

# Modernisering af specialiet Anæstesiologi

Kapitel 1 – Indledning og baggrund.....	3
Kapitel 2 - Resumé.....	9
Kapitel 3 - Beskrivelse af specialet herunder kapacitet og aktivitet .....	11
Kapitel 4 – Uddannelse .....	47
Kapitel 5 – Kvalitet .....	49
Kapitel 6 - Overenskomstmæssige forhold .....	51
Kapitel 7 – Arbejdsgruppens anbefalinger .....	54
Kapitel 8 - Ydelsesbeskrivelser .....	58
Bilag 1 – Deltagere i arbejdsgruppen .....	91
Bilag 2 – Anæstesi til ørelægeindgreb .....	92
Bilag 3 – Svar fra Sundhedsstyrelsen.....	96
Bilag 4 – Svar fra Sundheds- og Ældreministeriet.....	97

## Kapitel 1 – Indledning og baggrund

Moderniseringen af anæstesiologisk speciallægepraksis er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Deltagerne i arbejdsgruppen fremgår af bilag 1.

Formålet med moderniseringen af anæstesiologisk speciallægepraksis er at udarbejde ajourførte ydelsesbeskrivelser, som afspejler den faglige og teknologiske udvikling inden for specialet samt at sikre, at ydelserne afspejler Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer.

Derudover er der i moderniseringen indbygget en forudsætning om, at der skal frigøres en produktivitetsgevinst inden for specialet, som skal bruges til at behandle flere patienter.

Den seneste modernisering af specialet er fra 2006. Indførslen af nye anæstesiudørelser i 2006 afspejler udviklingen fra kortvarige indgreb til længerevarende indgreb i øre-, næse- og halspraksis. Desuden blev der indført en række nye behandlingsudørelser i relation til smertebehandling.

Speciallægepraksis i anæstesiologi udfører i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi *"anæstesi til kirurgiske behandlinger i speciallægepraksis. I speciallægepraksis udføres kun mindre, elektive, ukomplicerede indgreb, uden eller med ringe blødningsrisiko samt ukompliceret og basal postoperativ smertebehandling. Speciallægepraksis varetager desuden smertebehandling."*

Der er i anæstesiologisk speciallægepraksis 32 speciallæger med ydernummer. 17 speciallæger yder anæstesiologisk bistand i forbindelse med indgreb hos andre speciallæger bl.a. øre-, næse- og halslæger, 7 yder smertebehandling, mens 8 speciallæger både yder anæstesiologisk bistand og varetager smertebehandling.

Udbredelsen af anæstesiologisk speciallægepraksis varierer mellem regionerne. I regionerne vest for Storebælt varetages i højere grad anæstesiologisk bistand til øre-, næse- og halslæger, mens der i regionerne øst for Storebælt i højere grad også varetages smertebehandling.

I speciallægepraksis udføres ca. 40.000 anæstesier årligt svarende til 10 % af alle anæstesier i Danmark. Hovedparten af disse anæstesier vedrører børn under 10 år. Der udføres i speciallægepraksis kun anæstesi på patienter i ASA-gruppe 1 og 2, dvs. raske patienter eller patienter med velreguleret sygdom.

I Danmark har godt 1,2 mio. mennesker ifølge Sundhedsstyrelsen et liv med kroniske smerter, og omkring en halv million patienter er i langtidsbehandling for smerter. De fleste smertepatienter bliver udredt og behandlet hos egen læge. I speciallægepraksis er der ca. 10.000 monofaglige patientforløb, og der ses både patienter med akutte og kroniske smerter.

For smertepatienter med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor monofaglig behandling ikke har haft effekt, og hvor der er behov for en

multidisciplinær indsats, tilbydes specialiseret behandling på tværfaglige smerteklinikker/centre. Der er ca. 14.000 forløb årligt på smerteklinikkerne.

Der er i alt 11 offentlige og 8 private smerteklinikker, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen til at behandle kroniske smertepatienter tværfagligt. Tværfaglig smertebehandling er i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning en regionsfunktion.

Der er fra politisk side meget fokus på smertebehandling. Der er i Danmark et højere forbrug af opioider end i de andre nordiske lande. Parallelt med moderniseringen er der i regi af Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, som skal udarbejde et fagligt oplæg til en smertehandlingsplan, som adresserer udfordringerne med lange ventetider på udredning, behov for fokus på andre behandlingsmuligheder end medicin og bedre og mere ensartet behandling.

Moderniseringen har bl.a. fokus på at udarbejde beskrivelser for medicinafvænnning af patienter, som har et større forbrug af opioider og anden vanedannende medicin. Beskrivelserne udarbejdes med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje om opioidbehandling, hvor der bl.a. indgår anbefalinger til, hvordan patienter kan trappe ud af opioider.

Moderniseringen omfatter også en beskrivelse af arbejdsfordelingen mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehusene, og der ses på muligheden for at skabe mere effektive og sammenhængende forløb til gavn for patienterne, herunder om speciallægepraksis kan aflaste sygehusene i forhold til smertebehandling.

Der ses i moderniseringen endvidere på anvendelsen og evidensen af en række nye behandlingsmodaliteter. Ligesom der også ses på relevansen af at udbrede anæstesi til andre praksisspecialer fx kirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi.

# **Kommissorium for moderniseringen af Specialet Anæstesiologi**

## **Arbejdsgruppens opgaver**

Arbejdsgruppen vedrørende modernisering af specialet Anæstesiologi skal udarbejde en rapport, der følger den reviderede skabelon for gennemførelse af moderniseringer.

Specialet Anæstesiologi omfatter behandling af smertetilstande og anæstesiologisk bistand til øre-, næse- og halslæger og øjenlæger. Arbejdsgruppen skal gennemgå ydelsesbeskrivelserne og tilvejebringe reviderede ydelsesbeskrivelser for specialet med forslag til såvel nye ydelser som udfasning af gamle ydelser, som ikke længere er relevante. Arbejdsgruppen skal forholde sig til muligheden for, at speciallægepraksis kan aflaste sygehuse i forhold til patientbehandling inden for anæstesiologispecialet. Hvis det vurderes relevant, skal der udarbejdes en beskrivelse heraf.

Arbejdsgruppen skal under inddragelse af økonomiske overvejelser beskrive og vurdere, hvilke faglige og organisatoriske konsekvenser en modernisering af specialet vil indebære. Der skal ses på, hvordan moderniseringen af anæstesiologispecialet kan frigøre en produktivitetsgevinst inden for specialet.

Der tages udgangspunkt i nedenstående målsætninger:

## **Faglige målsætninger**

- Arbejdsgruppen skal vurdere relevansen af at tilbyde anæstesiologisk bistand til andre praktiserende speciallæger fx kirurger, ortopædkirurger, gynækologer fx som rammeydelser.
- Arbejdsgruppen skal vurdere, om det er relevant at stille krav om, at hver speciallægepraksis i udgangspunktet skal levere alle de ydelser, der er aftalt i overenskomsten.
- Arbejdsgruppen skal herunder drøfte muligheden for, at regionerne i forbindelse med praksisplanlægningen får mulighed for at træffe beslutning om, hvorvidt regionerne kan udpege den enkelte speciallægepraksis til at varetage enten smertebehandling eller anæstesiologisk bistand.
- Arbejdsgruppen skal foretage en faglig revision af ydelsesbeskrivelserne i henhold til vedlagte skabelon for at bringe ydelserne i overensstemmelse med de krav, der kan stilles til en speciallægepraksis i Anæstesiologi i dag. Ydelsesbeskrivelserne skal, hvor det er fagligt muligt, tilstræbe entydighed for at undgå fortolkningstvív.

Det faglige grundlag for at indføre nye behandlingstilbud for de to funktioner smertebehandling og anæstesiologisk bistand ønskes vurderet. Hvor det er relevant udarbejdes ydelsesbeskrivelser.

## Smertebehandling

Arbejdsgruppen skal udarbejde forløbsbeskrivelser for:

- Medicinafvænnning af patienter, som har et større forbrug af opioider og anden vanedannende medicin, der medfører et behov for afvænnning. I forløbsbeskrivelsen skal indtænkes medicinsk afvænnning og justering herunder vurdering af effekt.
- Behandling af andre smertepatienter herunder patienter med subakutte eller kroniske smerter.

I forbindelse med udarbejdelsen af forløbsbeskrivelserne skal arbejdsgruppen forholde sig til omfanget af antal konsultationer (limitering). Endvidere skal arbejdsgruppen se på mulige løsninger for at håndtere situationer, hvor patienter, som er i et igangværende smertebehandlingsforløb, får smerter i et andet anatomisk område, og hvor der er et væsentligt overlap i optagelse af anamnese og smerteanalyse mv. i forhold til det igangværende forløb.

Arbejdsgruppen skal i forbindelse med eventuel indførelse af nedenstående ydelsesbeskrivelser redegøre for, hvilke patientgrupper behandlingen er relevant for, herunder evidens og/eller erfaring med effekt af behandlingen.

- Ydelsesbeskrivelse for anvendelse af botulinumtoksin ved behandling af perifere neuropatiske smerter.
- Ydelsesbeskrivelse for smertebehandling med Capsaicin og Lidocain samt plaster indeholdende chili jf. anbefaling fra International Association for the study of Pain og Dansk Neurologisk Selskab.
- Ydelsesbeskrivelse for ultralydsvejledt diagnostik og blokade
- Ydelsesbeskrivelse for shockwave-behandling som alternativ til blokader og akupunktur
- Ydelsesbeskrivelse for laserbehandling som alternativ til blokader og akupunktur
- Ydelsesbeskrivelse for gruppebehandling af patienter med kroniske smerter
- Ydelsesbeskrivelse for telemedicinsk konsultation
- Ydelsesbeskrivelse for akupunkturbehandling: Arbejdsgruppen skal herunder beskrive forskellige akupunkturformer omfattet af ydelsesbeskrivelsen. På den baggrund skal arbejdsgruppen vurdere hvorvidt akupunktur fortsat skal være en ydelse i overenskomsten og i givet fald vurdere, hvorvidt ydelsen akupunktur med udgangspunkt i autorisationsloven skal kunne varetages af klinikpersonale i speciallægepraksis og hvilke krav til uddannelse, der skal stilles hertil.

Arbejdsgruppen skal som led i afdækningen af, hvorvidt speciallægepraksis kan aflaste sygehuse i forhold til behandling af patienter optaget på venteliste vurdere relevansen af at formulere en ydelsesbeskrivelse, som giver regionernes centrale visitationer mulighed for at visitere patienter til en samtale hos speciallæge i anæstesi med henblik på behandling i speciallægepraksis.

Der skal endvidere udarbejdes en ydelsesbeskrivelse for telefonkonsultation og e-mail-konsultation med pårørende og samarbejdspartnere.

### **Anæstesiologisk bistand**

- Ændring af anæstesiydelse tilknyttet behandling for kirurgiske indgreb fx næseblødning.
- Ydelsesbeskrivelse for afløsning af operation på baggrund af en klinisk vurdering af patientens egnethed til anæstesi.
- Ydelsesbeskrivelser for anæstesiologisk bistand til kirurgiske indgreb i andre specialer.

Arbejdsgruppen skal desuden beskrive, hvilke krav der skal være opfyldt i forhold til gennemførelse af anæstesi i speciallægepraksis fx i forhold til patientinformation, krav til observation m.v.

### **Kombinationsydelser og valideringer**

Arbejdsgruppen skal gennemgå det nuværende katalog af kombinationsydelser med henblik på at gøre indholdet anvendeligt på tværs af kirurgiske specialer, herunder ørelægeindgreb.

Endvidere skal arbejdsgruppen tage stilling til relevante valideringer for både eksisterende og nye ydelser.

### **Rekvisation**

Arbejdsgruppen skal afklare, hvilke lægemidler der kan rekvireres samt påføre ATC-koder.

### **Strukturelle målsætninger herunder arbejdsdeling**

Arbejdsgruppen skal, såfremt det er relevant, kort beskrive arbejdsfordelingerne for de to hovedområder, smertebehandling og anæstesiologisk bistand mellem

- a) Almen praksis og anæstesiologisk speciallægepraksis, herunder samarbejdet med andre specialer
- b) Sygehuse og anæstesiologisk speciallægepraksis

### **Fortsat behandling/ udvidet henvisning**

Arbejdsgruppen skal drøfte mulighederne for direkte henvisning fra speciallæge i anæstesiologi til andre speciallæger eller øvrige praktiserende behandlere i praksissektoren fx psykologer.

Arbejdsgruppen skal undersøge, om der med baggrund i sundhedsloven er mulighed for, at sygehuse og tværfaglige smerteklinikker kan henvise direkte *til* speciallægepraksis med henblik på fortsat smertebehandling i stedet for, at henvisningen fra sygehus til speciallægepraksis skal gå via egen læge.

Speciallæger, der yder smertebehandling, kan, jf. overenskomstens § 28 stk. 1, henvise direkte til tværfaglig smerteklinik (sygehusambulatorium).



## Kapitel 2 - Resumé

Moderniseringen af anæstesiologisk speciallægepraksis er udarbejdet på baggrund af et kommissorium, der blev godkendt af Moderniseringsudvalget den 17. januar 2019.

Arbejdsgruppen har i overensstemmelse med overenskomst om speciallægehjælp af 1. april 2018 opfyldt betingelserne for faglig modernisering i § 55, stk. 2 ved at udarbejde en modernisering, der fremmer faglig udvikling og kvalitetssikring inden for anæstesiologispecialt. Alle ydelsesbeskrivelser er i den forbindelse gennemgået og ajourførte, så de fremstår entydige og i overensstemmelse med nyeste lægefaglige viden og praksis.

I moderniseringen er der arbejdet ud fra et ønske om, at ydelserne i anæstesiologispecialt skal afspejle det aktuelle behov i sundhedsvæsenet i forhold til dels at yde anæstesiologisk bistand til øre-næse- og halslæger og dels at varetage behandling af smertepatienter, som ikke kan behandles i almen praksis, og som ikke har behov for tværfaglig behandling på sygehusene.

For at imødekomme udviklingen i sundhedsvæsenet med styrkelse af det nære sundhedsvæsen og eventuel udlægning af operationer fra sygehusene, har arbejdsgruppen gjort anæstesi-ydelserne generiske, så de kan tages i anvendelse inden for andre specialer, hvis der ved kommende moderniseringer af fx ortopædkirurgi, kirurgi, oftalmologi og gynækologi findes behov herfor.

Der er i rapporten ikke inddraget ambulante sygehusdata for smertebehandling, da patientgruppen på de tværfaglige smertecentre/klinikker som udgangspunkt ikke er sammenlignelig med patientgruppen i speciallægepraksis. Arbejdsgruppen har spurgt tre smertecentre/klinikker om deres vurdering af, om speciallægepraksis kan aflaste sygehusene i forhold til evt. afviste patienter på sygehusene eller patienter, hvor der ikke vurderes behov for tværfaglig behandling. De tværfaglige smerteklinikker/centre ser ikke et behov for at indgå aftaler med speciallægepraksis herom.

Arbejdsgruppen har udarbejdet faglige beskrivelser for opioidafvænnning og medicinsk behandling af kroniske smertepatienter.

Arbejdsgruppen har i forbindelse med udarbejdelsen af de faglige beskrivelser for smertebehandling ikke fundet behov for at anbefale en udvidelse af limiteringen på 6 konsultationer.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der indføres en ny ydelse for ultralydsdiagnostik ("Diagnostisk Ultralydsundersøgelse"). Det foreslås endvidere at indføre nye ydelser for smertebehandling herunder behandling af smerter med capsaicinplaster og lidocainplaster samt botulinumtoksin. Arbejdsgruppen anbefaler, at speciallæger, der yder smertebehandling, får mulighed for at rekvirere plastrene på regionens regning med henblik på afprøvning af effekt, inden patienterne indkøber præparaterne via enkelttilskudsordningen. Botulinumtoksin kan rekvireres til brug for behandlingen i speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der som led i digitaliseringen af sundhedsvæsenet også gives mulighed for at benytte videokonsultationer i praksis. Arbejdsgruppen anbefaler således, at der indføres en videokonsultationsydelse til patienter, hvor det på grund af fx lang transportafstand

vurderes hensigtsmæssigt. Arbejdsgruppen har via Sundhedsstyrelsen fået afklaret, hvornår videokonsultation ikke er egnet.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen i forbindelse med smertebehandling at lade speciallæger i anæstesiologi henvise direkte til speciallæger i reumatologi i forhold til patienter, som skal udredes for generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Der er endvidere med moderniseringen givet mulighed for, at regionerne kan vælge at aktivere en rammeydelse om ultralydsvejledt nerveblokade i forbindelse med anæstesi.

Afsluttende foreslås det, at enkelte ydelser nedlægges eller revideres, da de enten ikke længere varetages i speciallægepraksis, indgår som en del af andre ydelser eller ikke længere er tidssvarende, som følge af den faglige og teknologisk udvikling. Dette fremgår af kapitel 8.

## Kapitel 3 - Beskrivelse af specialet herunder kapacitet og aktivitet

### Beskrivelse af specialet anæstesiologi

Anæstesiologi har været et selvstændigt speciale siden 1950. Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin (DASAIM) er det videnskabelige selskab, som varetager videre- og efteruddannelse samt kontakt til myndighederne vedrørende fagets udvikling.

Anæstesiologi er opdelt i 4 fagområder, som indgår i speciallægeuddannelsen:

- Anæstesi, herunder præoperativ forberedelse og postoperativ overvågning
- Intensiv terapi, som varetager diagnostik, overvågning og behandling af kritisk syge patienter på særskilte intensivafdelinger
- Præhospitals- og traumebehandling og katastrofemedicinsk intervention
- Smertebehandling – diagnostik og behandling af akutte og kroniske smertetilstande

I speciallægepraksis varetages funktionerne: anæstesi og smertebehandling.

### Anæstesi

På Sundhed.dk er anført, at man på landsplan regner med, at der årligt foretages ca. 400.000 anæstesier i Danmark. Der indberettes data fra 75 % af hospitalerne (inkl. private hospitaler) til Dansk Anæstesi Database (DAD), ca. 240.000/år<sup>1</sup>.

I henhold til Sundhedsstyrelsens Specialevejledning<sup>2</sup> foregår anæstesi i speciallægepraksis på hovedfunktionsniveau.

Anæstesierne i speciallægepraksis ydes i henhold til DASAIMs ”Rekommandation for anæstesi i anæstesiologisk speciallægepraksis” til ASA I og II klassificerede<sup>3</sup>, elektive patienter, som skal have foretaget mindre operationer, hvor der ikke er væsentlig risiko for per- eller postoperative komplikationer.

I speciallægepraksis bliver der udført ca. 40.000 anæstesier om året, hvilket svarer til 10 % af det samlede antal anæstesier, der udføres i Danmark. I speciallægepraksis bedøves næsten udelukkende børn under 10 år. I 2018 blev der udført ca. 16.000 anæstesier til børn i alderen 0-2 år, mens der blev udført ca. 18.000 anæstesier til børn i alderen 3-10 år. Børn under 10 år udgør ca. 90 % af de anæstesier, der udføres i speciallægepraksis. På basis af aldersfordelingen i de indberettede anæstesier til DAD svarer det til, at ca. 50 % af anæstesier til børn under 10 år i Danmark foregår i

---

<sup>1</sup> Dansk Anæstesi Databases årsrapport 2017:

[https://www.sundhed.dk/content/cms/8/4708\\_dad\\_aarsrapport\\_2017\\_rettet.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/8/4708_dad_aarsrapport_2017_rettet.pdf)

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for anæstesiologi. Nov. 2018

<sup>3</sup> <http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2015/06/Rekommandation-for-anæstesi-i-anæstesiologisk-speciallægepraksis-2015.pdf> & [http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/01/ASA-Physical-Status-Classification-System-2014\\_inkl-dansk-oversættelse.pdf](http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2017/01/ASA-Physical-Status-Classification-System-2014_inkl-dansk-oversættelse.pdf)

speciallægepraksis. Der foretages mellem 1.200 og 2.500 anæstesier til børn om året pr. fuldtidspraksis.

### **Aktuelle opgaver i speciallægepraksis**

For tiden ydes der udelukkende anæstesi i øre-, næse- og halslægepraksis.

Anæstesiydelse er opdelt efter tidsforbrug, brug af maske eller intubation og monitoreringsniveau. Ved kortvarig anæstesi til indgreb, som ikke foregår i luftvejene, benyttes maske. Til længerevarende anæstesier og/eller indgreb, som af sikkerhedsmæssige grunde kræver intubation, er der også større monitoreringsbehov. Intubation er nedlæggelse af tube (rør ned i selve luftrøret), eller larynxmaske (rør ned til indgangen af luftrøret).

I øre-næse-halslægepraksis ydes der kortvarige maske-anæstesier til børn til dræn i trommehinden. Dette udgør den helt overvejende andel af anæstesierne, skønsmæssigt 50-60% af det totale antal anæstesier. Det kan f.eks. også være behandling for næseblødning eller gennemskæring af trommehinden.

