter med samme behandlingsbehov.

Ulighed i adgangen kan f.eks. opstå, hvis der er forskel i behandlingsskapaciteten forskellige steder i landet (=geografisk ulighed). Geografisk ulighed er i modstrid med målsætningen om lige adgang til behandling på to måder:

For det første kan geografisk ulighed i behandlingsskapaciteten medføre, at befolkningen i forskellige dele af landet har forskellige ventetider til behandling. Nogle patienter skal altså leve længere med smerte og dårlig funktion end andre. Og for nogle patienter betyder den længere ventetid en irreversibel forværring af sygdommen. Samtidig kan ventetider påvirke praktiserende lægers henvisningsmønster, således at lægen, hvis der er lang ventetid på behandling, bliver mere tilbageholdende med at viderehenvise patienter med tegn på en mulig sygdom.

For det andet kan geografisk ulighed medføre betydelige forskelle i patienternes afstand til behandlingsstedet. Befolkningen i regioner med mange behandlere vil have kortere afstand til behandling end befolkningen i regioner med få behandlere¹. Meget stor afstand til behandling (målt i rejsetid eller km.) kan bevirke, at nogle patienter opgiver – eller udskyder - at komme til undersøgelse, kontrol og behandling. Ligesom afstand i visse tilfælde kan påvirke den praktiserende læges henvisningsmønster².

Både hvad angår forskel i ventetid og forskel med hensyn til afstand gælder, at konsekvenserne vil være forskellige for forskellige grupper af patienter. Man må således antage, at nogle patienter lettere end andre vil kunne håndtere en lang - og måske anstrengende - transport. Og hvad angår ventelister kan disse udlignes, ved at patienterne benytter det frie sygehusvalg og/eller det frie valg af praktiserende speciallæge. Men at vælge en behandler uden for lokalområdet, er ikke ligetil for alle patienter. Bl.a. fordi valg af behandler uden for regionen ofte vil medføre længere transport.

Specifikt for patienter med gigtssygdomme betyder lange ventetider, at patienterne må leve længere med smerter, dårlig funktionsevne samt uvished om hvad de fejler, og for nogle betyder ventetiden at sygdommen forværres permanent, fordi behandlingen iværksættes for sent. Patienter med gigt er karakteriseret ved smerter, træthed og nedsat funktionsevne, samtidig med at sygdomme hyppigst opstår i de ældre aldersklasser. Derfor vil gigtpatienter høre til den gruppe af patienter, som er mest følsomme over

¹ Dog afhængigt af hvordan speciallægerne geografisk er spredt i regionen.

² En nærmere analyse af afstandens betydning for befolkningens sygehusforbrug findes i: A Ankjær-Jensen.

Sygehusstruktur og ligheden i adgangen til sundhedsydelser. I Sygehusstruktur i Danmark. DSI rapport 2005.02

for afstand til behandling, ligesom det kan forventes, at gruppen er tilbageholdende med at benytte det frie behandlervalg.

Sammenfattende kan geografisk ulighed i adgangen til behandling betyde, at patienter i nogle dele af landet, må døje med smerter, dårlig funktionsevne og uvished i længere tid, end patienter i andre dele af landet. Samtidig kan den geografisk betingede ulighed betyde, at patienter i nogle dele af landet er mere syge når de behandles, end patienter i andre dele. Og for patienter med en irreversibelt progredierende sygdomme som f.eks. leddegigt, en varig forværring af deres helbredstilstand og funktionsevne.

Formål

Formålet med dette notat er at analysere, om der er geografisk ulighed i adgangen til reumatologisk behandling i Danmark. Notatet vil opgøre antallet af reumatologiske speciallæger i hver af de 5 regioner i forhold til antal indbyggere over 15 år. Opgørelsen omfatter både reumatologer ansat i sygehusvæsenet og privatpraktiserende reumatologer.

Det er valgt at relatere speciallægekapaiciteten til den voksne befolkning, fordi behandlingen af de ca. 1000 børn der har gigt, indtil videre, er samlet på afdelinger med lands-landsdelsfunktion.

Grundlaget for analysen er de seneste tal fra Stillings- og vakancetællingen, offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, samt oplysninger modtaget fra Sundhedsstyrelsen vedrørende antal praktiserende reumatologer.

Kapacitet på sygehuse

Antal speciallæger ansat i sygehusvæsenet

Tabel 1 viser antal reumatologiske speciallæger ansat ved reumatologiske afdelinger i hver af de 5 regioner sat i forhold til antallet af indbyggere der er over 15 år i den pågældende region. En del af lægerne er ansat i deltidsstillinger, men da ansættelsesbrøken for disse ikke kendes, er det forudsat, at en deltidsstilling svarer til $\frac{1}{3}$ fuldtidsstilling.