De længerevarende anæstesier med intubation benyttes til f.eks. fjernelse af polypper i næsesvælget (anæstesi op til 30 min. med intubation) skønsmæssigt ca. 15-20 % af det totale antal anæstesier. Det kan f.eks. også være fjernelse af fremmedlegeme eller fjernelse af tumor i øre/næse/mund/svælg. Anæstesier mellem 30 og 60 min. med intubation er typisk hel eller delvis fjernelse af halsmandler, reparation af trommehinde, skønsmæssigt 6-8 % af det totale antal anæstesier. Langt de fleste længerevarende anæstesier med intubation (61-120 min. og mere end 120 min) ydes til voksne. Det drejer sig fortrinsvis om anæstesi til operation på næseskillevæg, bihulekirurgi og ørekirurgi.

Alle ydelser, som øre-, næse- og halslæger udfører i anæstesi, er tilknyttet en bestemt anæstesiydelse, jf. Bilag i overenskomstens specielle del, kap. 2, Anæstesiologi med gruppering af diverse ørelægeindgreb, hvortil der alene kan rekvireres anæstesiydelse 3021 – 3025. På baggrund af moderniseringen af øre-, næse- og halsspecialet er dette bilag konsekvensrettet og vedlagt som bilag 2 i denne modernisering.

### **Patientsikkerhed**

Anæstesiologen har ansvar for at sikre, at relevant udstyr til anæstesi, overvågning og håndtering af akutte tilstande i forbindelse med anæstesi/opvågning er til stede på operationsdagen. Det er desuden anæstesiologens ansvar at sikre sig funktionsdygtighed og servicering af udstyr samt sikring af, at utensilier og medicin ikke har overskredet eventuelle holdbarhedsdatoer.

Anæstesiologen følger til enhver tid gældende love, regler, retningslinjer, rekommandationer og målepunkter vedrørende patientbehandling og anæstesi/opvågning.

### **Forventet udvikling af opgaver**

Set i lyset af udviklingen på sygehusområdet med nedlæggelse af mindre enheder og koncentring af patienter og behandling på større enheder (supersygehuse), kan en mulig konsekvens heraf blive, at flere operationer fra andre specialer end øre-, næse- og halsspecialet udlægges til speciallægepraksis.

I forbindelse med moderniseringen er ydelsesbeskrivelserne for anæstesi derfor gjort generiske og kan umiddelbart appliceres til brug ved indgreb i anæstesi eller sedation i andre specialer, hvis der findes behov herfor. Dette kan være til mindre indgreb med ringe risiko for blødninger eller andre komplikationer, eller indgreb som ikke kan foregå i lokalbedøvelse, fordi patienten ikke kan medvirke til det, f.eks. børn.

### **Krav til anæstesi i speciallægepraksis**

For at yde anæstesi i speciallægepraksis skal det apparatur og de utensilier, der er nødvendige i forhold til ydelserne, umiddelbart være tilgængelige og de fysiske forhold i den klinik, hvor der ydes anæstesi, skal ligeledes være forenelige med ydelsen.

Det er anæstesiologens ansvar at sørge for tilstedeværelsen af specifikt udstyr til anæstesi, opvågning og nødprocedurer relateret til anæstesi/opvågning. Det er opererende klinik, som sikrer pladsforhold, operationslejer, opvågningslejer, udsugning til anæstesigasser og sug. Bestilling af ilt, atmosfærisk luft og lattergas varetages af anæstesiolog eller opererende klinik efter aftale.

Det er anæstesiologens ansvar at sikre sig, at beholdningen af gasser er tilstrækkelig.

Følgende apparatur og utensilier skal forefindes i praksis:

- Anæstesiapparatur (luftdoseringssystem, anæstesigasfordamper og/eller infusionspumpe til intravenøse anæstesimidler (midler som gives gennem drop), slanger til tilførsel til patient.
- Apparatur til overvågning under og efter operationen (puls, pulsoximetri, kapnografi, EKG, blodtryk, nervestimulatur (TOF))
- Intubationsudstyr, inkl. videolaryngoskop (Laryngoskop, stilet, Macgill tang)
- Nødprocedureapparatur, inkl. hjertestarter og –utensilier bl.a. tracheotomisæt, intraossøse kanyler, 2.generations larynxmasker
- Masker
- Tuber og larynxmasker
- Tungeholdere
- Iltkatre
- Utensilier til intravenøs adgang og indgift (venflons, venflonplaster, sprøjter, infusionsæt, kanyler, ensretterventiler)
- Medicin til anæstesi og akutte tilstande
- Ultralydsscanner ved indførelse af ydelse for supplerende nerveblokade i forbindelse med anæstesi.

Fysiske forhold i den klinik, hvor operationen og opvågningen foregår:

- Operationsleje.
- Tilstrækkelig plads omkring lejet til både kirurg og anæstesiolog
- Ilt
- Evt. N<sub>2</sub>O (lattergas)
- Atmosfærisk luft
- Sug
- Udsugning til anæstesigasser
- Plads til opvågningsleje(r)

### **Gennemgang af anæstesiforløb/sedationsforløb**

Når patienten ses af kirurgen til forundersøgelse, hvor der træffes beslutning om operation, laver kirurgen ved hjælp af udspørgen af patient/forældre/værge en screening af, om patienten er egnet til anæstesi/sedation i speciallægepraksis, dvs. ASA I eller II, ingen akut sygdom eller andre forhold, som kan kontraindicere anæstesi i speciallægepraksis. Patient/forældre/værge informeres af kirurgen og kirurgens personale om både operation og anæstesi/sedation, herunder fasteregler, og patient/forældre/værge medgives skriftlig information om forløb, operation, anæstesi/sedation, fasteregler, postoperativ smertebehandling og forholdsregler i forbindelse med postoperative komplikationer. Det er anæstesiologen, der udfærdiger den skriftlige patientinformation om generel anæstesi. Den skriftlige information vedrørende generel anæstesi udleveres i øre-, næse- og halsklinikken, med mindre andet er aftalt mellem anæstesiologen og øre-, næse- og halslægen. Om nødvendigt sker denne konsultation og information via tolk.

På operationsdagen sikrer anæstesiologen, at der er givet informeret samtykke til anæstesi/sedation, at patientens sygehistorie, aktuelle tilstand og objektive kliniske tilstand ikke kontraindicerer anæstesi/sedation samt at fasteregler er overholdt.

Anæstesien/sedationen foretages af anæstesilægen. Der benyttes lufttilførsel via maske/iltkateter og eventuelt efterfølgende via rør i eller foran luftrøret, og patienten monitoreres afhængig af anæstesitype. Der skal være adgang til relevant apparatur og utensilier til nødprocedurer.

Når der lægges rør i luftvejene benyttes tube (rør, der går ned i selve luftrøret) eller larynxmaske (LM) (rør, der lægges ned i halsen og dækker indgangen til luftrøret). Det er speciallægen i anæstesiologi, der i den aktuelle situation vurderer, om det er den ene eller den anden type rør, der benyttes, afhængig af operationstype, patient etc.

Monitorering består af følgende dele: Klinisk observation, måling af puls, iltindhold i blodet (pulsoxymetri), kultveilt i udåndingsluft (kapnografi/-metri), hjerterytmeurve (EKG) og blodtryksmåling med manchete (non-invasiv blodtryksmåling).

Hvilken medicin, der benyttes til anæstesi/sedation, er en vurdering, som anæstesilægen foretager i det enkelte tilfælde, dog foregår maskeanæstesi altid med anæstesigas. Sedation, som kræver

tilstedeværelse af anæstesiolog, er sedation, hvor der benyttes lægemidler, hvortil der ikke findes antidoter (modgift) (f.eks. propofol eller kombinationer med propofol) eller sedation, som er udover moderat sedation. Under moderat sedation skal patienten konstant kunne kontaktes ved tiltale eller berøring, ellers er der for praktiske formål tale om universel anæstesi.<sup>4</sup>

Efter operationen afsluttes anæstesien/sedationen, og opvågningen starter. Hvis der er rør i luftvejene, fjernes dette. Når patienten har sikre, frie luftveje og ikke længere er i dyb anæstesi/sedation, kan patienten flyttes til opvågningsstue, hvor pårørende har mulighed for at være til stede, når patienten bliver bevidst. Overvågning sker med klinisk observation og måling af puls og iltmætning i blodet (pulsoximetri). Der suppleres med blodtryksmåling, hvis der har været anvendt anæstesimidler i kombination med smertestillende midler, som bevirker blodtryksfald. Overvågning på opvågningsstuen er anæstesiologens ansvar men kan i den sidste del eventuelt varetages af klinikpersonale efter anæstesiologens instruks og med mulighed for umiddelbar tilkaldelse af anæstesiologen.

Når patienten er vågen, klar, relevant samt cirkulatorisk og respiratorisk stabil, kan patienten hjemsendes. Patienten/forældre/værge informeres af kirurgen om forholdsregler ved postoperativ blødning eller andre postoperative komplikationer samt om smertebehandling.

## **Smertebehandling**

Smerte er det symptom, der hyppigst fører patienter til læge. I de fleste tilfælde er smerte et forbigående symptom, men hos en gruppe patienter udvikler smerterne sig til en kronisk tilstand. En befolkningsundersøgelse fra 2012 (Kurita, G.P.) viser, at 25 % af den danske befolkning over 16 år lever med kroniske smerter. Smerter inddeles efter varighed i akutte smerter og kroniske smerter.

## **Organisering af smertebehandlingen**

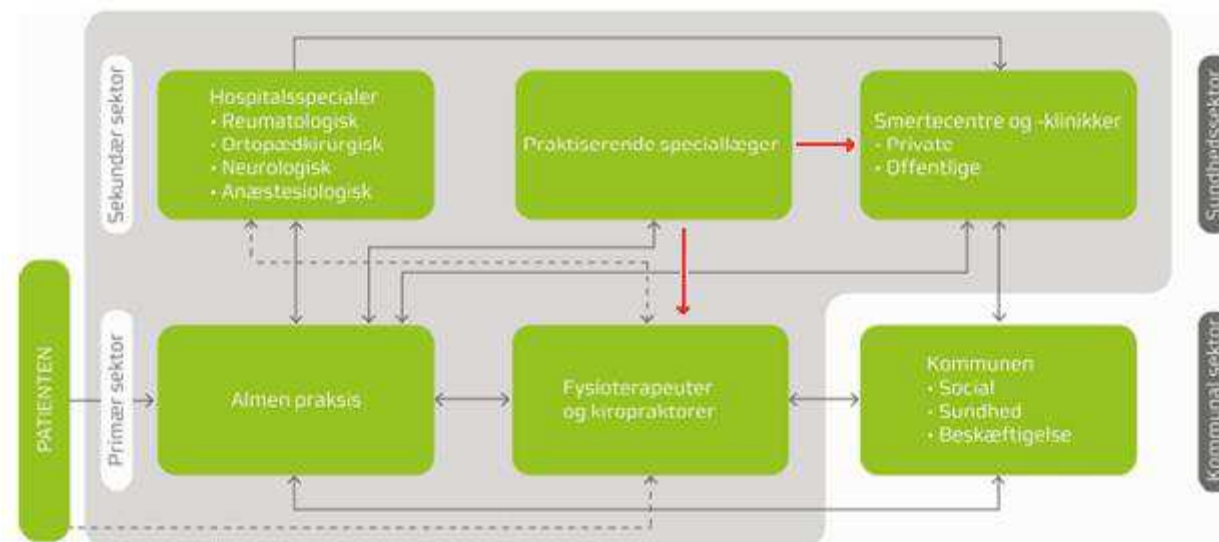
I Sundhedsstyrelsens specialevejledning for anæstesiologi (juni 2018) fremgår, at behandlingen af simple og komplekse kroniske non-maligne smerter primært varetages i almen praksis og speciallægepraksis. Patienter med komplekse non-maligne smertetilstande skal henvises til tværfaglig smertebehandling, når smertetilstanden er af mere end seks måneders varighed, og (1) monofaglig terapi ikke har haft effekt, og (2) patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, og (3) der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og hverdagsliv, og (4) de kroniske smerter har udløst sociale og psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

Den nuværende organisering kan beskrives som en 'seriel samarbejdsmodel', forstået som en række udrednings- og behandlingsopgaver, struktureret i serielle forløb på tværs af fagdiscipliner og sektorer. De indledende vurderinger, den primære behandling og tovholderfunktionen er placeret i almen praksis. Øvrige centrale sundhedsprofessionelle aktører er praktiserende speciallæger og andre praktiserende specialiserede behandlere, sygehusspecialer samt smertecentre og

---

<sup>4</sup> <http://www.dasaim.dk/wp-content/uploads/2016/03/Sedation-uden-anæstesiologisk-personale.pdf>

smerteklinikker.



Note til figur: Fra Smerter - en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter ©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2014. Figuren er redigeret, og der er tilføjet en pil fra Praktiserende speciallæger til Smertecentre og -klinikker, samt en pil fra praktiserende speciallæger til fysioterapeuter.

### Smertebehandling i speciallægepraksis

I anæstesiologisk speciallægepraksis tilbydes monofaglig behandling af patienter med akutte smerter og simple kroniske non-maligne smerter efter henvisning fra egen læge. Der tilbydes desuden behandling af patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter og maligne smerter i tilfælde, hvor der ikke er indikation for behandling på henholdsvis tværfagligt smertecenter eller palliativ enhed.

I hvilke tilfælde den praktiserende læge finder indikation for at henvise en patient med smerter til en praktiserende anæstesiolog, afhænger af den praktiserende læges erfaringer, lægefaglige skøn samt øvrige lokalt tilgængelige henvisnings- og behandlingsmuligheder herunder mulighederne for henvisning til smertebehandling i sekundærsektoren.

### Beskrivelse af arbejdsgang

Efter modtagelse af henvisning visiteres og indkaldes patienten på baggrund af oplysningerne i henvisningen.

Behandling forudgås af en vurdering af patientens smertetilstand (smerteanalyse) som kan indeholde:

- Beskrivelse af henvisningsårsagen
- Årsag (f.eks. ulykke, operation, kræftsygdom, degenerativ sygdom, nervesygdom).
- Tidligere smertebehandlinger
- Smertelokalisation og -intensitet



- Smertekvalitet
- Tidsaspekt (konstante, periodiske, aktivitets- eller belastningsudløste)
- Provokerende og lindrende faktorer
- Konsekvenser for daglig aktivitet og nattesøvn
- Kognitive symptomer
- Psykosociale problemer (f.eks. depression, angst, misbrug, sygemelding)
- Aktuel og tidligere medicinering
- Objektiv undersøgelse (fokus på sensibiliseringsforstyrrelser)

Der foretages ajourføring af FMK, og patienten informeres om, at receptudstedelse på smertestillende medicin fremover varetages af speciallægen, så længe patienten er tilknyttet klinikken.

Der foretages eventuelt gennemgang af patientens e-journal og indhentes eventuelt supplerende oplysninger fra egen læge.

Ved smertevurderingen vurderes, om der er indikation for supplerende udredning i form af laboratorieprøver, billeddiagnostiske undersøgelser, vurdering på sygehus eller vurdering ved anden speciallæge. Speciallægen sender de nødvendige rekvisitioner og henvisninger, alternativt sendes anbefaling til egen læge om den videre udredning.

På baggrund af smerteanalysen vurderes, om tilstanden er akut eller kronisk, simpel eller kompleks samt om det drejer sig om nociceptive eller neuropatiske smerter. Der stilles en smertediagnose. Patienten informeres om tilstanden, og i samarbejde med patienten udarbejdes en behandlingsplan.

Det monofaglige smertebehandlingsforløb i speciallægepraksis kan herefter afhængig af den specifikke smertediagnose indeholde et eller flere af følgende elementer:

- Afprøvning og indstilling af medicinsk behandling
- Ultralydsundersøgelse
- Blokader
- Manipulationsbehandling.
- Afprøvning af akupunktur med eller uden transcutan nervestimulation (TNS)
- Capsaicin- og lidokainplasterbehandling eventuelt botoxbehandling
- Aftrapning af opioider (morfinpræparater)

Behandlingsplanen kan yderligere omfatte instruktion i øvelser, fysisk aktivitet og aktivitetsregulering, henvisning til tværfaglig smertebehandling, henvisning til neurostimulationsbehandling samt henvisning til fysioterapi.

Kommissoriet nævner det forhold, at arbejdsgruppen skal se på mulige løsninger for at håndtere situationer, hvor patienter, som er i et igangværende smertebehandlingsforløb, får smerter i et andet anatomisk område, og hvor der er et væsentligt overlap i optagelse af anamnese og smerteanalyse m.v. i forhold til det igangværende forløb. Den praktiserende læge foretager den indledende

vurdering/udredning af patienten, inden denne henvises til henholdsvis praktiserende speciallæge, sygehus eller andet regi med henblik på nærmere undersøgelse og behandling af patienten. Hvis patienten i et igangværende smertebehandlingsforløb i speciallægepraksis får smerter i et andet anatomisk område, som vedrører den samme problemstilling, behandles patienten inden for samme henvisning.

Bringer patienten derimod en ny problemstilling op i et igangværende forløb, som den alment praktiserende læge ikke har henvist patienten for, indhenter patienten en ny henvisning fra den alment praktiserende læge, med mindre at den alment praktiserende læge som gatekeeper selv kan behandle problemstillingen.

Det forventes, at der i en 1. konsultation ydes tilstrækkelig forståelse for, at flere problemstillinger varetages, når patienten er mødt jf. § 40 stk. 9 i overenskomsten.

Når behandlingen er afsluttet, sendes epikrisen til egen læge. FMK ajourføres, og patienten informeres om, at receptudstedelse på smertestillende medicin fremover varetages af egen læge.

### **Beskrivelse af akupunkturbehandling**

Akupunktur anvendes i stigende grad ved behandling af smerter. Randomiserede undersøgelser, reviews og metaanalyser har vist, at akupunktur har effekt ved en række smertetilstande. I speciallægepraksis anvendes afprøvning af akupunktur hos patienter, hvor medicinsk behandling ikke har haft effekt, eller hvor patienten ikke ønsker medicinsk behandling. Desuden kan akupunkturbehandling afprøves som alternativ til behandling med opioider. Effekten af akupunktur kan søges optimeret ved anvendelse af transkutan nervestimulation (TNS). Dette kan afprøves i forbindelse med indstilling af smertebehandlingen for den enkelte patient. Hvis akupunktur har effekt på smertetilstanden, og der er behov for fortsat behandling, vejleder speciallægen patienten om at søge akupunkturbehandling hos anden godkendt behandler.

Akupunkturuddannelse for læger tilbydes i Danmark bl.a. af Dansk Selskab for Evidensbaseret Akupunktur (DSEA) og Dansk Medicinsk Akupunktur Selskab (DMAS). Der er også mulighed for uddannelse adskillige steder i udlandet.

For at anvende akupunktur skal speciallægen have gennemført uddannelse i akupunktur, som efterfølgende godkendes af Dansk Anæstesiologisk Organisation (DAO). Efter DAO godkendt uddannelse skal dokumentation sendes til regionen, hvorefter ydelsen kan tages i brug af speciallægen

Klinikpersonale skal for at udføre akupunkturbehandlingen ligeledes have gennemgået uddannelse i akupunktur godkendt af DAO. De kan enten gennemgå den samme uddannelse som speciallægen eller have gennemført uddannelse på skoler, som kan optages under RAB (registrerede alternative behandlere), og som lever op til Styrelsen for Patientsikkerheds retningslinjer.

Der findes forskellige akupunkturformer. Som hovedregel inddeles i:

1. triggerpunktsakupunktur

2. klassisk/medicinsk akupunktur
3. øreakupunktur.

Der findes flere underinddelinger og metoder, men de ovennævnte er de mest benyttede.

Triggerpunktsakupunktur er akupunktur, som gives i velkendte triggerpunkter, der ofte er sammenfaldende med specifikke akupunkturpunkter. Triggerpunkter er desuden karakteriseret ved, at der ofte er specifik og veldefineret smerteudstråling, som gør, at smerter udgående fra triggerpunkter kan forveksles med smerter fra andre lidelser i led, muskler, sener og slimsække.

Medicinsk akupunktur er akupunktur, som er tilpasset nutidig viden om diagnostik, patologi og neurofysiologiske forklaringsmodeller. Trods teoretiske forskelle mellem klassisk og medicinsk akupunktur, er der i praksis mange ligheder – eksempelvis anvendes akupunkturpunkterne, som er kendt fra den klassiske akupunktur også i medicinsk akupunktur, selvom den bagvedliggende teori er en anden.

Øreakupunktur baseres på en teori om, at samtlige strukturer i kroppen har deres specifikke lokalisation i/på øret (ydre øre). I praksis har det vist sig, at en specifik del af øreakupunktur, kaldet NADA (National Acupuncture Detoxification Association, som har beskrevet en protokol for denne type øreakupunktur) er virksom i forbindelse med afhjælpning af abstinenssymptomer, stress, angst og søvnforstyrrelser samt mindsker trang (til stoffer) i forbindelse med nedtrapning/aftrapning af afhængighedsskabende stoffer (medicin, alkohol).

Eksempler på hyppige tilstande, som kan behandles med akupunktur: Slidgigt (arthrose), muskelspændingssmerter, migræne, rygsmerter, senebetændelse (tendinit), slimsækirritation (bursit), fantomsmerter. NADA kan benyttes i forbindelse med medicinaftrapning.

#### *Anvendelse af akupunktur i speciallægepraksis*

Første gang, der udføres akupunktur på en patient, udføres akupunkturen altid af speciallægen. Akupunkturen kan efter 1. behandling udføres af klinikpersonale efter speciallægens ordination og delegation. Uddelegering til klinikpersonale forudsætter, at klinikpersonalet er uddannet hertil jf. krav til uddannelse side 18. Nålesætning på brystkassen (thorax), hvor der kan være risiko for at ramme og punktere lungen, udføres dog altid af speciallægen.

#### **Faglig beskrivelse for aftrapning af opioider**

I anæstesiologisk speciallægepraksis foretages monofaglig behandling med aftrapning af opioider, når speciallægen vurderer, at der er indikation for dette, og når forudsætningerne for aftrapning er opfyldte, jvf. nedenstående.

Der kan være tale om:

1. Patienter, der er specifikt henvist til aftrapning af opioider, fordi det ikke har været muligt at gennemføre aftrapningen i almen praksis, eller fordi den alment praktiserende læge af andre årsager

vurderer det hensigtsmæssigt, at aftrapning af opioider varetages i speciallægepraksis. Når det er relevant, kan patienten afsluttes til almen praksis med henblik på, at opioidbehandlingen kan fortsætte i almen praksis.

2. Patienter henvist til smertebehandling, hvor speciallægen vurderer, at der som led i smertebehandlingen er indikation for aftrapning af opioider.

Patienter med komplekse, kroniske non-maligne smerter henvises til et tværfagligt smertecenter, når der er indikation for dette. Patienter med maligne smerter henvises til palliativ enhed, når der er indikation for dette.

Den faglige beskrivelse af opioidaftrapningen bygger på Sundhedsstyrelsens rekommandationer herunder artikel i månedsbladet Rationel Farmakoterapi om aftrapning af opioider, januar 2019.<sup>5</sup>

#### *Indikationer for aftrapning*

- Patienten ønsker at trappe ned
- Manglende effekt af behandlingen på funktionsniveau eller smerter
- Alvorlige bivirkninger
- Manglende overholdelse af behandlingsplanen
- Tegn på misbrug
- Hurtig toleransudvikling
- Påvirkning af kroppens hormonproduktion

#### *Forudsætninger for aftrapning*

- Stabil behandling med langtidsvirkende opioider.
- Inden aftrapning påbegyndes, skal anden farmakologisk nonopioid behandling (paracetamol, evt. NSAID i en kortere periode, sekundære analgetika ved neuropatiske smertetilstande)) være optimeret.
- En eventuelt komplicerende depression og/eller angsttilstand skal være behandlet/under kontrol. Hvis dette ikke er tilfældet, anmodes egen læge om at tilse at nødvendig behandling iværksættes.

#### *Behandlingsplan*

Når patienten er klar, og støtteforanstaltningerne er til stede, kan selve aftrapningen planlægges.

Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med afhængighedsskabende lægemidler<sup>6</sup> kræver, at der udarbejdes en behandlingsplan, som skal journalføres. Af denne plan bør det tydeligt fremgå,

---

<sup>5</sup> <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedsbldet/2019/rationel-farmakoterapi-1.-2019/aftrapning-af-opioider>

<sup>6</sup> <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=160914>

hvilken aftale om aftrapning der er aftalt med patienten. Når det er relevant, kan patienten afsluttes til egen læge.

#### *Abstinensforebyggelse*

Abstinensforebyggelse bør overvejes allerede ved påbegyndelse af aftrapningen, hvis patienten tidligere har oplevet gennembrudsabstinenssymptomer eller abstinenssymptomer, hvis en dosis glemmes. Der anvendes clonidin (Dixarit) 25 mikrogram x 3 som evt. øges til 50 mikrogram x 3.

#### *Aftrapning*

- Påbegyndes med en dosisreduktion på 5-10 %. Patienten opstartes med mindst mulig dosisreduktion for at observere patientens reaktion, smerteforværring og graden af abstinenssymptomer.
- Patienten vurderes efter nogle dage. Sædvanligvis topper abstinenssymptomerne efter 3-4 dage og aftager herefter i løbet af en uges tid, men kan hos nogle vare op til 2-3 uger. Der må ikke foretages yderligere dosisreduktion, før alle abstinenssymptomer har fortaget sig. Hvis abstinenssymptomerne var svære, skal næste dosisreduktion være endnu mindre
- Aftrapningen bør foregå langsomt og under hensyntagen til behandlingsvarigheden. Hvis patienten har været i behandling i mere end to år, kan dosisreduktionerne ske hver eller hver 2. måned.
- Nogle patienter oplever god effekt af opioider på smerter og funktionsniveau. Hvis en aftrapning medfører, at funktionsniveauet falder, bør genoptagelse af opioidbehandling overvejes under afvejning af effekt og bivirkninger.
- Hvis patienten er i behandling med afføringsmiddel mod opioidinduceret forstoppelse, skal denne behandling gradvist reduceres under aftrapningen.

#### *Særlige forhold ved bestemte opioider*

Depotoxycodon og fentanylplaster kan være vanskeligere at trappe ud af, fordi dosisspringene er højere end for fx depotmorfin. Hvis aftrapning af de laveste doser af depotoxycodon og fentanylplaster medfører for svære abstinenser, kan behandlingen omlægges til depotmorfin, og aftrapningen fortsættes med depotmorfin efter et par uger. Hvis dosisspringene ved depotmorfin bliver for store, kan behandlingen omlægges til tablet eller mikstur metadon.

#### *Støtte under aftrapning*

Den psykiske støtte undervejs i processen er vigtig og kræver tæt kontakt. Hvis abstinenssymptomerne er svære til trods for mindst mulig dosisreduktion og anvendelse af clonidin, kan overvejes at supplere med øreakupunktur i form af anbefalingerne fra National Acupuncture Detoxification Association (NADA).

#### **Faglig beskrivelse for behandling med opioider ved kroniske non-maligne smerter**

I anæstesiologisk speciallægepraksis foretages monofaglig behandling med opioider (morfinlignende medicin), når det ikke har været muligt at gennemføre behandlingen i almen

praksis. Behandling med opioider foretages ligeledes, når speciallægen vurderer, at der er indikation for dette som led i et smertebehandlingsforløb.

Patienter med komplekse, kroniske non-maligne smerter henvises til et tværfagligt smertecenter, når der er indikation for dette. Patienter med maligne smerter henvises til palliativ enhed, når der er indikation for dette.

Den faglige beskrivelse er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens ”National klinisk retningslinje om opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter.”<sup>7</sup>

Desuden har arbejdsgruppen på baggrund af dialog med Sundhedsstyrelsen afklaret, om videokonsultation vil kunne erstatte personligt fremmøde ved receptfornyelse af afhængighedsskabende lægemidler. Sundhedsstyrelsen vurderer på baggrund af ”Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler”<sup>8</sup>, at der som udgangspunkt ikke kan foretages receptfornyelse af afhængighedsskabende lægemidler på baggrund af videokonsultationer. Sundhedsstyrelsen vurderer endvidere, at der i helt særlige tilfælde, hvor der er stærke faglige grunde for receptfornyelse af et afhængighedsskabende lægemiddel før en fysisk vurdering er mulig, kan der evt. ske receptfornyelse på baggrund af en videokonsultation. Sundhedsstyrelsen anfører, at disse meget begrænsede undtagelsestilfælde altid skal journalføres (jf. Sundhedsstyrelsens udtalelse, bilag 3)

#### *Indikationer*

Neuropatiske eller nociceptive smerter, hvor andre farmakologiske og ikke-farmakologiske behandlingsmuligheder har være afprøvet og fundet utilstrækkelige eller ikke-indicerede til langvarig behandling fx på grund af en uhensigtsmæssig bivirkningsprofil eller utilstrækkelig effekt.

#### *Overvejelser inden påbegyndelse af behandling med opioider*

Hvis patienten har en aktuelt psykiatrisk sygdom eller et aktuelt alkohol- eller stofmisbrug, bør dette være under kontrol, inden behandling med opioider overvejes.

På grund af en potentiel øget risiko for psykisk afhængighed hos patienter med psykiatriske sygdomme, skal der udvises særlig opmærksom på denne komplikation til opioidbehandlingen, og patienten bør udspørges om risikofaktorer for psykisk afhængighed af opioider:

- Tidligere oplevelse af eufori ved indtagelse af opioid (»suset«)
- Ung alder
- Aktuelt eller tidligere misbrug af alkohol, tobak eller lignende stoffer
- Misbrug i familien

<sup>7</sup> <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~~/media/1DC940E1B0C94614B5C15782D6869975.ashx>

<sup>8</sup> <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=160914>

- Lavt uddannelsesniveau
- Angst eller depression
- Høj smertescore
- Mange smertelokalisationer
- Lavt funktionsniveau
- Høje opioiddoser
- Samtidigt forbrug af benzodiazepiner
- Selvrapporeret trang

### *Behandlingsplan*

Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med afhængighedsskabende lægemidler<sup>9</sup> kræver, at der udarbejdes en behandlingsplan, som skal journalføres. Behandlingsplanen skal omfatte:

- Forventede behandlingsvarighed
- Mål for behandlingen (se herunder)
- Planlagt opfølgning.

Ved opfølgning af igangværende behandling skal behandlingsplanen revurderes, og eventuelle ændringer aftales og journalføres.

### *Mål for behandlingen*

- Der skal altid fastlægges et konkret mål for behandlingen, som ud over smertelindring hos den kroniske smertepatient bør omfatte en funktionsforbedring.
- Patienten skal informeres om, at såfremt dette mål ikke opnås inden for de første uger til måneder, skal behandlingen seponeres.

### *Information om bivirkninger og risici*

- Patienten skal informeres om bivirkninger og risici i forbindelse med behandling med afhængighedsskabende lægemidler som opioider. Herunder skal patienten informeres om, at der opstår fysisk afhængighed allerede efter kort behandlingsvarighed (dage til få uger), og at den fysiske afhængighed medfører abstinenssymptomer, som kan være voldsomme, hvis behandlingen seponeres for brat. Patienten skal endvidere oplyses om risikoen for psykisk afhængighed og informeres om tegn og symptomer herpå. Disse består af en oplevelse af udtalt velbehag (»suset«), især efter indtagelse af hurtigtvirkende dispenseringsformer som injektioner og stikpiller og hurtigtvirkende tabletter. Endvidere en oplevelse af trang til at indtage medicinen; en trang som kan være vanskelig at modstå. Andre tegn kan være, at det er meget svært at reducere dosis, selvom man egentlig gerne vil.

<sup>9</sup> <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=160914>

### *Information om bilkørsel*

- Patienten skal informeres om, at bilkørsel skal undgås i titreringsfasen, og indtil lægen siger god for, at bilkørsel kan genoptages

### *Information om receptfornyelse*

- Patienten skal informeres om, at receptfornyelse som hovedregel kræver personligt fremmøde.
- I enkelte tilfælde, hvor en patient er i et stabilt, og længerevarende behandlingsforløb, kan det efter en individuel vurdering undtagelsesvist besluttes, at personligt fremmøde ikke er nødvendigt ved hver receptfornyelse, men fx hver anden eller tredje måned, dog mindst en gang hvert halve år. Opfølgingsintervallet skal fremgå af behandlingsplanen. Ved behov for receptfornyelse mellem konsultationerne i de ovenfor skitserede tilfælde, kan lægen, efter individuel vurdering, evt. gøre dette pr. telefon<sup>10</sup>.

### *Behandling*

- Der stiles mod en døgndækkende og sammenhængende behandling uden smertegennembrud og uden gennembrudsabstinenser inden den næste dosering ved behandling med depotformuleringer uden brug af opioider efter behov.
- For at minimere risiko for overdosering indledes altid med mindst mulige dosis af depotpræparatet fordelt på to lige store doser med 12-timersinterval.
- Ved den næste konsultation inden for den første uge vurderes effekten af den givne dosis, og dosis justeres om nødvendigt.
- Over de næste uger fortsættes justeringen af depotbehandlingen ved hyppige (ugentlige) kontakter.
- Hvis der optræder sedation efter indtagelse af enkeltdosis og/eller smertegennembrud før næste doseringstidspunkt, kan døgndosis deles på tre doser i stedet for to.
- Ved utilstrækkelig effekt, og så længe der ikke er bivirkninger, kan dosis evt. øges op til 100 mg morfin i døgnet. Højere doser er sjældent indiceret.
- Manglende smertelindring, efter optitrering til høje doser opioid, tyder på, at smerterne ikke er opioidfølsomme, og der vil ikke være indikation for at afprøve et andet opioid.
- Hvis der optræder uacceptable bivirkninger, men der ses god smertelindrende effekt af opioidet, kan der være indikation for at skifte til et andet opioid.
- Ved samtidig behandling med paracetamol bør det undersøges, hvorvidt paracetamol bidrager til den samlede smertelindring. Dette gøres ved, at patienten holder pause med paracetamol i en eller to uger. Hvis smerterne ikke forværres, kan paracetamol undværes – er smerterne forværret, kan paracetamol genoptages.

---

<sup>10</sup> Vejledning om afhængighedsskabende lægemidler afsnit 2.2.2. in fine.  
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=200176>



### *Forebyggende behandling mod forstoppelse*

Forslag til mulige behandlinger:

- Bicosadyl (begynd med 5 mg til natten)
- Natriumpicosulfat (begynd med 5 mg til natten)
- Magnesiumoxid (Magnesia, 500-1.000 mg dagligt)
- Movicol-pulver, 1-2 enkeltdosisbeholdere dagligt)

### *Følg tæt op og øg dosis, hvis afføringen er for træg*

For at få effekt af Magnesia skal patienten indtage tilstrækkelig væske (som tommelfingerregel mindst 2.000-2.500 ml i døgnet). Brug af Magnesia kræver ekstra forsigtighed, særligt hos ældre patienter, som får flere forskellige lægemidler, idet Magnesia kan påvirke optagelsen af en række andre lægemidler og er kontraindiceret ved GFR < 30 ml/min.

Det kan forsøges at kombinere præparater med forskellige virkningsmekanismer, fx et osmotisk og et peristaltikfremmende laksantium, såfremt monoterapi ikke har tilstrækkelig effekt. Magnesia og bicosadyl/picosulfat bør gives forskudt; det ene præparat om aftenen, det andet om morgenen.

### *Omlægning til et andet opioid*

Toleransudvikling overfor smerter og bivirkninger sker ikke tidsmæssig parallelt. Desuden kan effekten på smerterne samt udvikling af bivirkninger variere fra et opioid til at andet opioid hos den enkelte patient.

Omlægning til et andet opioid (opioidrotation) kan være indiceret ved invaliderende smerter, uacceptable bivirkninger og/eller omlægning til en anden administrationsmåde, f.eks. fra peroral indgift til transdermal administration eller som led i dosisreduktion af opioidbehandlingen.

Ved beregning af den nye dosis opioid anvendes omregningstabel for opioider. Den beregnede dosis af det nye opioid reduceres med 25-50 % for at undgå overdosering. Hvis indikationen for opioid rotation er uacceptable smerter, kan man i nogle tilfælde give den beregnede dosis uden reduktion.

Følgende retningslinje kan anvendes, hvis indikationen for opioidrotation er dosisreduktion:

Reducer dosis af det aktuelle opioid med 10-30 % og start med det nye opioid med mindst mulige totale daglige dosis for det pågældende præparat. Reducer dosis af det aktuelle opioid med 10-25 % om ugen under samtidig optrapning af det nye opioid med 10-20 %. Omlægningen foretages over 3-4 uger.

### *Aftrapning af opioider*

Se faglig beskrivelse om aftrapning af opioider.

### **Faglig beskrivelse for medicinsk behandling af neuropatiske smerter**

Neuropatiske smerter defineres som smerter, der er forårsaget af en skade eller sygdom, som afficerer det nervesystemet. Effekten af systemiske lægemiddelbehandlinger er generelt ikke afhængig af baggrunden for den underliggende sygdom.

Dette gælder dog ikke for trigeminusneuralgi som behandles efter andre behandlingsrutiner og derfor ikke er omfattet af denne beskrivelse. Den faglige beskrivelse er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for valg af lægemidler til behandling af perifere neuropatiske smerter.<sup>11</sup>

Inddeling af neuropatiske smerter:

Centrale neuropatiske smerter: Skader på rygmarv eller hjerne som følge af fx:

- Blødning eller blodprop i hjernen
- Multipel sklerose
- Rygmarvsskade
- Betændelsestilstande i rygmarv eller hjerne

Perifere neuropatiske smerter: Skader på nerver uden for hjerne eller rygmarv som følge af fx:

- Postoperative neuropatiske smerter og fantom- og stumpsmerter efter amputation
- Nervesmerter efter helvedesild
- Smertefuld radikulopati
- Karpaltunnelsyndrom
- Polyneuropati ved sukkersyge eller alkoholmisbrug

*Neuropatiske smerter kan også inddeles ud fra ætiologien:*

- Traume/ kirurgi
- Iskæmi/hæmoragi
- Inflammation
- Neurotoksitet
- Neurodegeneration
- Paraneoplastisk syndrom
- Metabolisk syndrom
- Vitaminmangel
- Cancer

*Afgrænsning af patientgruppen*

I anæstesiologisk speciallægepraksis foretages monofaglig behandling af patienter med neuropatiske smerter, når det ikke har været muligt at gennemføre behandlingen i almen praksis

---

<sup>11</sup> <https://sst.dk/da/Nyheder/2018/IRF-i-SST-udgiver-nye-anbefalinger-for-valg-af-laegemidler-til-behandling-perifere-neuropatiske-smerter>

eller når den alment praktiserende læge af andre årsager (fx hvis der ikke hurtigt opnås bedring af en akut smertetilstand) vurderer det hensigtsmæssigt at behandlingen varetages i speciallægepraksis.

Patienter med komplekse, kroniske non-maligne smerter henvises til et tværfagligt smertecenter når der er indikation for dette. Patienter med maligne smerter henvises til palliativ enhed, når der er indikation for dette.

#### *Behandling af årsag til neuropatiske smerter*

Er der en strukturel årsag til patientens neuropatiske smerter, der kan behandles, bør behandlingen have fokus på dette evt. sideløbende med den farmakologiske behandling. Eksempler på dette kan være rodpåvirkning eller anden lokal trykpåvirkning, hvor en kirurgisk intervention er indiceret og muligt helbredende.

#### *Non-farmakologisk behandling*

Fysio- og ergoterapi, akupunktur og transkutan elektrisk neurostimulation samt indoperering af neurostimulator (rygmarvsstimulation) kan være relevant for udvalgte patienter med neuropatiske smerter.

#### *Farmakologisk behandling*

##### Indikation

Behandling bør igangsættes når smerterne påvirker patientens livskvalitet.

##### Førstevalgs-præparater

Mulig behandlingsrækkefølge baseret på numbers needed to treat og numbers needed to harm:

1. TCA
2. Gabapentin eller Pregabalin
3. Duloxetin
4. Venlafaxin

- Hvis TCA har været forsøgt i fuld dosis uden effekt er det teoretisk mindre sandsynligt, at SNRI vil have effekt. Tilsvarende er gældende for gabapentin i fuld dosis uden effekt i forhold til pregabalin
- SNRI kan overvejes tidligt ved samtidig depression
- Pregabalin kan overvejes tidligt ved samtidig generaliseret angst
- Gabapentin kan overvejes tidligt ved samtidig spasticitet
- Smertebehandling med venlafaxin er sparsomt belyst sammenlignet med duloxetin. Kan forsøges, hvor der er fundet indikation for behandling med SNRI og manglende effekt af duloxetin
- Generelt doseres indtil opnåelse af meningsfuld effekt eller tilkomst af uacceptable bivirkninger

- Relevant tidspunkt for vurdering af fortsat behandling: 1 uge efter optitrering til maksimalt tolererede dosis

#### Andetvalgs-præparater

- Lidocain 5% plaster
- Capsaicin 8% plaster
- Tramadol Retard

#### Tredievalgs-præparater

- Botulinumtoksin subcutant
- Øvrige opioider

#### Dosering til voksne

Amitriptylin	<p><i>Initialt</i> 10 mg til natten. Øges med 10 mg ad gangen hver 5. dag til maks. 150 mg i døgndosis.</p> <p>Da Amitriptylin har en udtalt sederende effekt er der ofte fordelagtigt at give til natten, evt. kombineret med Nortriptylin i morgen og eftermiddagsdosis (maks. TCA døgndosis 150 mg)</p>	<p>QTc-forlængelse er forekommet. Ekg<sup>12</sup> bør kontrolleres før behandlingen, og 1-2 uger efter behandlingsstart samt ved dosisøgning <math>\geq 50</math> %.</p> <p>Undgå samtidig behandling med MAO hæmmere</p>
Nortriptylin	Initialt 10 mg, 2 gange dagligt. Øges med 10 mg af gangen hver 5. dag til maks. 150 mg i døgndosis	
Imipramin	Initialt 10 mg, 2 gange dagligt. Øges med 10 mg af gangen hver 5. dag til maks. 150 mg i døgndosis.	
Gabapentin	Initialt 300 mg 1 gang dagligt. Øgning med 300 mg hver 3. døgn til 300 mg x 3. Kan derefter øges ved behov med 300-400 mg hver 3.-7. dag. Døgndosis kan evt. øges til 1,8-3,6 g fordelt på 3-4 doser afhængig af effekt	Undgå samtidig behandling med MAO hæmmere

Det er speciallægens ansvar at rekvirere EKG, hvis EKG ikke kan udføres i speciallægens egen praksis. Ekg varetages hos speciallægen selv eller rekvireres på laboratorium. Det er speciallægens ansvar at varetage den faglige vurdering af Ekg'er.