Tabel 1 viser, at der for hele landet gennemsnitligt var ansat 2,6 reumatologisk speciallæge per 100.000 indbyggere. Flest speciallæger var ansat i Region Hovedstaden, hvor der var ansat 4,4 speciallæge per 100.000 indbyggere, mens der var færrest i Region Midtjylland, hvor der var ansat 1,5 reumatologisk speciallæge per 100.000 indbyggere. Der er altså 3 gange så mange speciallæger per indbygger i hovedstaden sammenlignet med midtjylland.

Tabel 1. Antal reumatologiske speciallæger læger ansat ved offentlige sygehuse, i hver af de 5 regioner.

Sygehusregion	Antal læger			Læger per 100.000 indb. 15+ år
	Fuldtidsstillinger	Deltidsstillinger	I alt *	
Region Hovedstaden	58	2	59	4,4
Region Nordjylland	9	2	10	2,1
Region Sjælland	14	0	14	2,1
Region Syddanmark	18	0	18	1,9
Region Midtjylland	13	3	14,5	1,5
Hele landet	112	7	115,5	2,6

Kilde: Stillings- og vakancetællingen, Sundhedsstyrelsen.

* deltidstilling medregnet som ½ heltidstilling

Ubesatte speciallægestillinger i sygehusvæsenet

For at undersøge om forskellene i antal reumatologiske speciallæger skyldes ubesatte stillinger, viser nedenstående tabel 2 antal normerede reumatologiske speciallægestillinger og antal vankante reumatologiske speciallægestillinger i hver af de 5 regioner. Det ses, at ca. 15 pct. af de normerede speciallægestillinger inden for reumatologi er ubesatte. Det ses desuden, at andelen af ubesatte stillinger stiger, jo længere væk man kommer fra hovedstadsområdet. Flest ubesatte stillinger findes således i Region Midtjylland og i Region Nordjylland, hvor mere end hver 4. stilling er ubesat, mens det er under hver tiende stilling i Region Hovedstaden, der er ubesat. Ubesatte stillinger er således en del af forklaringen på forskellen i speciallægekapaцитeten i de 5 regioner.

Tabel 2 Antal normerede og antal ubesatte speciallægestillinger inden for specialiet reumatologi i hver af de 5 regioner. Februar 2008

Sygehusregion	Antal normerede stillinger	Antal ubesatte stillinger	Ubesatte stillinger i % af normerede
Region Hovedstaden	78	7	9,0
Region Sjælland	18	3	16,7
Region Syddanmark	24	5	20,8
Region Midtjylland	24	6	25,0
Region Nordjylland	15	4	26,7
Hele landet	159	25	15,7

Kilde: Stillings- og vakancetællingen, Sundhedsstyrelsen.

Note: Datakvaliteten kan være svingende. Der tages derfor forbehold for eventuelle fejl i de indberettede tal.

Landstallene kan være usikre og sammenligning på tværs af sygehuse er ikke altid mulig.

For at undersøge om der er forsat ville være forskel i kapaciteten, såfremt alle normeredes stillinger var besat, viser tabel 3 antal normerede speciallægestillinger indenfor reumatologi pr. 100.000 voksne

indbygger. Det fremgår, at selv når man ser på det normerede antal stillinger – dvs. det planlagte antal speciallæger - er der en forskel imellem de 5 regioner. Højest normering findes i Region Hovedstaden, hvor der er normeret knap 6 stillinger, mens der i Region Sjælland, Midtjylland og Region Syddanmark kun var normeret halvt så mange speciallæger per 100.000 voksne indbygger.

Tabel 3. Antal normerede speciallægestillinger i forhold til antal indbyggere over 15 år i hver af de 5 regioner. Februar 2008

Sygehusregion	Antal normerede stillinger	Antal stillinger pr. 100.000 indb.+ 15 år
Region Hovedstaden	78	5,8
Region Nordjylland	15	3,2
Region Sjælland	18	2,7
Region Syddanmark	24	2,5
Region Midtjylland	24	2,4
Hele landet	159	3,6

Kilde: Stillings- og vakancetællingen. Sundhedsstyrelsen

Det må således konkluderes, at vakante stillinger ikke kan forklare hele forskellen i den reumatologiske speciallægekapaцитet i sygehusvæsenet i de 5 regioner. Men forskellen imellem regionerne formindskes dog, når der tages højde for vakante stillinger.

Praktiserende speciallæger

Tabel 4 viser antallet af praktiserende speciallæger i reumatologi i hver af de 5 regioner fordelt på heltids- og deltidspraksis. Da det ikke er oplyst, hvor mange timer hver enkelt deltidspraksis har åbent, er det i beregningerne forudsat, at en deltidspraksis svarer til 1/2 heltidspraksis. I tabellen er antallet af speciallæger sat i forhold til befolkningen i hver af de 5 regioner.

Tabel 4. Antal speciallægepraksis inden for reumatologi i alt og per 100.000 indbyggere, 4. kvartal 2008.