Pregabalin	Initialt 75 mg (25 mg) 1 gang dagligt. Øges efter 1 uge til 2 gange dagligt. Kan derefter øges ved behov med 75 mg hver 7. dag op til 600mg/dag fordelt på 2-3 doseringer	Undgå samtidig behandling med MAO hæmmere
Duloxetin	Initialt 30 mg 1 gang dagligt. Øges efter 1 uge til 60 mg 1 gang dagligt. Kan derefter øges ved behov med 30 mg hver 7. dag til 120 mg 1 gang dagligt	
Venlafaxin	Initialt 37,5 mg 1 gang dagligt. Øges efter 1 uge til 75 mg. Kan øges ved behov med 37,5 mg hver 7. dag til 225 mg 1 gang dagligt	QTc-forlængelse er forekommet. Ekg bør kontrolleres før behandlingen, og 1-2 uger efter behandlingsstart samt ved dosisøgning $\geq 50\%$ .  Undgå samtidig behandling med MAO hæmmere
Tramadol Retard	Initialt 50 mg 2 gange dagligt. Øges ved behov med 50 mg hver 3.-7. dag til 400 mg i døgndosis fordelt på 2-3 doseringer	

#### Håndtering af bivirkninger

- Hvis der under optrapning tilkommer uacceptable bivirkninger, bør patienten opfordres til at reducere til foregåede trin på optrapningsskemaet i stedet for at stoppe behandlingen.

#### Seponering og præparatskifte

- Ved uacceptable bivirkninger
- Hvis effekten ikke står mål med bivirkningerne
- Manglende effekt ved maximal dosering
- Ved effekt, men utilstrækkelig effekt af ét præparat, kan man potentielt prøve at kombinere præparaterne, dog med risiko for forværring af bivirkninger.

For følgende præparater er der inkonklusiv evidens for brug ved neuropatiske smerter:

- Capsaicin creme
- Carbamazepin
- Lamotrigine
- Oxcarbazepine
- SSRI antidepressiva
- Topiramet

Da forekomsten af langtidsbivirkninger og andre komplikationer er utilstrækkeligt undersøgt, bør cannabinoidbaseret medicin kun tilbydes selekterede patienter med behandlingsrefraktære kroniske non-maligne eller maligne neuropatiske smerter.

*Blandende neuropatiske og nociceptive smerter*

I tilfælde af blandingstilstande, hvor kroniske smerter af både neuropatisk og nociceptiv karakter indgår, henvises til beskrivelse for behandling af nociceptive smerter.

## **Faglig beskrivelse for medicinsk behandling af nociceptive smerter**

Nociceptive smerter opstår på grund af en aktuel eller truende beskadigelse af væv, som aktiverer nociceptorerne. Betegnelsen nociceptive smerter er udviklet for at beskrive smerter, der forekommer i et normalt fungerende somatosensorisk system, i modsætning til neuropatiske smerter, der skyldes læsioner af eller sygdomme i det somatosensoriske nervesystem.

Eksempler på smertetilstande med nociceptive smerter er slidgigt i rygsøjle og led, andre gigtsygdomme, knogleskørhed med sammenfald, og lokaliserede muskelsmerter.

Den faglige beskrivelse er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for valg af lægemidler til behandling af kroniske nociceptive smerter<sup>13</sup>

### *Afgrænsning af patientgruppen*

I anæstesiologisk speciallægepraksis foretages monofaglig behandling af patienter med akutte eller kroniske, nociceptive non-maligne smerter, når det ikke har været muligt at gennemføre behandlingen i almen praksis, eller når den alment praktiserende læge af andre årsager (fx hvis der ikke hurtigt opnås bedring af en akut smertetilstand) vurderer det hensigtsmæssigt, at behandlingen varetages i speciallægepraksis.

Patienter med komplekse, kroniske non-maligne smerter henvises til et tværfagligt smertecenter, når der er indikation for dette. Patienter med maligne smerter henvises til palliativ enhed, når der er indikation for dette.

### *Non-farmakologisk behandling*

Non-farmakologiske tiltag bør være en central del af smertebehandlingen ved kroniske nociceptive smerter, og farmakologisk behandling bør aldrig stå alene.

Non-farmakologisk behandling kan fx være:

- Fysisk træning
- Manipulationsbehandling
- Akupunktur
- Tværfaglig smertebehandling
- Neurostimulation

### *Farmakologisk behandling*

- Paracetamol
- NSAID
- Opioider

---

<sup>13</sup> <https://sst.dk/da/Nyheder/2018/IRF-Farmakologisk-behandling-af-kroniske-nociceptive-smerter>

### *Ang. behandling med paracetamol*

Der er sparsom evidens for effekt hos patienter med kroniske smerter af varighed > 6 måneder. Det kan forsøges, men seponeres ved manglende effekt.

Hvis patienten allerede får paracetamol, bør det undersøges, hvorvidt paracetamol bidrager til den samlede smertelindring. Dette gøres ved, at patienten holder pause med paracetamol i en eller to uger. Hvis smerterne ikke forværres, kan paracetamol undværes – er smerterne forværret, kan paracetamol genoptages.

### *Ang. behandling med NSAID*

Grundet bivirkningsprofilen er ingen orale NSAID rekommanderet til behandling af kroniske nociceptive smerter på nær i særlige tilfælde. Risikoen for kardiovaskulære hændelser og alvorlig blødning er øget hos patienter både med og uden eksisterende risikofaktorer for de to udfald, om end risikoen er størst hos patienter med eksisterende risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom og GI blødning. Brug af orale NSAID anbefales generelt i lavest mulige dosis, i kortest mulige varighed og med overvejelse omkring indikation for samtidig ordination af relevant forebyggende behandling i forhold til GI bivirkninger. Grundet svag dokumentation for effekt er ingen topikale NSAIDs rekommanderet til behandling på nær i særlige tilfælde.

Risikofaktorer for hjertekarsygdom er eksempelvis forhøjet blodtryk, forhøjet fedtindhold i blodet, sukkersyge eller tobaksrygning.

Risikofaktorer for ulcuskomplikaion ved NSAID-behandling er eksempelvis alder (specielt > 60 år), tidligere mavesår, dyspepsi (sur mave), sukkersyge, hjertekarsygdom og anden samtidig behandling (blodfortyndende medicin eller binyrebarkhormon).

Rekommanderet i særlige tilfælde (til patienter med lav GI risiko):

Ibuprofen 1200 mg/d (maks. 1200 mg/d)	Kan anvendes til patienter med og uden hjertekarsygdom eller høj risiko herfor.
Naproxen 500 mg/d (maks. 1000 mg/d)	Kan anvendes til patienter med og uden hjertekarsygdom eller høj risiko herfor. Ved samtidig hjertekarsygdom eller høj risiko herfor, dog max 500 mg dagligt.
Diclofenac 100 mg/d (maks. 100 mg/d)	Kan anvendes til patienter uden hjertekarsygdom og uden høj risiko herfor.

Rekommanderet i særlige tilfælde (til patienter med høj GI risiko):

Diclofenac 100 mg/d (maks. 100 mg/d)	Kan anvendes til patienter uden hjertekarsygdom og uden høj risiko herfor.
Celecoxib 200 mg/d (maks. 200 mg/d)	

Rekommanderet i særlige tilfælde (til overfladiske led/strukturer uanset GI risiko, eksisterende hjertekarsygdom eller risiko for hjertekarsygdom):



- Diclofenac gel
- Ibuprofen gel
- Ibuprofen creme

*Ang. behandling med opioider*

Se faglig beskrivelse for behandling med opioider.

*Blandende neuropatiske og nociceptive smerter*

I tilfælde af blandingstilstande, hvor kroniske smerter af både neuropatisk og nociceptiv karakter indgår, henvises til faglig beskrivelse for behandling af neuropatiske smerter med sekundære analgetika.

*Følgende apparatur og utensilier er nødvendige*

- Behandlingsleje og stol
- Udstyr til elektroakupunktur og transcutan nervestimulation
- Evt. punktsøger
- Monitoreringsudstyr (ved anlæggelse af centrale blokader)
- Udstyr og medicin til genoplivning
- Stetoskop, reflekshammer, udstyr til neurologisk undersøgelse
- Utensilier til blokadeanlæggelse (inkl. steril afvaskning)
- Utensilier til intravenøs adgang
- Sterile engangsnåle til akupunktur
- Evt. elektroder til TNS-apparat
- Ultralydsscanner

## **Hyppige sygdomme i anæstesiologisk speciallægepraksis**

Nedenfor er en kort gennemgang af udvalgte hyppige sygdomme, som behandles af smertelæger i anæstesiologisk speciallægepraksis.

### **Nyopståede uspecifikke nakkesmerter**

Uspecifikke nakkesmerter betegner spændinger, ømhed, smerter og/eller nedsat bevægelighed i nakken, hvor der ikke kan identificeres en specifik smertegivende struktur som årsag til generne. Ved nyopståede smerter forstås patienter med symptomer af op til 12 ugers varighed, hvilket omfatter såvel patienter der ikke tidligere har haft nakkesmerter som patienter med gentagne episoder.

Uspecifikke nakkesmerter optræder ofte som en episodisk eller fluktuerende tilstand, og nyopståede nakkesmerter omfatter såvel førstegangsepisoder som nye episoder efter en periode med smertefrihed eller mildere gener. Den enkelte episode bedres typisk væsentligt over de første uger,

men en betydelig andel af personer med nakkesmerter vil opleve vedvarende smerter eller gentagne episoder af nakkesmerter.

Behandlingen omfatter tryghedsskabende information, øvelsesterapi, ledmobiliserende teknikker akupunktur, lokal appliceret NSAID samt evt. kortvarig peroral farmakologisk behandling med NSAID eller Tramadol.

### **Nyopstået nerverodspåvirkning i nakken**

Omfatter patienter, der indenfor de seneste 3 måneder, har oplevet kliniske tegn på nerverodspåvirkning i nakken forårsaget af diskusprolaps eller degenerative forandringer. Behandlingen omfatter patientuddannelse med information om prognose og smertemekanismer, individualiseret vejledning om hensigtsmæssig adfærd og smertehåndtering, samt individuelt tilpasset fysisk aktivitet og generel træning. Der kan suppleres med manipulationsbehandling (ledmobilisering, cervical traktion), medicinsk behandling med paracetamol samt evt. kortvarig behandling med NSAID eller opioider samt superviseret træning hos fysioterapeut med stabilitetstræning og retningspecifikke øvelser.

### **Nyopståede uspecifikke lænderygsmarter**

Lænderygsmarter er en tilbagevendende tilstand, der ofte har episodisk karakter. Hos personer med nyopståede lænderygsmarter falder smerteintensiteten i gennemsnit over de første 6-12 uger, uanset hvilken behandling patienterne modtager, men bag disse gennemsnit gemmer sig store individuelle forskelle i forløb, både hvad angår smerteintensitet, samlede antal dage med smerter, og mønster i dage med og uden smerter. Tilstanden omfatter patienter med spændinger, ømhed, smerter og/eller bevægehæmning i lænden, hvor der ikke er et specifikt holdepunkt for årsagen til generne (dvs. uspecifikke lænderygsmarter). Smerterne kan endvidere opleves i benet, men typisk vil lænderygsmarterne dominere over bensmerterne. Flere lokale, anatomiske strukturer i ryggen kan være udløsende årsag, herunder led, bruskskiver, muskulatur og bindevæv, men de præcise smertemekanismer er uafklarede. Patientgruppen er heterogen ikke alene hvad angår udløsende årsag, men også i forhold til varighed af symptomer og tilstedeværelse af psykologiske og sociale faktorer, der potentielt har negativ indvirkning på patienternes prognose.

Patienter med nyopståede lænderygsmarter bør opfordres til opretholdelse af vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje. Behandlingen kan derudover omfatte ledmobiliserende behandling, akupunktur, medicinsk behandling samt superviseret fysisk træning.

### **Nyopstået nerverodstryk i lænderyggen**

Patienter med nylig opståede kliniske tegn på nerverodspåvirkning i lænderyggen med eller uden bekræftelse ved MR. Med nylig opstået forstås symptomer og kliniske tegn af op til 12 ugers varighed. De kliniske tegn omfatter mindst et tegn på nerverodspåvirkning uanset om årsagen er diskusprolaps eller slidgigtforandringer i facetled. Tegn på nerverodspåvirkning er bensmerter

nerveudstråling, kraftnedsættelse, refleksudfald, føleforstyrrelser og positiv nerve-strækttest (strakt benløft test eller nervus femoralis test).

Patienter med nyopståede lænderygsmarter bør opfordres til at opretholde vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje. Behandlingen kan derudover omfatte ledmobiliserende behandling, superviseret øvelsesbehandling med øvelser til træning af neuromuskulær kontrol og retningsspecifikke øvelser samt evt. akupunktur eller behandling med epidural lokal anæstesi og binyrebarkhormon injektion omkring den lumbale nerverod.

Patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning vurderes af en rygkirurg inden for 12 uger i tilfælde, hvor svære og funktionshæmmende smerter varer ved trods ikke-kirurgisk behandling.

### **Kroniske lænderygsmarter med eller uden nerverodstryk<sup>14</sup>**

Kroniske lænderygsmarter bliver oftest betragtet som et resultat af fysiske, psykologiske, sociale og arbejdsrelaterede faktorer. Ledsages ofte af søvnbesvær, humørforandringer, depression og nedsat fysisk funktionsniveau.

Behandlingen omfatter vejledning i øvelser og fysisk aktivitet samt evt. henvisning til superviseret træning samt medicinsk behandling rettet mod nociceptive og evt. neuropatiske smerter. Akupunktur, manual behandling og epidural lokal anæstesi og binyrebarkhormon injektion omkring den lumbale nerverod kan anvendes ved opblussen i kendte symptomer og som supplement til den øvrige behandlingsindsats ved kroniske lændesmerter. Ved komplekse smerte kan det være relevant at henvise til tværfaglig smertebehandling eller neurostimulationsbehandling.

### **Spændingshovedpine**

Spændingshovedpine er hyppigt forekommende. Således har cirka 1/3 af befolkningen spændingshovedpine flere gange per måned, 10 % har det ugentligt og cirka 3 % har kronisk spændingshovedpine.

Mekanismerne bag spændingshovedpine er ikke fuldt klarlagte, men ved den episodiske form spiller smerte fra muskuloskeletale væv samt sandsynligvis stress en vigtig rolle. Hos patienter med hyppig episodisk og kronisk spændingshovedpine er det påvist, at centralnervesystemet er overfølsomt for smerte. Dette kan skyldes utilstrækkelig hæmning af smertefulde stimuli fra muskler eller være en konsekvens af hyppige smertefulde input (central sensibilisering).

Spændingshovedpine er karakteriseret ved en bilateral, pressende, trykkende smerte af let til moderat intensitet. Hovedpinen er ikke associeret med de typiske migrænekaraktistika så som forværring ved fysisk aktivitet, opkast eller svær kvalme og overfølsomhed for lys og lyde.

---

<sup>14</sup> Se også nedenstående link.

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kroniske-laenderygsmarter>

Patienten henvises til neurologisk vurdering, hvis tilstanden er diagnostisk uafklaret, hvis der er mistanke om sekundær hovedpine med behandlingskrævende underliggende patologi samt ved utilfredsstillende behandlingseffekt.

Behandlingen omfatter information om tilstanden, korrektion af uhensigtsmæssig arbejdsstilling eller anden udløsende faktorer. Instruktion i korrekte arbejdsstillinger, holdningskorrektion og instruktion i aktive daglige hjemmeøvelser, som sigter mod at reducere muskuloskeletale spændinger (evt. henvisning til fysioterapi). Derudover kan anvendes akupunktur samt medicinsk anfaldsbehandling (paracetamol, NSAID) eller forbyggende behandling (amitriptylin, mirtazapin eller venlafaxin).

Paracetamol og NSAID bør højst benyttes 14 dage per måned. Kodein og diverse kombinationspræparater bør så vidt muligt undgås og højst benyttes 9 dage per måned for at forebygge medicinoverforbrugshovedpine. Morfika bør undgås.

Profylaktisk medicin bør forsøges seponeret efter 6-12 måneder for at se, om der fortsat er behov for og effekt af medicinen.

### **Betændelse i akillessenen**

Betændelse i akillessenen og dens seneskede som typisk opstår når patienten negligerer symptomerne ved en akut peritendinit eller mikrorupturer med tendinit, og der herved opstår degenerative forandringer i senen. Tilstanden kan ramme både yngre aktive idrætsudøvere og ældre motionister. Akillessenen kan palperes fortykket og øm, og der er positiv isometrisk test ved strækning i ankelleddet, evt. også smerter ved passiv bagoverbøjning i fodleddet. Tågang er smertefuld. Diagnosen stilles klinisk. Ultralyd eller MR giver en dynamisk vurdering af senen og fastslår graden af fortykkelse og evt. mikrorupturer. Behandlingen omfatter excentrisk (muskelforlængende) træning og øvelser kombineret med reduceret aktivitet, støddæmpende hælløft i sko, eventuelt suppleret med NSAID behandling, akupunktur og lokal steroid injektion. Ved manglende effekt kan overvejes operation.

### **Betændelse i hulfodssenen**

Betændelsestilstand ved fæstet af hulfodssenen på undersiden af hælen, svarende til forreste del af hælbenet. Er en af de hyppigste årsager til smerter under hælen. Rammer mennesker i alle aldre, men er almindeligst fra 40-årsalderen og opefter. Der findes palpationsømhed i forkanten af hælbenet, mest udtalt på hælsens medialsiden ved udspringet for hulfodssenen. Bagoverbøjning af tærne kan forværre smerten ved palpation. Diagnosen stilles klinisk. I tvivlstilfælde kan foretages ultralyd eller MR. Behandlingen omfatter aflastning, udspændingsøvelser, evt. suppleret med NSAID, akupunktur og lokal steroid injektion. Ved manglende effekt kan overvejes operation.

### **Epikondylit (Tennisalbue og Golfalbue)**

Epikondylit er en overbelastningsskade. Lateral epikondylit (tennisalbue) er lokaliseret hovedsageligt til udspringet for håndleddets strækkemuskler eller - sener. Medial epikondylit (golfalbue) er lokaliseret til udspringet til håndleddets bøjemuskler eller - sener. Enkelte har samtidig affektion af n. ulnaris. Der er smerte og ømhed lokaliseret til muskeludspringet fra laterale eller mediale epikondyl samt distinkt palpationsømhed over den forreste del af epikondylen. Ved lateral epikondylit reproduceres smerten ved isometrisk ekstension og radial deviation af håndleddet. Svaghed af håndledseksensorerne er et typisk fund. Medial epikondylit reproduceres smerte ved isometrisk fleksion af håndleddet. Alle isometriske tests ved undersøgelse af albuen skal foregå med strakt albue og åben hånd. Diagnosen stilles klinisk. I terapiresistente tilfælde kan dynamiske neurofysiologiske undersøgelser som EMG og nerveledningshastighedsbestemmelse være aktuelle for at afklare, om der kan foreligge indeklemning af den dybe gren af n. radialis (supinatorlogesyndrom). Behandlingen omfatter aflastning, excentriske øvelser, evt. suppleret med NSAID, akupunktur og lokal steroid injektion. Ved manglende effekt kan operation overvejes.

### **Generaliserede smerter i bevægeapparatet (Fibromyalgi)**

Fibromyalgi er et syndrom med ukendt ætiologi, karakteriseret af diffust udbredt smerte i mindst 3 af kroppens 4 kvadranter og med varighed i mindst 3 måneder. Der er ofte en række ledsagesymptomer f.eks. træthed, søvnproblemer, svimmelhed, synsforstyrrelser, hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær, angst, depression, følelsesløshed, følelse af hævelse. Diagnosen bygges på sygehistorien, den kliniske undersøgelse og udelukkelse af anden sygdom som årsag til generne. Blodprøver kontrolleres for at diagnosticere evt. rheumatisk sygdom, autoimmun sygdom, bindevævssygdom eller stofskiftesygdom som årsag til smerterne. Behandlingen omfatter information om tilstanden, konditionstræning og fysisk træning (evt. superviseret) med moderat til høj belastning (fokus på bevægelse fremfor styrke) og afprøvning af medicinsk behandling (TCA, pregabalin, gabapentin, duloxetin, venlafaxin, naltrexon, samt evt. tramadol). Patienter med komplekse smerter bør henvises til tværfaglig smertebehandling.

### **Trigeminusneuralgi**

Trigeminusneuralgi er en tilstand, hvor ansigtets følelserve (trigeminus nerven) bliver overaktiv, og sender derfor falske smertesignaler tilbage til hjernen med det resultat at personen føler smerte trods manglende smertestimulus på ansigtet. Smerterne kan variere fra patient til patient. Smerterne kommer typisk i anfald og kan være skarpe jagende eller borende smerter. Smerterne kan komme flere gange om dagen. Smerterne opstår ofte spontant, men kan i mange tilfælde udløses ved stimulering af innervationsområdet for den afficerede n. trigeminus gren, som eksempelvis berøring af kind, drikke koldt vand, koldt vejr, tandbørstning, tale eller tygning. Ætiologien er i det fleste tilfælde ukendt men neurovaskulær kontakt er en relativt hyppig årsag. Andre årsager kan være multipel sclerose, akusticusneurinom, meningeom, cyster, kranietraume og meningit. Neurologisk undersøgelse er vanligvis uden neurologiske udfald, men nedsat følesans i det afficerede område af n. trigeminus er ikke usædvanligt. Triggerpunkt kan ofte identificeres. Tilstanden er sjælden, hvorfor patienter med mistanke om trigeminus neuralgi bør have gennemgået neurologisk vurdering. Behandlingen omfatter medicinsk behandling med afprøvning af oxcarbamazepin,

carbamazepin, lamotrigin, gabapentin, pregabalin samt evt. akupunktur. Kombinationsbehandling bør overvejes ved utilstrækkelig effekt af monoterapi. Ved insufficient behandlingseffekt og påvisning af svær neurovaskulær kontakt på symptomatiske side overvejes henvisning til neurokirurgisk vurdering.

## **Nye behandlingsmetoder**

### **Behandling med capsaicinplaster**

Capsaicin er en selektiv transient receptor potential vanilloid 1 (TRPV1) -receptoragonist. Ved applicering af plasteret aktiveres de TRPV1-udtrykkende kutane nociceptorer med stikkende fornemmelse og rødme på grund af frigivelse af vasoaktive neuropeptider. Efter eksponeringen for capsaicin desensibiliseres nociceptorerne, hvilket giver den smertelindrende effekt.

Behandlingen er indiceret ved perifer neuropatisk smerte, hvis behandling med orale analgetika har insufficient effekt eller medfører uacceptable bivirkninger. Behandlingen anbefales af Dansk Neurologisk Selskab samt af International Association for the Study of Pain (IASP).

Effekt kan ses fra første behandlingsuge. Behandlingen kan gentages hver 3. måned. Tilskud forudsætter ansøgning om enkelttilskud til capsaicin plaster.

### **Behandling med lidocainplaster**

Plasteret indeholder 5 % lidocain som er et lokalanalgetikum af amidtypen. Ved applicering af plasteret blokeres reversibelt impulsledningen langs nervefibrene ved at hindre indstrømningen af natriumioner gennem nervemembranen.

Behandlingen er indiceret hos patienter med perifer neuropatisk smerte i et afgrænset område, hvis behandling med orale analgetika har insufficient effekt eller medfører uacceptable bivirkninger. Behandlingen anbefales af Dansk Neurologisk Selskab samt af International Association for the Study of Pain (IASP).

Plastret skal sidde i højst 12 timer, hvorefter der skal gå endnu 12 timer, før et nyt plaster må påsættes. Efter oplæring vil patienterne ofte selv kunne applicere plasteret i hjemmet. Tilskud forudsætter ansøgning om enkelttilskud til lidocain plaster.

### **Behandling med Botulinumtoksin**

Botulinumtoksin har en specifik hæmmende effekt på impulsoverledningen i føleenerver og kan anvendes som smertelindring ved nervesmerter.

Målgruppe for behandling er patienter med neuropatisk smerte, som ikke kan behandles med andre sekundære analgetika mod neuropatisk smerte. Behandlingen initieres ved neuropatiske tilstande,

hvor behandling med botox vurderes effektivt som f.eks. nervesmerter opstået som komplikation til sukkersyge, nervesmerter efter helvedesild samt nervesmerter i ar og hud efter operationer.

Behandlingen kan anvendes, når behandling med tabletter og plastre (lidocain og capsaicin) har haft insufficient effekt eller medført uacceptable bivirkninger. Behandlingen anbefales af Dansk Neurologisk Selskab samt af International Association for the Study of Pain (IASP).

Botulinumtoksin gives subkutant i det smertefulde område. Behandlingen kan gentages med 3 måneders interval. Behandling af kronisk migræne med botulinumtoksin skal varetages af speciallæge i neurologi. Behandlingen forudsætter, at Lægemiddelstyrelsen godkender, at botulinumtoksin kan rekvireres af speciallæger i anæstesiologi.

### **Behandling med ultralyd-shockwave**

Da evidensen for effekten af behandlingen er svag, vurderes det ikke relevant at tilbyde behandlingen i anæstesiologisk speciallægepraksis.

### **Behandling med laser**

Da evidensen for effekten af behandlingen er svag, vurderes det ikke relevant at tilbyde behandlingen i anæstesiologisk speciallægepraksis.

### **Behandling med medicinsk cannabis**

Da forekomsten af langtidsbivirkninger og risici er utilstrækkeligt undersøgt, bør cannabinoid baseret medicin kun tilbydes selekterede patienter med behandlingsrefraktære kroniske non-maligne eller maligne neuropatiske smerter. Den 1. januar 2018 trådte en forsøgsordning med medicinsk cannabis i kraft i Danmark. Ordningen giver læger mulighed for at udskrive cannabisprodukter, og formålet med forsøgsordningen er at give patienterne mulighed for at afprøve behandling med medicinsk cannabis.

### **Smerteskole**

I anæstesiologisk speciallægepraksis tilbydes monofaglig smertebehandling. Det vurderes derfor ikke relevant at tilbyde smerteskole. Hvis der er indikation for smerteskole henvises til eventuelle kommunale tilbud eller tværfaglig smertebehandling.

## Aktuel status og kapacitet

Der er 21 fuldtidspraktiserende og 11 deltidspaktiserende speciallæger i anæstesiologi på landsplan. Halvdelen af speciallægerne praktiserer i Region Hovedstaden. De regionale forskelle fremgår af tabel 1.

**Tabel 1** Kapaciteter i anæstesiologisk speciallægepraksis pr. 1. april 2018

Region	Fuldtid/Deltid	Antal kapaciteter	Antal ydernumre/ Praksis
Hovedstaden	9 Fuldtid/ 7 Deltid	11,33	16
Sjælland	1 Fuldtid/ 3 Deltid	2	4
Syddanmark	5 Fuldtid	5	5
Midtjylland	4 Fuldtid/ 1 Deltid	4,33	5
Nordjylland	2 Fuldtid	2	2
<b>Total</b>		<b>24,66</b>	<b>32</b>

Kilde: NOTUS regional, 1. april 2019

**Tabel 2** Overblik over speciallægenes ydelsesmønster fordelt på smertebehandling, anæstesiologisk bistand og speciallæger med funktion indenfor begge områder

Region	Smertebehandling	Anæstesiologisk bistand	Funktion indenfor begge områder
Hovedstaden	6	6	4
Sjælland	1	2	1
Syddanmark		4	1
Midtjylland		5	
Nordjylland			2
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>8</b>

Tabel 2 viser, at den overvejende del af speciallægerne i landet yder anæstesiologisk bistand.



**Tabel 3** Produktion og forbrug 2018, Anæstesi, antal patienter

Region	Produktion	Forbrug	Produktion ift. forbrug
Hovedstaden	10.829	8.344	130 %
Sjælland	2.384	4.744	50 %
Syddanmark	8.032	7.634	105 %
Midtjylland	9.683	9.740	99 %
Nordjylland	3.601	3.943	91 %
<b>Total (CPR-numre)</b>	<b>34.382</b>	<b>34.382</b>	<b>100 %</b>

Kilde: Targit

Tabel 3 viser, at speciallæger i anæstesiologi overvejende yder anæstesiologisk bistand til øre-, næse- og halslæger i egen region. Dog benytter øre-, næse- og halslæger i Region Sjælland i 50 % af tilfældene anæstesiologisk bistand fra speciallæger i andre regioner primært Region Hovedstaden. Det skal bemærkes, at speciallægernes frie valg af anæstesilæge kan medføre, at der kan være ledig kapacitet til rådighed i en region, som ikke benyttes.

**Tabel 4** Produktion og forbrug 2018, Smertebehandling, antal patienter

Region	Produktion	Forbrug	Produktion ift. forbrug
Hovedstaden	7.341	6.258	117 %
Sjælland	409	1.083	38 %
Syddanmark	837	1.031	81 %
Midtjylland	2	180	1 %
Nordjylland	2.557	2.601	98 %
<b>Total (CPR-numre)</b>	<b>11.131</b>	<b>11.131</b>	<b>100 %</b>

Kilde: Targit

I Region Sjælland søger 62 % af patienterne en anæstesiolog i smertebehandling i andre regioner, primært Region Hovedstaden. Region Midtjylland har en anden organisering, hvor smertebehandling foregår på sygehus.

**Tabel 5** Udviklingen i antal patienter i speciallægepraksis (anæstesiologisk bistand)

Region	2016	2017	2018
Hovedstaden	11.518	12.183	10.829
Sjælland	2.506	2.429	2.384
Syddanmark	7.544	8.192	8.032
Midtjylland	9.805	9.924	9.683
Nordjylland	2.502	2.623	3.601
<b>Total (CPR numre)*</b>	<b>33.738</b>	<b>35.169</b>	<b>34.382</b>

Kilde: Targit. \*Summen af antal patienter for de fem regioner kan forekomme at være højere end antallet af unikke CPR nr., idet en patient kan være registreret med behandling i flere regioner.

Tabel 5 viser, at den samlede efterspørgsel på anæstesiologisk bistand er stabil, dog med regionale variationer.

**Tabel 6** Generel udvikling for anæstesiologisk bistand til øre-, næse- og halslæger i perioden 2016-2018

Konsultationer	2016	2017	2018	Udvikling % (2016 – 2018)
<b>Anæstesiologisk bistand til øre-, næse- og halslæger i alt</b>	37.327	39.184	38.124	2,1 %
Kortvarig anæstesi med maske, op til 15 min.	26.365	27.530	26.605	0,9 %
Anæstesi med intubation eller Larynxmaske i mindre end 30 min.	7.682	7.884	8.032	4,6 %
Anæstesi med intubation eller Larynxmaske i 30-60 min.	2.563	3.064	2.877	12,3 %
Anæstesi med intubation eller Larynxmaske i 61-120 min.	664	659	572	-13,9 %
Anæstesi med intubation eller Larynxmaske i mere end 120 min.	53	47	38	-28,3 %
<i>Kilde: Targit</i>				

Det fremgår af tabel 6, at arten og varigheden af indgrebene i anæstesiologisk speciallægepraksis har ændret sig i tidsperioden. De hyppigste indgreb er stadig kortvarig anæstesi med maske, op til 15 minutter.

**Tabel 7** Generel udvikling for smertebehandling i perioden 2016-2018

	2016	2017	2018
<b>1. konsultationer*</b>	8.710	8.636	9.230
<b>Udvidet 1. konsultation,</b>	955	1.626	1.260
<b>2. konsultationer</b>	8.121	8.416	8.949
<b>Senere konsultationer</b>	36.526	40.014	42.007
<b>Gns. ydelser/patient</b>	5,9	6,1	6,4
<b>Samlet bruttohonorar**</b>	19.603.196	21.765.082	23.414.055
<b>Bruttoghonorar/patient</b>	1.996	2.005	2.103
<b>Tillægsydelser i alt</b>	62.768	67.549	75.214
<b>Gruppe II</b>	60.375	65.148	72.993
<b>Gruppe III</b>	2.393	2.401	2.221

Kilde: Targit.

\* Opgjort i antal ydelser

\*\* Opgjort i kr.

Gruppe II: Triggerpunktsbloade, ledningsbloade/nervebloader, manipulationsbehandling, akupunktur, transkutan nervestimulation, injektion i bursae, senenære strukturer og led

Gruppe III: Sympaticusbloade (cervikale), injektioner i epiduralrummet, paravertebral bloade

Tabel 7 viser en generel stigning i udgifterne forbundet med smertebehandling. Stigningen i udgifter hænger sammen med, at der behandles flere patienter jf. udviklingen i antallet af 1. konsultationer. Det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient er steget med 8 % fra 5,9 ydelser i 2016 til 6,4 ydelser i 2018. Der ses desuden et stigende antal tillægsydelser i speciallægepraksis inden for gruppe II. I tabel 8 og 9 ses nærmere på udviklingen i antallet af de forskellige tillægsydelser.

**Tabel 8** Udviklingen i antallet af tillægsydelser i perioden 2016 - 2018

Tillægsydelser	2016	2017	2018	Udvikling % (2016 – 2018)
<b>Gruppe II</b>				
<b>Triggerpkt.blok.</b>	3.042	2.857	2.487	-18,2 %
<b>Ledningsbl./nervebl.</b>	45	168	52	15,6 %
<b>Manipulationsbeh.</b>	2.681	3.022	5.837	117,7 %
<b>Akupunktur</b>	37.631	39.911	44.491	18,2 %
<b>Transcutan nervesti.</b>	10.559	13.416	14.232	34,8 %
<b>Inj. bursae,</b>	6.417	5.774	5.894	-8,2 %

Kilde: Targit

**Tabel 9** Udviklingen i antallet af tillægsydelse i perioden 2016 - 2018

Tillægsydelse	2016	2017	2018
<b>Gruppe III</b>			
Sympaticusblo.(cer.)	3	6	5
Injekt. i epiduralr	407	323	281
Paravert. Blokade	1.983	2.072	1.935

Kilde: Targit

**Tabel 10** Varighed af smertebehandlingsforløb i anæstesiologisk speciallægepraksis 2016 til 2018.

Antal dage	Antal patienter	Procentfordeling
1 dag	3.144	13 %
2-14 dage	2.118	9 %
15-30 dage	2.743	11 %
31-180 dage	2.567	11 %
181-360 dage	9.410	40 %
361 dage og derover	3.803	16 %
<b>Total (CPR-numre)</b>	<b>23.785</b>	<b>100 %</b>

Det fremgår af tabel 10, at 22 % af patienterne har akutte smertebehandlingsforløb af op til 14 dages varighed, 11 % af patienterne er i behandlingsforløb fra 30 dage og op til seks måneders varighed, mens 56 % af patienterne har kroniske forløb af mere end seks måneders varighed.

**Tabel 11** Antal konsultationer pr. patient i et smertebehandlingsforløb (2016 til 2018).

Antal konsultationer	Antal patienter	Forløbsvarighed (Gns. antal dage)	Procentfordeling
1-6	15.915	56	67 %
7-12	4.323	269	18 %
13-18	1.539	409	6 %
19-24	746	512	3 %
25-30	416	627	2 %
31-50	537	728	3 %
>51	309	890	1 %
<b>Total (CPR-numre)</b>	<b>23.785</b>		<b>100 %</b>

Tabel 11 viser, at 67 % af patienterne får mellem 1-6 konsultationer med behandlingsforløb på gennemsnitligt ca. 2 måneder. 18 % af patienterne får mellem 7-12 konsultationer med behandlingsforløb på gennemsnitligt 9 måneder, mens 6 % af patienterne får mellem 13-18 konsultationer og er i behandlingsforløb på gennemsnitligt lidt mere end et år. 1 % af patienterne får mere end 51 konsultationer. Her er behandlingsforløbet gennemsnitligt knap 2½ år.

### Ventetider i anæstesiologisk speciallægepraksis (smertebehandling)

Speciallæger skal indberette ventetid til en ikke akut 1. konsultation via sundhed.dk.

Ventetidsindberetning er kun relevant for anæstesiologer, der varetager smertebehandling og ikke for anæstesiologer, der varetager anæstesiologisk bistand hos praktiserende øre-, næse- og halslæger og dermed ikke har egen klinik.

Pr. 1. februar 2019 venter 44 % af patienterne 0-1 uge, mens 39 % venter mellem 2-5 uger. 6 % venter mellem 6-10 uger, mens 11 % venter mere end 11 uger. Speciallæger er ifølge overenskomsten forpligtet til at opdatere ventetidsoplysningerne jævnlige, det vil sige mindst hver anden måned. Ventetiderne er derfor et øjebliksbillede.

**Tabel 12** Ventetid til smertebehandling på sygehus og private smerteklinikker, offentligt finansieret

Antal uger	Offentlige smerteklinikker/centre	Antal uger	Private smerteklinikker
96 uger	Rigshospitalet	0 uger	Kysthospitalet Skodsborg
36 uger	Herlev og Gentofte Hospital, Anæstesiologisk amb. (Hellerup)	2 uger	Den Private Smerteklinik (Herlev)
18 uger	Næstved, Region Sjællands Sygehusvæsen	1 uge	Capio CFR A/S (Skørping)
5 uger	Region Sjællands Sygehusvæsen Smerteklinik, Holbæk	3 uger	Privathospitalet Mølholm, afdeling (Højbjerg)
22 uger	Region Sjællands Sygehusvæsen, Tværfagligt Smertecenter, Køge	16 uger	Aleris-Hamlet, Ringsted
57 uger	Hospitalsenhed Midt Smerteklinik Silkeborg		
15 uger	Aarhus Universitetshospital, Neurologisk Overafd. F		
3 uger	Friklinikken Region Syddanmark, Grindsted		

10 uger	Sygehus Lillebælt Smertecenter (Middelfart)		
13 uger	Aalborg Universitetshospital, Smertecenter		

Kilde: eSundhed jan/feb. 2019

Ifølge data fra Sundhedsdatastyrelsen varierer ventetiden til tværfaglig smerteklinik/center i offentligt regi fra 5 uger på Friklinikken i Grindsted til 96 uger på Rigshospitalet. Der er i henhold til sundhedsloven mulighed for at gøre brug af det udvidede frie sygehusvalg og vælge en privat klinik godkendt af Sundhedsstyrelsen, som har aftale med Danske Regioner, når ventetiden til udredning eller behandling overstiger 30 dage. Patienterne kan også gøre brug af det almindelige frie sygehusvalg.

### Aflastning af offentlige sygehuse

For at vurdere om speciallægepraksis vil kunne aflaste de offentlige sygehuse i forhold til smertebehandling har arbejdsgruppen indhentet input fra 3 offentlige tværfaglige smertecentre/klinikker i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Sjælland.

Erfaringerne fra de offentlige tværfaglige smertecentre/klinikker er, at de fleste patienter henvises til sygehus med komplekse kroniske smertetilstande, som indebærer en bio-psyko-social behandling. Det er vurderingen, at en mindre gruppe af de henviste patienter vil kunne klare sig med monofaglig behandling.

Hvis patienter afvises fra de offentlige tværfaglige centre/klinikker er de hyppigste årsager følgende:

- Ikke-fyldestgørende henvisninger fra almen praksis,
- Manglende udredning i relevant speciale (typisk ortopædkirurgi/reumatologi/neurologi),
- Psykiatrisk sygdom (typisk svær depression) eller misbrug af alkohol eller medicin,
- Sengeliggende patienter.

Antallet af afviste patienter ligger ifølge én af klinikkerne på ca. 10 %.

De tværfaglige smerteklinikker/centre ser p.t. ikke et aflastningspotentiale i forhold til patienter med monofaglige smertetilstande.

## **Kapitel 4 – Uddannelse**

### **Uddannelse til speciallæge i anæstesiologi**

De gældende krav for at opnå speciallægeanerkendelse i anæstesiologi findes i den til enhver tid aktuelle målbeskrivelse for anæstesiologi.

I uddannelsen er inkluderet uddannelse indenfor alle 4 fagområder: anæstesi, smertebehandling, intensiv terapi samt præhospitals- og traumebehandling. I speciallægepraksis varetages anæstesi og smertebehandling.

Efter færdiggjort uddannelse som speciallæge i anæstesiologi arbejder man typisk med en eller flere af de 4 fagområder inklusiv anæstesiologisk bistand indenfor flere kirurgiske specialer.

Med speciallægeuddannelsen som anæstesiolog uddannes man til at varetage anæstesi indenfor alle specialer inkl. anæstesi til børn. Dette foregår fortløbende på specialiserede afsnit på de uddannende sygehuse. Når man har opnået speciallægeanerkendelse, kan man varetage anæstesi på hovedfunktionsniveau.

Speciallægeuddannelsen i anæstesiologi omfatter diagnostik og behandling af både akutte smerter, kroniske ikke-maligne smerter og smerter som led i kræftsygdom. Anæstesiologer uddannes i rationel farmakologisk behandling, andre metoder til smertebehandling (f.eks. med lokalbedøvelse), behandling af kroniske smerter efter den bio-psyko-sociale model samt smertediagnostik og -analyse og udarbejdelse af rationel behandlingsplan.