Region	Antal praksis			Praksis pr. 100.000 indb.+ 15 år
	Heltid	Deltid	I alt*	
Region hovedstaden	27	17	35,5	2,6
Region Sjælland	7	1	7,5	1,1
Region Syddanmark	6	2	7	0,7
Region Midtjylland	4	0	4	0,4
Region Nordjylland	1	0	1	0,2
Hele landet	45	20	55	1,2

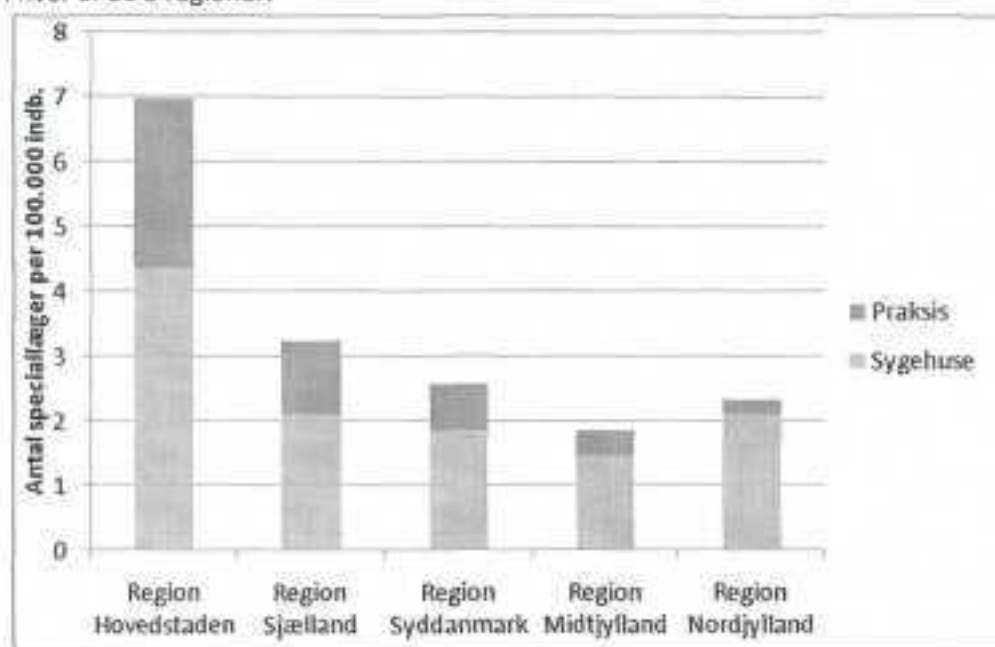
Kilde: Sundhedsstyrelsen.

* Forudsat at én deltidspraksis svarer til 1/2 heltidspraksis

Tabel 4 viser, at der er flest praktiserende reumatologer målt i forhold til befolkningstallet i Region Hovedstaden, mens antallet af praktiserende speciallæger gradvist bliver lavere, jo længere man bevæger sig væk fra hovedstadsområdet. Det laveste antal speciallæger findes således i Region Nordjylland, hvor der kun er 1 praktiserende reumatolog, svarende til 0,2 per 100.000 indbyggere. Den geografiske fordeling af speciallægekapa- citeten i praksisregi, svarer således nogenlunde til den geografiske fordeling af speciallægekapa- citeten i sygehusregi.

Samlet kapacitet i sygehusvæsen og praksissektor

Figur 5. Antal speciallæger ansat i sygehussektoren og i praksissektoren set under ét. Per 100.000 indbygger i hver af de 5 regioner.



Figur 5 viser, at der betydelige geografiske forskelle i behandlingsskapaciteten når man ser sygehussektoren og praksissektoren under ét. Mens der i alt er 7 speciallæger pr. 100.000 voksne indbyggere i Region Hovedstaden, er det samlede antal speciallæger i region Midtjylland under 2 pr. 100.000 voksne indbygger.

Konklusion

- Der er store regionale forskelle i den reumatologiske behandlingsskapacitet i Danmark. Både hvad angår sygehus og hvad angår speciallægepraksis er kapaciteten højest i hovedstadsområdet, mens den falder jo længere mod vest i landet, man befinder sig.
- Selv om der er flere vakante stillinger i Vest-danmark end i Øst-danmark, kan forskellen i behandlingsskapacitet inden for sygehusvæsenet ikke forklares ved ledige stillinger. Også når man ser på antallet af normerede stillinger, er der store forskelle imellem de forskellige regioner.
- Sygehussektoren og praksissektoren supplerer ikke hinanden, forstået på den måde at en lav kapacitet i sygehusvæsenet kompenseres af en høj kapacitet i speciallægepraksis - snarere tværtimod. En høj kapacitet i sygehusregi synes at eksistere sammen med en høj kapacitet i speciallægepraksis – og omvendt.