### **Efteruddannelse**

Det er væsentligt, at speciallægen løbende udbygger og vedligeholder kliniske færdigheder og viden. Dette sker allerede på flere måder. Efteruddannelse og kompetencevedligeholdelse indgår i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), hvor det er et krav, at klinikejeren lægger en plan for egen faglig udvikling samt en plan for kompetenceudvikling af læger og ikke-lægeligt personale.

Den enkelte speciallæge har i henhold til overenskomsten mulighed for at søge refusion for 8 dages efteruddannelse pr. år via Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis. Derudover kan speciallægen i perioden fra 01-04-2018 til 31-03-2022 deltage i yderligere 2 kompetencedage, der er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder, bl.a. datafangst, akkreditering og diagnosekodning.

Efteruddannelsen foregår som hovedregel i regi af inden- eller udenlandske videnskabelige selskaber, Specialeorganisationen (DAO), Foreningen af Speciallæger eller Lægeforeningen.

Det bør tilstræbes at praktiserende speciallæger i anæstesiologi deltager i uddannelses tilbud på sygehuse, ved kongresser, efteruddannelseskurser og årsmøder. Vilklårene for uddannelses tilbud aftales lokalt.

## **Ultralyd**

Speciallægeuddannelsen i anæstesiologi omfatter brug af ultralyd til anæstesiologisk relateret diagnostik og behandling f.eks. FATE (Focus Assessed Transthoracic Echocardiography) til undersøgelse af kardial funktion og muligt pleuraeksudat samt FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma).

Brug af ultralyd til anlæggelse af nerveblokade forudsætter, at uddannelsen i dette er foregået som en del af speciallægeuddannelsen eller ved efteruddannelse. Anlæggelse af nerveblokeer blev en del af speciallægeuddannelsen pr. 1.1. 2013. Dokumentationen for opfyldelse af uddannelseskravet skal godkendes af DAO og efterfølgende sendes til regionen.

Brug af ultralyd til diagnostik og behandling i forbindelse med smertebehandling vil for nogle anæstesiologer kræve efteruddannelse i muskel-skelet ultralydsdiagnostik og behandling. Efteruddannelsen skal være godkendt af specialeorganisationen DAO. Kurser findes aktuelt hos Dansk Ultralyds Diagnostisk Selskab (DUDS), men kan også findes i udlandet.

## **Akupunktur**

For at udøve akupunktur, skal speciallægen have gennemført uddannelse i akupunktur godkendt af DAO, enten gennem Dansk Selskab for Evidensbaseret Akupunktur, gennem Dansk Medicinsk Selskab for akupunktur, eller lignende selskaber i udlandet. Speciallægens klinikpersonale arbejder på speciallægens ansvar og efter speciallægens instruks og skal have gennemgået oplæring eller uddannelse i akupunktur godkendt af DAO.

## **Manipulation**

For at anvende manipulation i smertebehandling, skal speciallægen have gennemført uddannelse i manipulation, godkendt af DAO, f.eks. gennem Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM).



## Kapitel 5 – Kvalitet

### Kvalitet og service i speciallægepraksis

Arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er vigtigt for at sikre, at patienterne modtager relevant og sikker udredning og behandling af høj kvalitet.

Kvalitetsarbejdet skal understøtte en kontinuerlig og hensigtsmæssig faglig udvikling i speciallægepraksis. Det sker med henblik på at fastholde høj kvalitet i de enkelte ydelser og sikre, at anvendelse af nye udrednings- og behandlingsmetoder samt ny teknologi løbende implementeres i speciallægepraksis. Det indebærer, at der er fokus på de praktiserende speciallægers muligheder for at tilegne sig nye kompetencer gennem efter- og videreuddannelse. Hertil kommer, at der i forbindelse med at implementere nye metoder og teknologi skal være en faglig afklaring af, om der skal stilles særlige krav og i givet fald hvilke. Det vil være specifikt for hvert enkelt speciale.

Kvaliteten i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen, og kvalitetsarbejdet skal derfor afspejle de rammer og temaer, der arbejdes med i sundhedsvæsenet i øvrigt.

Speciallæger i speciallægepraksis er i henhold til overenskomsten pr. 01-04-2015 akkrediteret efter den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Formålet hermed er blandt andet, at speciallægepraksis arbejder systematisk og udviklingsorienteret med metoder til egenkontrol og vurdering af behov for kvalitetsforbedrende tiltag. Endvidere arbejdes med inddragelse af patienternes oplevelser ved brug af patientrapporterede oplysninger (PRO). I samarbejde med eKVIS pågår et pilotprojekt om patientrapporteret outcome for smertepatienter. I dette projekt indrapporterer patienterne løbende data om bl.a. deres smertetilstand og effekten af behandlingen på smerteintensitet, livskvalitetsparametre og tilfredshed med behandlingen. Projektet er i udviklingsfasen og forventes startet i klinisk afprøvning forår 2019.

Kvalitetsarbejdet sætter fokus på, at udredning og behandling så vidt muligt skal bygge på evidens. Derfor arbejder speciallægepraksis ud fra den til enhver tid eksisterende relevante evidens, og praktiserende speciallæger er således forpligtet til at følge relevante nationale kliniske retningslinjer, referenceprogrammer, faglige guidelines etc. Det indebærer, at praktiserende speciallæger også skal rapportere til de en hver tid gældende nationale kliniske databaser.

Hvor der ikke er evidens, kan der skabes en fælles best practice (faglig konsensus) for speciallægepraksis. Dette skabes eksempelvis via udvikling af kliniske indikatorer og faglig monitorering, der medvirker til at skabe evidens for sygdomsområder og patientgrupper, som i særlig grad er dominerende i speciallægepraksis inden for de enkelte specialer. I udarbejdelsen af de kliniske indikatorer vil relevante videnskabelige selskaber, faglige organisationer og regionerne medvirke i det omfang, de ønsker.

Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis understøttes på flere måder. Alle speciallægepraksis bliver løbende vurderet. Der føres således tilsyn med speciallægepraksis i forbindelse med akkreditering efter DDKM, og herudover fører Styrelsen for Patientsikkerhed tilsyn med behandlingssteder på sundhedsområdet. Det risikobaserede tilsyn kan foregå på to forskellige måder; planlagt eller reaktivt. Der bliver gennemført planlagt risikobaseret tilsyn for anæstesiologer/ørelæger i forbindelse med anæstesi i ørelægeklinikker i 2019, hvor temaet for Styrelsens tilsyn er diagnostik og behandling og der er fokus på det kirurgiske område og den sårbare patient. De gennemføres på basis af Sundhedslovens § 213.

Specialet anæstesiologi forestår at skulle gennemgå 2. runde af akkreditering i speciallægepraksis i perioden april – september 2019.

DAO har fokus på at sikre høj kvalitet ved årligt at afholde kongres med aktuelle emner indenfor både smertebehandling og anæstesi. Der gennemføres i den forbindelse løbende kurser i avanceret genoplivning samt kurser i håndtering af uventet vanskelige luftveje og andre nødprocedurer, som f.eks. akut tracheotomi og anlæggelse af intraossøs kanyle.

## Kapitel 6 - Overenskomstmæssige forhold

I dette kapitel beskrives anvendelse af lokalaftaler i regionerne samt forslag til overenskomstmæssige ændringer i forbindelse med moderniseringen af specialet anæstesiologi. Der udestår stadig drøftelser, før kapitlet kan færdiggøres.

### Lokalaftaler

Der er i regionerne ikke indgået lokalaftaler i henhold til overenskomstens § 64 og § 65.

Region Syddanmark har dog en generisk aftale gældende for alle specialer vedrørende kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper samt møder og konferencer. Region Syddanmark har også en generel aftale om praktiserende speciallæger og klinikpersonales efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i speciallægepraksis samt alment praktiserende læger og klinikpersonales ophold i speciallægepraksis.

### Ændring vedr. udvidet henvisning

Arbejdsgruppen skal i henhold til kommissoriet drøfte mulighederne for direkte henvisning fra speciallæge i anæstesiologi til andre speciallæger eller øvrige praktiserende behandlere i praksissektoren fx psykologer.

Ifølge § 4 i den nuværende overenskomst for anæstesiologi kan der ikke henvises direkte til andre praksisspecialer. Ved behov henviser den praktiserende speciallæge i anæstesiologi i dag patienten via egen læge til behandling hos fx speciallæge i reumatologi.

Arbejdsgruppen foreslår, at § 4 ændres til, at praktiserende speciallæger i anæstesiologi, som varetager smertebehandling kan henvises direkte til speciallæge i reumatologi i forhold til udredning af patienter for generaliserede smerter i bevægeapparatet, hvor der kan være behov for en vurdering hos speciallæge i reumatologi først. Direkte henvisning skal følges op af en tilbagemelding til den oprindeligt henvisende læge.

### Henvisning fra speciallæge i anæstesiologi som udfører smertebehandling til psykolog

I henhold til bekendtgørelse nr. 264 af 25/3 2018 om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper kan der ikke ydes tilskud til psykologbehandling til personer med smerter. Da smertepatienter ikke er omfattet af personkredsen, der kan ydes offentligt tilskud til, vil henvisning fra speciallæge i anæstesiologi til psykolog således forudsætte en ministeriel ændring af bekendtgørelsen på området.

### Henvisning til fysioterapeut

Pr. 1. januar 2019 er det i den nye overenskomst for vederlagsfri fysioterapi, almen fysioterapi og ridefysioterapi præciseret i § 5, stk. 1, at *”Praktiserende læger og speciallæger, som har en patient under behandling for en sygdom, som kræver fysioterapeutisk behandling, kan i tilknytning til denne behandling henvises til fysioterapi.”*

Dette skrives ind i den specialespecifikke overenskomst for anæstesiologi.

### Rekvision af lægemidler

Arbejdsgruppen har afklaret, hvilke lægemidler der kan rekvireres samt påføre ATC-koder.

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i det arbejde, som er udført i samarbejde mellem FAPS og lægemiddelkonsulenterne i Region Hovedstaden. Det fremgår heraf, at der kan rekvireres markedsførte lægemidler. Magistrelle lægemidler og lægemidler uden markestilladelse kan ikke rekvireres. Undtaget herfra er ét af de muskelrelakserende præparater suxamethon, som rekvireres til anæstesi. Suxamethon er på grund af den meget hurtigt indsættende og aftagende virkning første valg, når der er behov for hurtig intubation og/eller kortvarig muskelafslappelse. Ydermere skal der ikke bruges et ekstra præparat for at ophæve virkningen igen, hvilket er tilfældet med fx rocuronium, som er andet valg i ovenstående situation.

Arbejdsgruppen foreslår, at rekvissionslisten opdeles i, hvad der kan rekvireres til anæstesi, og hvad der kan rekvireres til smertebehandling.

Det fremgår af nedenstående tabel hvilke lægemidler - oplistet med ATC-koder - der kan rekvireres via regionen i forbindelse med henholdsvis anæstesiologisk bistand og smertebehandling. I forhold til anæstesi til universel og lokalbedøvelse kan fx rekvireres anæstetika defineret ved ATC (N01A og N01B). Alle lægemidler inden for de overordnede ATC-koder (N01A og N01B) kan rekvireres.

### Rekvision af lægemidler m.v. til anæstesi

Jf. overenskomst	Hyppest anvendte lægemidler	ATC-kode
<b>Anæstetika til universel og lokalbedøvelse (N01A og N01B)</b>		
	Sevofluran	N01AB08
	Fentanyl	N01AH01
	Alfentanil	N01AH02
	Sufentanil	N01AH03
	Remifentanil	N01AH06
	Propofol	N01AX10
	Mepivacain	N01BB53
	Ropivacain	N01BB09
	Bupivacain	N01BB01
	Lidocain	N01BB02
	Bupivacain komb.	N01BB51
	Lidocain komb.	N01BB52
Muskelrelakserende midler		M03A
<b>Andre lægemidler, som kan rekvireres til brug i forbindelse med anæstesi</b>		
	Adrenalin	C01CA24
	Efedrin	C01CA26
	Naloxon	V03AB15
	Flumazenil	V03AB25
	Atropin	A03BA01

Infusionsvæsker - Nacl isot (isotonisk saltvand) - Glucose 5% (isotonisk glucose)		B05BB01  B05BA03
Rekvosition af medicinske gasser til brug ved anæstesi (		
	Oxygen (store flasker)	
	Nitrogendioxid (store flasker)	
	Atmosfærisk luft (store flasker)	

### Rekvosition af lægemidler til smertebehandling

Arbejdsgruppen har udover den nuværende rekvpositionsordning for speciallægepraksis aftalt, at speciallæger i anæstesiologi skal kunne rekvirere capsaicin plaster og lidocain plaster samt botulinumtoksin på regionens regning til patienter med neuropatiske smerter. Der aftales en rekvpositionsordning for capsaicin og lidocain plastre, hvor speciallægen udarbejder en recept til patienten, som henter plastret vederlagsfrit på apoteket og medbringer det til næste konsultation hos speciallægen. Hvis patienten efter afprøvning har effekt af behandlingen med plaster, søger speciallægen om enkelttilskud hos Lægemiddelstyrelsen med henblik på gentagelse af behandlingen. Behandlingen er nærmere beskrevet i ydelsesbeskrivelserne i kapitel 8.

Lægemidler til brug ved smertebehandling		
	Capsaicin plaster Kun som indledende behandling én gang pr. behandlingsforløb	N01BX04
	Lidocain plaster Kun som indledende behandling én gang pr. behandlingsforløb	N01BB02
	Botulinumtoksin	M03AX01
	Lokalbedøvelse	NO1BB
	Adrenalin	CO1CA24
	Efedrin	CO1CA26
Steorider til injektion	(H02AB – OBS kun injektion)	
	Betamethason	H02AB01
	Methylprednisolon	H02AB04
	Triamcinolona cetonid	H02AB08

## **Kapitel 7 – Arbejdsgruppens anbefalinger**

### **Arbejdsgruppens vurderinger og anbefalinger i henhold til kommissoriet**

Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i kommissoriet drøftet og belyst en række faglige problemstillinger inden for specialet anæstesiologi.

Arbejdsgruppen har foretaget en revision af ydelsesbeskrivelserne, som fremgår af kapitel 8.

#### **Smertebehandling**

Arbejdsgruppen har ikke fundet det meningsgivende at udarbejde egentlige forløbsbeskrivelser forstået som beskrivelser af arbejdsfordelingen mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehuse i forhold til specifikke patientgrupper. Dette da arbejdsdelingen i forhold til patienter med smerter afhænger af den praktiserende læges erfaringer samt øvrige lokalt tilgængelige henvisnings- og behandlingsmuligheder herunder mulighederne for henvisning til tværfaglig smertebehandling. Desuden forudsætter betegnelsen ”forløbsbeskrivelse”, at beskrivelsen skal være regionalt gældende. Arbejdsgruppen har i stedet udarbejdet beskrivelser af den faglige behandling for:

- Aftrapning af opioider
- Behandling med opioider ved kroniske smerter
- Medicinsk behandling af neuropatiske smerter
- Medicinsk behandling af nociceptive smerter

De faglige beskrivelser er udarbejdet på baggrund af nationale kliniske retningslinjer og rekommandationer fra Sundhedsstyrelsen. Det er i de faglige fremstillinger beskrevet, at aftrapning af opioider og behandling af patienter med kroniske smerter m.v. primært varetages af den alment praktiserende læge. Derudover har almen praksis en rolle som tovholder for at sikre henvisning til andre behandlingstilbud herunder speciallægepraksis, hvis det ikke har været muligt at gennemføre aftrapningen/behandlingen i almen praksis. Patienter med komplekse, kroniske non-maligne smerter henvises til et tværfagligt smertecenter, når der er indikation for det.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der indføres nye behandlinger herunder en tillægsydelse for ultralydsdiagnostik (”Diagnostisk ultralydsundersøgelse”) samt en rammeydelse for ultralydsvejledte nerveblokader i forbindelse med anæstesi.

Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at der indføres nye behandlingsmodaliteter inden for smertebehandling, herunder nye ydelser for behandling af smerter med capsaicinplaster og lidocainplaster samt botulinumtoksin, hvis peroral behandling ikke har tilstrækkelig effekt eller medfører uacceptable bivirkninger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at disse præparater skal kunne rekvireres af speciallægen på regionens regning til afprøvning på patienten for at vurdere effekten heraf, inden patienten selv køber præparaterne via enkelttilskudsordningen.

### **Akupunktur**

Arbejdsgruppen anerkender, at akupunktur kan afprøves i behandlingsforløb i speciallægepraksis. Da de to ydelser ”2624 Akupunktur” og ”2625 TNS” ofte anvendes samtidig foreslår arbejdsgruppen at lægge ydelserne sammen. Ved at bevare den selvstændige ydelse ”Akupunktur” får parterne mulighed for at følge forbruget af ydelsen.

### **Anæstesi-ydelser**

Arbejdsgruppen har ikke fundet det relevant at indføre en kompensation for situationer, hvor en planlagt operation må aflyses, fx fordi patienten ikke har overholdt sin faste eller har pådraget sig en infektion, der gør, at operationen må aflyses af patientsikkerhedsmæssige årsager.

### **Telefonkonsultation og e-mail konsultation med pårørende og samarbejdspartnere**

Arbejdsgruppen har ikke fundet det relevant at udarbejde en særlig telefonkonsultation eller e-mail konsultation til pårørende og samarbejdspartnere. Denne opgave er i stedet inkluderet i konsultationsydelse. Der findes i kataloget stadig mulighed for telefonkonsultation samt e-mail konsultation med smertepatienter samt telefonisk rådgivning af speciallæge i almen medicin.

### **Telemedicin**

Arbejdsgruppen anbefaler indførelse af en videokonsultation, der gør det lettere for patienter med lang transportafstand at komme til speciallæge. Patienten skal forud herfor være set i praksis til en 1. konsultation.

### **Anæstesiologisk bistand til andre praktiserende speciallæger**

Arbejdsgruppen har fundet det relevant at fremtidssikre ydelseskataloget for speciallægepraksis i anæstesiologi således, at der åbnes for muligheden for, at praktiserende speciallæger i anæstesiologi kan yde anæstesiologisk bistand til andre speciallæger ved en modernisering af de øvrige specialer, fx kirurgi, oftalmologi, ortopædkirurgi og gynækologi. Arbejdsgruppen har indrettet ydelseskataloget således, at ydelserne fremstår generiske i deres form og dermed kan appliceres i kombination med operationsydelser i specialer, hvor anæstesibistand kunne tænkes at blive relevant på sigt.

### **Ydelser, der udgår som følge af revision af ydelseskataloget**

0112 – Udvidet 1. konsultation, Smertebehandling

0120 – 2. Konsultation

2625 – Transkutan nervestimulation (er nu indeholdt i ydelse ”2624 Akupunktur”)

2631 – Sympaticusblokader (cervikale)

3020 – Anæstesiologisk bistand til øjenlæger

5010 – Anlæggelse af epiduralkateter

### **Revision af bilag vedr. oversigt over øre-, næse- og halsydelser hvortil der kan rekvireres anæstesi**

Arbejdsgruppen har på baggrund af øre-, næse- og halsmoderniseringen revideret bilaget i anæstesiologernes overenskomst, således at det fremgår, hvilke øre-, næse- og halsydelse der kan rekvireres anæstesi til jf. bilag 2.

Såfremt der som følge af øre-, næse- og halslægenes nye ydelseskatalog på et senere tidspunkt viser sig behov for at kombinere flere operationsydelser med anæstesi, anbefaler arbejdsgruppen, at det drøftes mellem overenskomstens parter.

### **Henvi sning til speciallæge i reumatologi**

Arbejdsgruppen har set på behovet for at kunne henvise direkte til andre speciallæger og foreslår, at praktiserende speciallæger i anæstesiologi, som varetager smertebehandling, får mulighed for at henvise direkte til speciallæge i reumatologi i forhold til udredning af patienter for generaliserede smerter i bevægeapparatet, hvor der kan være behov for vurdering hos en speciallæge i reumatologi forud for evt. behandling i anæstesiologisk speciallægepraksis.

### **Henvi sning til øvrige behandlere**

Arbejdsgruppen har endvidere drøftet muligheden for henvi sning til andre behandlere og har konstateret, at det med den nyligt indgåede overenskomst med fysioterapeuterne er blevet muligt for speciallæger at henvise til disse.

Arbejdsgruppen har med henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet fået afklaret, at der ikke i sundhedsloven er hjemmel til, at sygehuse og tværfaglige smerteklinikker kan henvise direkte til speciallægepraksis med henblik på fortsat smertebehandling i stedet for, at henvi sningen fra sygehus til speciallægepraksis skal gå via egen læge (jf. bilag 3).

Til gengæld kan speciallæger, der yder smertebehandling, jf. overenskomstens § 28 stk. 1, henvise direkte til tværfaglig smerteklinik (sygehusambulatorium).

### **Limitering**

Arbejdsgruppen ikke fundet behov for at ændre den eksisterende limitering for patientforløb, idet arbejdsgruppen finder det nyttigt med en vurdering foretaget af egen læge, inden det besluttes, om patienten skal fortsætte i et forløb. Det findes derfor hensigtsmæssigt at bevare den nuværende limitering på 6 konsultationer, jf. hovedoverenskomstens § 22, hvorefter egen læge er med til at vurdere, om forløbet skal fortsætte, jf. hovedoverenskomstens § 23 stk. 2 (henvi sning til fortsat behandling).

### **Rekv i sitioner**

Arbejdsgruppen har afklaret ATC-koder for de lægemidler, som specialet i henhold til § 2 i gældende overenskomst kan rekvirere (jf. bilag). Det er også blevet præciseret, at der kun kan rekvireres markedsførte lægemidler, som man kan følge forbruget af. Magistrelle lægemidler og lægemidler uden markedstilladelse kan generelt ikke rekvireres, dog med undtagelse af det muskelrelakserende præparat suxamethon.



Arbejdsgruppen anbefaler, at botulinumtoksin kan rekvireres til smertebehandling. Endvidere foreslår arbejdsgruppen, at speciallægen skal kunne rekvirere capsaicinplaster og lidocainplaster til afprøvning.

Herudover anbefaler arbejdsgruppen, at muskelrelakserende midler og infusionsvæsker samt atropin og atmosfærisk luft skal kunne rekvireres.

### **Aflastning af offentlige sygehuse**

Arbejdsgruppen har med inddragelse af input fra tværfaglige klinikker/centre i tre regioner afdækket, hvorvidt speciallægepraksis kan aflaste sygehusene i forhold til patienter optaget på venteliste.

De tværfaglige smerteklinikker/centre ser p.t. ikke et aflastningspotentiale i forhold til patienter med monofaglige smertetilstande. Arbejdsgruppen har derfor ikke fundet det relevant at oprette en visitationsydelse med henblik på henvisning af patienter til behandling i speciallægepraksis.

En eventuel aftale om kroniske smertepatienter i monofagligt regi vil kunne aftales regionalt.

## Kapitel 8 - Ydelsesbeskrivelser

### § 1 stk. 2 – Konsultationsydelse

<b>Ydelse 0110</b>	<b>1. Konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Første konsultation i et monofagligt udrednings- og/eller behandlingsforløb af patienter med akutte og/eller simple kroniske non-maligne smerter, samt patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter og maligne smerter i tilfælde, hvor der ikke er indikation for behandling på henholdsvis tværfagligt smertecenter eller palliativ enhed.
Undersøgelse/ behandling	<p>Optagelse af relevant sygehistorie,</p> <p>Indhentelse af relevante sundhedsoplysninger (e-journal eller lignende).</p> <p>Klinisk undersøgelse.</p> <p>Smerteanalyse og diagnose.</p> <p>Information og vejledning om behandlingsmuligheder samt udarbejdelse af behandlingsplan.</p> <p>Ordination af undersøgelser og behandlinger.</p> <p>Receptudstedelse og ansøgning om enkelttilskud.</p> <p>Relevant henvisning til fysioterapi, tværfaglig smertebehandling eller neurostimulationsbehandling (bagstrengsstimulation).</p> <p>Kontakt til samarbejdspartnere pr. telefon eller EDIFACT.</p> <p>Dosisjustering eller seponering af aktuell medicinsk behandling for smerter.</p> <p>Der vil ofte være en indledende medicinoptrapning med efterfølgende dosisjustering afhængig af effekt og bivirkninger.</p> <p>Ved aftrapning af opioider:</p> <p>Indledende vurdering af, om patienten er egnet til aftrapning i speciallægepraksis.</p> <p>Der lægges en behandlingsplan for nedtrapning af opioid samt opstart af abstinensforebyggende behandling.</p> <p>Samtidig vurderes behov for og sikring af støtte under aftrapning.</p> <p>FMK anvendes jf. gældende overenskomst § 38.</p>
Særlige forhold	

Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 0130</b>	<b>Senere konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Senere konsultation i et monofagligt udrednings- og/eller behandlingsforløb med akutte og/eller simple kroniske non-maligne smerter, samt patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter og maligne smerter i tilfælde, hvor der ikke er indikation for behandling på henholdsvis tværfagligt smertecenter eller palliativ enhed.
Undersøgelse/ behandling	<p>Vurdering af behandlingseffekt på smerteintensitet, aktivitetsniveau og andre livskvalitetsparametre.</p> <p>Dosisjustering eller seponering af aktuell medicinsk behandling for smerter samt planlægning af det videre forløb.</p> <p>Afprøvning af ny medicin. Hos patienter med blandede nociceptive og neuropatiske smerter kan det være relevant med afprøvning af medicin for begge smertetyper.</p> <p>For hver type af medicin, der afprøves, vil der være en indledende medicinoptrapning med efterfølgende dosisjustering afhængig af effekt og bivirkninger.</p> <p>Ved aftrapning af opioider sikres, at forudsætningerne for aftrapning fortsat er opfyldt.</p> <p>Behandlingsplan revurderes, herunder behov for opstart af abstinensforebyggende behandling.</p> <p>Receptudstedelse og ansøgning om enkelttilskud.</p> <p>Kontakt til samarbejdspartnere pr. telefon eller EDIFACT.</p> <p>FMK anvendes, jf. gældende overenskomst § 38.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Behandlingsleje
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	

Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.
--------------------	---

<b>Ydelse 0105</b>	<b>E-mail konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Patienter i et monofagligt udrednings- og/eller behandlingsforløb med akutte smerter eller kroniske smerter, hvor der er tale om en velafgrænset problemstilling, enkle konkrete forespørgsler af ikke hastende karakter samt ønske om svar på laboratorieundersøgelser, som ikke kræver supplerende information fra speciallægen.
Undersøgelse/ behandling	Kortfattet rådgivning og vejledning af patient via e-mail, som skal journalføres. F.eks. helt enkle spørgsmål fra patienten vedr. medicinering/bivirkninger eller svar på normale blodprøver eller EKG.  Ydelsen kan ikke benyttes alene til receptfornyelse, tidsbestilling eller ændring af planlagt tid.  Kræver sikker e-mail håndtering.
Særlige forhold	E-mail konsultation kan bruges i det omfang, at denne service kan kobles til speciallægens ydelser og er relevant for disse jf. gældende overenskomst § 44.  De nærmere vilkår for e-mail kommunikation med patienten er beskrevet i protokollat af 31-03-2011 om elektronisk kommunikation.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 0201</b>	<b>Telefonkonsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Patienter som er i et monofagligt udrednings- og/eller behandlingsforløb med akutte smerter eller kroniske smerter.
Undersøgelse/ behandling	<p>Kortfattet rådgivning og vejledning af patient. Konsultationen skal journalføres.</p> <p>Rådgivning og vurdering af behandlingseffekt, og eventuel justering af medicindosering.</p> <p>En planlagt telefonkonsultation er aftalt med patienten ved den foregående konsultation i klinikken.</p> <p>De ikke planlagte opkald er karakteriseret ved at patienten kontakter klinikken med henblik på afklaring af et problem, som kræver handling eller et svar fra speciallægen.</p> <p>Ydelsen kan ikke benyttes til alene receptfornyelse, tidsbestilling eller ændring af planlagt tid.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan i visse tilfælde efter oplæring fra speciallægen varetage ydelsen. Eksempelvis oplysning om normale prøvesvar efter aftale med speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig information.

<b>Ydelse 0205</b>	<b>Telefonisk rådgivning eller rådgivning pr. EDIFACT til speciallæge i almen medicin</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Speciallæge i almen medicin kontakter speciallægen i anæstesiologi med henblik på faglig rådgivning.
Undersøgelse/ behandling	Telefonisk rådgivning eller rådgivning pr. EDIFACT i forbindelse med henvendelse fra speciallæge i almen medicin vedrørende en konkret patient.  Det er en forudsætning, at henvendelsen ikke resulterer i, at speciallægen i almen medicin udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde.  Krav om journalnotat, jf. overenskomstens § 45.
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	



<b>Ydelse 2161</b>	<b>Tillæg for rekvirering af tolkebistand</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Ikke-dansktalende patienter, hvor konsultationen kræver en af regionen godkendt sprogfolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret dækker alene bestilling af sprogfolk.
Særlige forhold	Kan anvendes sammen med ydelse 2261.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan varetage ydelsen efter speciallægens instruks.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 2261</b>	<b>Tillæg til konsultationen med tolk</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Ikke-dansktalende patienter, hvor konsultationen kræver en af regionen godkendt sprogfolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for ekstra tidsforbrug ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Kan anvendes sammen med ydelse 2161.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 2264</b>	<b>Tillæg til konsultationen med døvetolk</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Hørehæmmede, hvor konsultationen kræver tolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for ekstra tidsforbrug ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Døvetolken skal underskrive en erklæring som dokumentation for deltagelse i konsultationen. Opbevaringspligt af dokumentet i 2 år jf. § 40, stk. 8 inklusive note.  Kan ikke anvendes sammen med ydelse 2161 (rekvirering af tolk).
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 2265</b>	<b>Tillæg til anæstesi, hvor tolk benyttes</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Ikke-dansktalende patienter, hvor det er nødvendigt med en af regionen godkendt sprogtolk til anæstesi og opvågning.
Undersøgelse/ behandling	Tolken bruges inden anæstesi til sikring af, at patienten har overholdt fasteregler samt til uddybning af anamnese. Tolken er til stede under indledning af anæstesi, indtil patienten sover og efterfølgende under opvågning.
Særlige forhold	Ydelsen kan kun bruges i forbindelse med ydelser relateret til anæstesi. Der ydes ikke honorar for rekvirering af tolk (ydelse 2161), idet dette ydes til opererende læge.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

## § 1 stk. 2 – Tillægsydelse Gruppe II

Ydelse 2620	Triggerpunktsblokada
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter med smerter fra et eller flere triggerpunkt(er). Typisk fra myoser eller belastet væv. Blokaden/indsprøjtningen anvendes til smertediagnostik og behandling, f.eks. nakke, skulderåg, lænderyg og balder.</p> <p>Kan anvendes ved akutte og kroniske smerter.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Indsprøjtning af lokalbedøvelsesmiddel med eller uden binyrebarkhormon til hæmning af smerte eller med tilsætning af binyrebarkhormon i det smerteudløsende punkt.</p> <p>Der kan maksimalt gives blokader i 4 punkter ved samme konsultation. Behandlingen kan gentages op til 5 gange ved efterfølgende konsultationer.</p> <p>Hvis der anvendes binyrebarkhormon må den indgivne mængde per konsultation ikke overstige, hvad der svarer til 40 mg Depo-Medrol, og der må gives op til 3 behandlinger i en serie. Ved anvendelse af binyrebarkhormon skal der være 2-6 ugers interval mellem behandlingerne. Behandlingsserien kan tidligst gentages 6 måneder efter seneste behandling med indsprøjtning af binyrebarkhormon.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan kun honoreres én gang pr. konsultation, uanset antallet af indsprøjtninger (maksimalt fire).
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Sprøjte(r), kanyler, steril swap, lokalbedøvelsesmiddel, binyrebarkhormon
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 2622</b>	<b>Blokader af perifere nerver.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter i et udrednings- og/eller behandlingsforløb med akutte eller kroniske smerter, hvor blokade vil kunne anvendes til diagnostik eller behandling, for eksempel herpes zoster, brud på ribben, smerter svarende til hudnerve på låret (meralgia paræstetica).</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Nervens placering bestemmes med ultralyd. Der indsprøjtes lokalanæstesimiddel omkring nerven. Ved positiv effekt på smerten anvendes blokaden herefter til behandling med eller uden tilsætning af binyrebarkhormon i en behandlingsserie, hvis der fortsat er indikation for behandlingen.</p> <p>Der monitoreres med pulsoxymetri.</p> <p>Hvis der anvendes binyrebarkhormon må indgivet mængde per konsultation ikke overstige, hvad der svarer til 40 mg Depo-Medrol. Der må gives op til 3 behandlinger i en serie med 2-6 ugers interval. Behandlingsserien kan tidligst gentages 6 måneder efter seneste behandling med indsprøjtning af binyrebarkhormon.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan kun honoreres én gang pr. konsultation.
Apparatur	Behandlingsleje. Ultralydsscanner. Pulsoxymeter
Uddannelsesbehov	<p>Relevant uddannelse i ultralydsvejledte blokader i forbindelse med speciallægeuddannelsen eller i forbindelse med efteruddannelse.</p> <p>Dokumentation skal godkendes af DAO og efterfølgende sendes til regionen.</p>
Klinikpersonale	
Utensilier	Ultralydsgel, sprøjte, kanyler, utensilier til hudinfektion, lokalbedøvelsesmiddel og binyrebarkhormon.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 2623</b>	<b>Manipulationsbehandling</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter i et behandlingsforløb med akutte eller kroniske smerter.</p> <p>Bruges til akut nakke- eller lændehold, muskelspændinger eller vedvarende bevægeindskrænkning i halshvirvelsøjlen.</p> <p>Kan bruges ved patienter med kroniske smerter med en akut forværring på grund af muskelspændinger.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Manuel påvirkning af led, f.eks. rygsøjlels facetled, lednære strukturer og muskulatur. Der kan bruges forskellige teknikker: ledmobiliserende-, muskelenergi- (MET), Counterstrain (CST) eller myofasciel release (MFR).</p> <p>Behandlingsforløb max 6 gange, hvorefter behandlingen med manipulation afsluttes, idet der ved fortsatte symptomer ikke er indikation for yderligere manipulationsbehandling i speciallægepraksis.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan kun honoreres én gang per konsultation, uanset antallet af manipulationer.
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	For at anvende manipulationsbehandling skal speciallægen have gennemført uddannelse i manipulation, godkendt af DAO. F.eks. kursus gennem Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM). Efter godkendt efteruddannelse skal dokumentation sendes til regionen.
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 2624</b>	<b>Akupunktur</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Patienter i et behandlingsforløb med akutte eller kroniske smerter, hvor der er indikation for at vurdere effekten af behandling med akupunktur. Typisk ved lidelser som slidgigt (arthrose), muskelspændingssmerter, migræne, rygmerter, senebetændelse (tendinit), slimsækirritation (bursit) eller fantomsmerter.
Undersøgelse/ behandling	Stimulation af nervebaner ved indstik af akupunktur nåle i klassiske akupunkturpunkter, triggerpunkter og/eller øreakupunkturpunkter. Ved indikation suppleres med transkutan nervestimulation (TNS) i klassiske akupunkturpunkter eller triggerpunkter.
Særlige forhold	Første akupunkturbehandling udføres altid af speciallægen. Nålesætning på brystkassen/ryg (thorax), hvor der kan være risiko for at ramme lungen udføres af speciallægen. Effekten af behandlingen vurderes af speciallægen. Ved manglende effekt efter 3 behandlinger afsluttes akupunkturbehandlingen. Ved effekt kan gives op til 6 akupunkturbehandlinger for en given lidelse, og der kan kun honoreres en behandling om dagen. Patienten afsluttes og egen læge informeres i epikrisen om at patienten kan søge fortsat akupunkturbehandling hos anden godkendt behandler.
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	For at udøve akupunktur, skal speciallægen - og ved uddelegering dennes klinikpersonale - have gennemført uddannelse i akupunktur godkendt af DAO. Uddannelsen kan speciallægen tage enten gennem Dansk Selskab for Evidensbaseret Akupunktur, gennem Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur eller lignende selskaber i udlandet. Efter godkendt efteruddannelse skal dokumentation sendes til regionen.
Klinikpersonale	Ydelsen kan ved senere konsultationer udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks og efter uddannelse i akupunktur godkendt af DAO, dog ikke ved nålesætning på brystkassen/ryg (thorax), hvor der kan være risiko for at ramme lungen.
Utensilier	Sterile engangsnåle, sterile permanente nåle med utensilier til desinfektion.



Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 2626</b>	<b>Injektion i slimsække, senenære strukturer eller led</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Patienter med akutte eller kroniske smerter forårsaget af for eksempel slimsækbetændelse, senebetændelse, slidgigt i led, eller ”frossen skulder”.
Undersøgelse/ behandling	Ultralydsvejledt indsprøjtning af lokalanæstesi eventuelt tilsat binyrebarkhormon i smertende slimsække, sener og/eller i led.  Hvis der anvendes binyrebarkhormon må indgivet mængde per konsultation ikke overstige hvad der svarer til 40 mg Depo-Medrol. Der må gives op til 3 behandlinger i en serie. Ved anvendelse af binyrebarkhormon skal der være 2-6 ugers interval mellem behandlingerne. Behandlingsserien kan tidligst gentages 6 måneder efter seneste behandling med indsprøjtning af binyrebarkhormon.
Særlige forhold	Ydelsen kan maksimalt honoreres 2 gange pr. konsultation ved forskellige anatomiske lokationer, uanset antallet af injektioner.
Apparatur	Behandlingsleje. Ultralydsscanner.
Uddannelsesbehov	Gennemført kursus i muskuloskeletal ultralyd med indhold svarende til Dansk Ultralyds Diagnostisk Selskabs 3 dages kursus og godkendt af DAO. Efter godkendt efteruddannelse skal dokumentation sendes til regionen.
Klinikpersonale	
Utensilier	Ultralydsgel, sprøjte, kanyle, utensilier til huddesinfektion, lokalbedøvelsesmiddel og binyrebarkhormon.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

## § 1 stk. 2 – Tillægsydelser Gruppe III

<b>Ydelse 2635</b>	<b>Injektion i hulrum ved rygsøjlen (epiduralrummet)</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Patienter med akutte eller kroniske smerter som for eksempel lavt siddende lændesmerter med udstråling, akut helvedesild, brud på ryghvirvel eller ved sammenfald af ryghvirvel ved knogleskørhed (osteoporose).
Undersøgelse/ behandling	Der injiceres lokalanæstesimiddel eventuelt kombineret med binyrebarkhormon i epiduralrummet.  Patienten observeres i klinikken med måling af blodtryk og pulsoxymetri før og efter anlæggelsen af lokalanæstesi.  Hvis der anvendes binyrebarkhormon må indgivet mængde per konsultation ikke overstige hvad der svarer til 40 mg Depo-Medrol. Der må gives op til 3 behandlinger i en serie. Ved anvendelse af binyrebarkhormon skal der være 2-6 ugers interval mellem behandlingerne. Behandlingsserien kan tidligst gentages 6 måneder efter seneste behandling med indsprøjtning af binyrebarkhormon.
Særlige forhold	Må kun anlægges i lændedelen eller ved korsbenet (lumbalt/sacralt).  Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.
Apparatur	Behandlingsleje. Blodtryksapparat. Pulsoxymeter
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Sprøjte og isotonisk, sterilt saltvand til identifikation af epiduralrummet, sprøjte til injektion af lægemiddel, kanyler, utensilier til desinfektion, udstyr og utensilier til håndtering af komplikationer, lokalbedøvelsesmiddel, binyrebarkhormon.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

<b>Ydelse 2637</b>	<b>Blokade ved siden af rygsøjlen (Paravertebral blokade)</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	Anvendes til patienter med akutte eller kroniske smerter. Kan anvendes ved ensidige smertetilstande fra nakke til lænderyg.
Undersøgelse/ behandling	<p>Ultralydsvejledt indsprøjtning af lokalanæstesimiddel evt. kombineret med binyrebarkhormon i det paravertebrale rum.</p> <p>Patienten observeres i klinikken med måling af blodtryk og pulsoxymetri før og efter anlæggelsen af lokalanæstesi.</p> <p>Hvis der anvendes binyrebarkhormon må indgivet mængde per konsultation ikke overstige hvad der svarer til 40 mg Depo-Medrol. Der må gives op til 3 behandlinger i en serie. Ved anvendelse af binyrebarkhormon skal der være 2-6 ugers interval mellem behandlingerne. Behandlingsserien kan tidligst gentages 6 måneder efter seneste behandling med indsprøjtning af binyrebarkhormon.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.
Apparatur	Behandlingsleje. Ultralydsscanner. Blodtryksapparat. Pulsoximeter
Uddannelsesbehov	Gennemført kursus i muskuloskeletal ultralyd med indhold svarende til Dansk Ultralyds Diagnostisk Selskabs 3 dages kursus og godkendt af DAO. Efter godkendt efteruddannelse skal dokumentation sendes til regionen.
Klinikpersonale	
Utensilier	Sprøjte, kanyler, utensilier til hudinfektion, udstyr og utensilier til håndtering af komplikationer, lokalbedøvelsesmiddel og binyrebarkhormon.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

## § 1 stk. 3 – Særydelser

<b>Ydelse 3021</b>	<b>Kortvarig anæstesi med maske eller sedation i mindre end 15 min.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter, der skal have foretaget undersøgelse og/eller behandling, hvortil der rekvireres anæstesi eller sedation.</p> <p>Undersøgelsen og/eller behandlingen defineres i Speciallægeoverenskomsten for de specialer, som anæstesiologerne yder anæstesiologisk bistand til.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Anæstesi/sedation til kortvarige undersøgelser og/eller behandlinger. Patienten identificeres ved navn og personnummer, herefter optages relevant anamnese, og det kontrolleres, at faste er overholdt. Der foretages evt. klinisk undersøgelse.</p> <p>Anæstesien udføres med indånding af anæstesigas igennem maske. Sedation udføres ved indgift af intravenøs medicin, som virker sløvende og/eller smertestillende. Sedationen kan også udføres ved indånding af lattergas-iltblanding igennem maske. Klinisk observation og pulsoxymetri udføres under anæstesien/sedationen.</p> <p>Varighed af anæstesi eller sedation er mindre end 15 minutter.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Anæstesiapparat, monitoreringsapparat, intubationsudstyr, nødprocedureudstyr.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan efter speciallægens instruks observere patienten i den sidste del af opvågningsfasen.
Utensilier	Maske, tungeholder, iltkateter, tube/larynxmaske utensilier til intravenøs adgang og -indgift, medicin til anæstesi og akutte tilstande.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 3022</b>	<b>Anæstesi med intubation eller larynxmaske eller sedation i mindre end 30 min.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter, der skal have foretaget undersøgelse og/eller behandling, hvortil der rekvireres anæstesi eller sedation.</p> <p>Undersøgelsen og/eller behandlingen defineres i Speciallægeoverenskomsten for de specialer, som anæstesiologerne yder anæstesiologisk bistand til. Ved intubation eller brug af larynxmaske skal patienten være fyldt 2 år.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten identificeres ved navn og personnummer, herefter laves relevant anamnese, og det kontrolleres, at faste er overholdt. Der foretages relevant klinisk undersøgelse.</p> <p>Anæstesien udføres ved indånding af anæstesisgas eller intravenøs sovemedicin, eventuelt intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Sedation udføres ved indgift af intravenøs medicin, som virker sløvende og/eller smertestillende. Sedationen kan også udføres ved indånding af lattergas-iltblanding igennem maske. Overvågning med klinisk observation, pulsoxymetri og kapnografi (ved intubation/larynxmaske) samt evt. EKG og blodtryksmåling under anæstesien/sedationen.</p> <p>Varighed af anæstesi eller sedation mindre end 30 minutter.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Anæstesiapparat, monitoreringsapparat, intubationsudstyr, nødprocedureudstyr.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan efter speciallægens instruks observere patienten i den sidste del af opvågningsfasen.
Utensilier	Maske, tungeholder, iltkateter, tube/larynxmaske, utensilier til intravenøs adgang og -indgift, medicin til anæstesi og akutte tilstande.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 3023</b>	<b>Anæstesi med intubation eller larynxmaske eller sedation i 30-60 min.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter, der skal have foretaget undersøgelse og/eller behandling, hvortil der rekvireres anæstesi eller sedation.</p> <p>Undersøgelsen og/eller behandlingen defineres i Speciallægeoverenskomsten for de specialer, som anæstesiologerne yder anæstesiologisk bistand til.</p> <p>Ved intubation eller brug af larynxmaske skal patienten være fyldt 2 år.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten identificeres ved navn og personnummer, herefter laves relevant anamnese, og det kontrolleres, at faste er overholdt. Der foretages relevant klinisk undersøgelse.</p> <p>Anæstesien udføres ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, eventuelt intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Sedation udføres ved indgift af intravenøs medicin, som virker sløvende og/eller smertestillende.</p> <p>Overvågning med klinisk observation, pulsoxymetri og kapnografi (ved intubation/larynxmaske) samt EKG og blodtryksmåling under anæstesien/sedationen.</p> <p>Varighed af anæstesi eller sedation 30-60 minutter.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Anæstesiapparat, monitoreringsapparat, intubationsudstyr, nødprocedureudstyr.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan efter speciallægens instruks observere patienten i den sidste del af opvågningsfasen.
Utensilier	Maske, tungeholder, iltkateter, tube/larynxmaske, utensilier til intravenøs adgang og -indgift, medicin til anæstesi og akutte tilstande.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 3024</b>	<b>Anæstesi med intubation eller larynxmaske eller sedation i 60-120 min.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter, der skal have foretaget undersøgelse og/eller behandling, hvortil der rekvireres anæstesi eller sedation.</p> <p>Undersøgelsen og/eller behandlingen defineres i Speciallægeoverenskomsten for de specialer, som anæstesiologerne yder anæstesiologisk bistand til.</p> <p>Ved intubation eller brug af larynxmaske skal patienten være fyldt 2 år.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten identificeres ved navn og personnummer, herefter laves relevant anamnese, og det kontrolleres, at faste er overholdt. Der foretages relevant klinisk undersøgelse.</p> <p>Anæstesi udføres ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Sedation udføres ved indgift af intravenøs medicin, som virker sløvende og/eller smertestillende.</p> <p>Overvågning med klinisk observation, pulsoxymetri og kapnografi (ved intubation/larynxmaske) samt EKG og blodtryksmåling under anæstesen/sedationen.</p> <p>Varighed af anæstesi eller sedation 60-120 minutter.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Anæstesiapparat, monitoreringsapparat, intubationsudstyr, nødprocedureudstyr.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan efter speciallægens instruks observere patienten i den sidste del af opvågningsfasen.
Utensilier	Maske, tungeholder, iltkateter, tube/larynxmaske, utensilier til intravenøs adgang og -indgift, medicin til anæstesi og akutte tilstande.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.



<b>Ydelse 3025</b>	<b>Anæstesi med intubation eller larynxmaske i mere end 120 min.</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter, der skal have foretaget undersøgelse og/eller behandling, hvortil der rekvireres anæstesi</p> <p>Undersøgelsen og/eller behandlingen defineres i Speciallægeoverenskomsten for de specialer, som anæstesiologerne yder anæstesiologisk bistand til.</p> <p>Ved intubation eller brug af larynxmaske skal patienten være fyldt 2 år.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten identificeres ved navn og personnummer, herefter laves relevant anamnese, og det kontrolleres, at faste er overholdt. Der foretages relevant klinisk undersøgelse.</p> <p>Anæstesi udføres ved indånding af anæstesigas eller intravenøs sovemedicin, intubation eller anlæggelse af larynxmaske med eller uden muskelafslappende medicin. Overvågning med klinisk observation, pulsoxyometri og kapnografisamt EKG og blodtryksmåling under anæstesen.</p> <p>Varighed af anæstesi mere end 120 minutter.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Anæstesiapparat, monitoreringsapparat, intubationsudstyr, nødprocedureudstyr.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan efter speciallægens instruks observere patienten i den sidste del af opvågningsfasen.
Utensilier	Maske, tungeholder, tube/larynxmaske, utensilier til intravenøs adgang og -indgift, medicin til anæstesi og akutte tilstande.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

## Nye ydelser

### §1 stk. 2 – Konsultationsydelser

<b>Ydelse 0108</b>	<b>Videokonsultation</b>
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter med kroniske smerter, som er i et udrednings- og/eller behandlingsforløb, hvor der er tale om en velafgrænset problemstilling, hvor det på grund af lang transportafstand vurderes hensigtsmæssigt med videokonsultation.</p> <p>Kan ikke erstatte 1. konsultation</p> <p>Kan heller ikke benyttes til patienter, hvor der ifølge gældende lovgivning er fremmødekrav i klinikken.</p> <p>Sundhedsstyrelsen har med henvisning til afsnit 2.2.2. om ordination og receptfornyelse i ”Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler” udtalt, at udgangspunktet er, at der ved hver receptfornyelse skal foretages en revurdering af indikationen for behandlingen ved personligt fremmøde eller hjemmebesøg og ikke ved telefon- eller internet/email-konsultation. Det er Sundhedsstyrelsens umiddelbare vurdering, at videokonsultation er omfattet af ordet internetkonsultation, hvorfor videokonsultationer som udgangspunkt ikke er mulige i de i afsnit 2.2.2 beskrevne situationer.</p> <p>I helt særlige tilfælde, hvor der er stærke faglige grunde for, at receptfornyelse for et afhængighedsskabende lægemiddel må ske før end en fysisk vurdering er mulig, kan der eventuelt ske receptfornyelse på baggrund af en videokonsultation. Begrundelsen for disse meget begrænsede undtagelsestilfælde skal altid journalføres.</p>
Undersøgelse/ behandling	Medicinsk behandling. Videokonsultationen erstatter en senere konsultation (0130)
Særlige forhold	Skal efterfølge en 1. konsultation
Apparatur	Sikker audiovisuel forbindelse.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	

Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og/eller skriftlig information.

## §1 stk. 2 – Tillægsydelse

<b>Ydelse 2639</b>	<b>Behandling med capsaicin plaster</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter med perifer neuropatisk smerte i et afgrænset område.</p> <p>Behandlingen er indiceret ved perifer neuropatisk smerte, hvis behandling med perorale analgetika eller lidocain plaster ikke har sufficient effekt eller medfører uacceptable bivirkninger.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Plasteret klippes til efter en skabelon, som er udformet på forhånd ved optegning af det smertefulde område, så det passer til behandlingsområdet. Det tilpassede plaster appliceres svarende til de mest smertefulde område på intakt, tør hud. Plasteret skal sidde i 30 minutter på fødder og 60 minutter ved anden lokalisation. Behandlingen kan gentages hver 3. måned, så længe der er behov for behandling.</p> <p>Før påsætning af plasteret, skal hudområdet være tørt og forinden afvasket med vand og sæbe.</p> <p>Hårvækst fjernes med saks - barbering skal undgås.</p> <p>Efter behandlingen påsmøres området med den medfølgende rensesegel, der efter mindst 1 minut fjernes, hvorefter hudområdet vaskes med vand og sæbe.</p> <p>Capsaicin må ikke komme i kontakt med øjne eller slimhinder.</p>
Særlige forhold	<p>Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.</p> <p>Der aftales til afprøvning af capsaicin plaster en rekvisitionsordning, hvor speciallægen udarbejder en recept til patienten, som henter plasteret vederlagsfrit på apoteket og medbringer det til konsultationen hos speciallægen.</p> <p>Hvis der er effekt af behandlingen, søges om enkelttilskud til patienten.</p>
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Speciallægen vurderer resultatet af foregående behandling og kan herefter instruere klinikpersonale, som kan varetage påsætning og aftagning af plasteret

Utensilier	Saks, skabelonpapir, lidocain creme, capsaicin plaster, nitrilhandsker, ansigtsmaske og beskyttelsesbriller. Plaster kan rekvireres til afprøvning 1 gang i behandlingsforløbet.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 2638</b>	<b>Behandling med lidocain plaster</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter med perifer neuropatisk smerte i et afgrænset område.</p> <p>Behandlingen er indiceret ved perifer neuropatisk smerte, hvis behandling med perorale analgetika ikke har sufficient effekt eller medfører uacceptable bivirkninger.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Plastret klippes til, så det passer til behandlingsområdet. Plastret påsættes det berørte område 1 gang dagligt. Plastret skal sidde i højst 12 timer, hvorefter der skal gå endnu 12 timer, før et nyt plaster må påsættes.</p> <p>Der må højst anvendes 3 plastre på samme tid. Hvis producentens anbefalinger ændres, kan antallet ændres.</p> <p>Efterfølgende vil patienterne ofte kunne applicere plasteret selv i hjemmet.</p>
Særlige forhold	<p>Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.</p> <p>Der aftales til afprøvning af lidocain plaster en rekvisitionsordning, hvor speciallægen udarbejder en recept til patienten, som henter plastret vederlagsfrit på apoteket og medbringer det til konsultationen hos speciallægen.</p> <p>Hvis der er effekt af behandlingen, søges om enkelttilskud til patienten.</p>
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan efter speciallægens instruks varetages af klinikpersonale.
Utensilier	Skabelonpapir, saks, lidocain plaster. Plaster kan rekvireres til afprøvning 1 gang i behandlingsforløbet.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 2640</b>	<b>Botulinumtoksin behandling af neuropatisk smerte</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse.
Målgruppe/ Indikation	<p>Patienter med neuropatisk smerte, som ikke kan behandles med andre sekundære analgetika mod neuropatisk smerte. Behandlingen initieres ved neuropatiske tilstande hvor behandling med botox vurderes effektivt.</p> <p>Behandlingen er tredjevalgsbehandling efter peroral behandling og behandling med plastre (lidocain og capsaicin).</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Botulinumtoksin gives intramuskulært i det smertefulde område. Afhængigt af indikationen kan injektion også gives som indsprøjtning under huden (subkcutant) i det smertefulde område.</p> <p>Behandlingen kan gentages med minimum 3 måneders interval.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Uensilier	Botulinumtoksin, sprøjte, optrækskanyle, injektionskanyle, spritswab, handsker. Botulinumtoksin kan rekvireres til hele behandlingsforløbet.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

<b>Ydelse 2641</b>	<b>Diagnostisk ultralydsundersøgelse</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse.
Målgruppe/ Indikation	Patienter med akutte eller kroniske smerter, hvor anamnese og klinisk undersøgelse peger på, at smerterne kan være udløst af betændelsestilstande og/eller skader i muskler, sener og ledbånd, slimsække, øget mængde ledvæske eller sublaksation i facetled (ryg).
Undersøgelse/ behandling	Ultralydsundersøgelse foretages med patienten siddende eller liggende på undersøgelsesleje.
Særlige forhold	Kan kombineres med ydelserne 2626 Injektion i slimsække, senenære strukturer eller led og 2637 paravertebral blokade. Ydelsen kan kun honoreres 1 gang pr. patientforløb.
Apparatur	Ultralydsapparat med prober til overfladiske og dybe undersøgelser.
Uddannelsesbehov	Gennemført kursus i muskuloskeletal ultralyd med indhold svarende til Dansk Ultralyds Diagnostisk Selskabs 3 dages kursus og godkendt af DAO. Efter godkendt efteruddannelse skal dokumentation sendes til regionen, hvorefter speciallægen kan tage ydelsen i brug.
Klinikpersonale	
Ustensilier	Ultralydsgel.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig information.



## § 1 stk. 4 – Rammeydelser

<b>Ydelse 5000</b>	<b>Ultralydsvejledt nerveblokade i forbindelse med anæstesi</b>
Ny/eksisterende	Ny rammeydelse.
Målgruppe/ Indikation	Ultralydsvejledt nerveblokade med lokalanæstesimiddel, der udføres som supplement til anden anæstesiologisk bistand. Blokaden virker også som smertebehandling efter operationen.  Bruges ved indgreb på arme eller ben.
Undersøgelse/ behandling	Ultralydsvejledt anlæggelse af nerveblokade i ekstremiteter.  Patienten er monitoreret svarende til anæstesi.
Særlige forhold	Ydelsen forudsætter anvendelse af anden anæstesiydelse samme dag.  Ydelsen kan honoreres 1 gang pr. konsultation.
Apparatur	Ultralydsscanner.
Uddannelsesbehov	Relevant uddannelse i ultralydsvejledte blokader i forbindelse med speciallægeuddannelsen eller i forbindelse med efteruddannelse.  Dokumentationen skal godkendes af DAO og efterfølgende sendes til regionen.
Klinikpersonale	
Utensilier	Ultralydsgel, specialkanyle, sprøjte, lokalbedøvelse og anden medicin til indgift, spritswab.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant skriftlig og/eller mundtlig information.

## **Ydelser, der udgår som følge af revision af ydelseskataloget**

0112 – Udvidet 1. konsultation, smertebehandling

0120 – 2. Konsultation

2625 – Transkutan nervestimulation (er nu indeholdt i ydelse ”2624 Akupunktur”)

2631 – Sympaticusblokader (cervikale)

3020 – Anæstesiologisk bistand til øjenlæger

5010 – Anlæggelse af epiduralkateter

## **Bilag 1 – Deltagere i arbejdsgruppen**

### **Fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn:**

Centerchef Kirsten Jørgensen, Danske Regioner

Seniorkonsulent, Helle Nørtoft Laursen, Danske Regioner

Fuldmægtig, Pia Lund Lunøe, Danske Regioner

Ledende overlæge Anja Ulrike Mitchell, Bornholms Hospital

Chefkonsulent Bodil Vestergaard Nielsen, Region Sjælland

Specialkonsulent Helle Bruun, Region Syddanmark

Chefkonsulent Anna Marie Rahbeck Schmidt, Det regionale moderniseringssekretariat

Specialkonsulent Martin Hesselholt Lang, Det regionale moderniseringssekretariat

### **Fra Foreningen af Speciallæger:**

Jeppe Launbjerg, medlem af FAPS' bestyrelse

Niels Henrik Nielsen, medlem af FAPS' bestyrelse

Praktiserende speciallæge i anæstesiologi, Annette Freudendal-Pedersen

Praktiserende speciallæge i anæstesiologi, Grazyna Ewa Perko

Praktiserende speciallæge i anæstesiologi, Ebbe Rønholm

Praktiserende speciallæge i anæstesiologi, Carl Johan Erichsen (faglig ressourceperson)

Christina Lumby Rasmussen, Chefkonsulent FAS' sekretariat

Christian Vestergaard Dietz, Konsulent FAS' sekretariat

## Bilag 2 – Anæstesi til ørelægeindgreb

### Gruppering af diverse ørelægeindgreb hvortil der alene kan rekvireres anæstesiydelse 3021-3025

Indgreb	Ydelsesnummer Ørelægehjælp	Ydelsesnummer Anæstesiologi
<b>A. Ører</b>		
Fjernelse af polypdannelse på tromme- hinde eller fra mellemøre	3006 +/- 3106	3021
Anlæggelse af trommehindedræn (Tubulation af trommehinde)	3009 +/- 3109	3021
Gennemskæring af trommehinden (paracentese)	3022 +/- 3122	3021
Trommehindeoperation (Myringoplastik med kunstigt transplantat)	3023 +/- 3123	3021
Trommehindeoperation (Myringoplastik) med frit transplantat	3024	3023
Trommehindeoperation (Myringoplastik) med frit transplantat bilat.	3024 + 3124	3024
Trommehindeoperation (Tympanoplastik type 1) med fremklapning af trommehinden	3025	3024
Trommehindeoperation (Tympanoplastik type 1) med fremklapning af trommehinden bilat.	3025 + 3125	3025
Fjernelse af fremmedlegeme	3053	3022
Fjernelse af fremmedlegeme bilat.	3053 + 3153	3023
Operation for stritøre	5001	3023
Operation for stritøre bilat.	5001 + 5101	3024
Mellemøreoperation med rekonstruktion af øreknoglekæden (Tympanoplastik type 2 eller 3)	5016	3025
<b>B. Næse</b>		
Endoskopisk undersøgelse af begge næsehuler før og efter afhævning af slimhinder (nasal endoskopi/posterior rhinoskopi med detumescering)	2013	3021
Ætsning eller brænding af kar i næseslimhinden ved næseblødning (Kaustisk eller diatermisk behandling af epistaxis)	3002 +/- 3102	3022
Operativ fjernelse af næsepolypper (polypektomi)	3004	3022
Operativ fjernelse af næsepolypper (polypektomi) bilat.	3004 + 3104	3023

Indgreb	Ydelsesnummer Ørelægehjælp	Ydelsesnummer Anæstesiologi
Fjernelse af polypper (adenoide vegetationer) i næsesvælget (adenotomi)	3005	3022
Sinoskopi med eller uden biopsi	3008 +/- 3108	3022
Behandling af isoleret næsefraktur	3011	3022
Reduktion af forstørret næsemusling (conchotomia)	3027	3022
Reduktion af forstørret næsemusling (conchotomia) bilat.	3027 + 3127	3023
Punktur eller tubulation af kæbehule	3028 +/- 3128	3022
Behandling af næseblødning eller sår i næsehulen med næsetamponade	3029 +/- 3129	3022
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik)	3030	3023
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule	3033	3023
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule, bilat.	3033 + 3133	3024
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med Ethmoidektomi	3058	3023
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med Ethmoidektomi, bilat.	3058 + 3158	3024
Fjernelse af fremmedlegeme	3053 +/- 3153	3022
<u>C. Mund og svælg</u>		
Operation af spytkirtlens udførselsgang	3010	3022
Total fjernelse af halsmandler (Tonsillektomi)	3015	3023
Delvis fjernelse af halsmandler (Tonsillotomi)	3057	3023
Operation af for stramt tunge- eller læbe- bånd	3037	3022
Fjernelse af godartet svulst (tumor) i strube eller svælg	3039	3024
Fjernelse af fremmedlegeme	3053	3022
Fjernelse af fremmedlegeme i strube eller spiserør	3053	3024
Fjernelse af drøbelen (Uvulektomi)	3056	3023
<u>D. Ansigt og hals</u>		
Fjernelse af svulst fra hud med efterfølgende kirurgisk rekonstruktion (plastik)	3044	3024

E. Kombinationer: Operationer, hvor forskellige indgreb forekommer samtidig

Indgreb	Ydelsesnummer Ørelægehjælp	Ydelsesnummer Anæstesiologi
Fjernelse af polypper (adenoide vegetationer) i næsesvælget (adenotomi) +/-	3005 +/-	3022
Anlæggelse af trommehindedræn (Tubulation af trommehinde) +/- Operation af for stramt tunge- eller læbeband	3009 +/- 3109 +/- 3037	
Total eller delvis fjernelse af halsmandler (Tonsillektomi/tonsillotomi) +/- Fjernelse af polypper (adenoide vegetationer) i næsesvælget (adenotomi) +/- Anlæggelse af trommehindedræn (Tubulation af trommehinde) +/- Operation af for stramt tunge- eller læbeband	3015/3057 +/- 3005 +/- 3009 +/- 3109 +/- 3037	3023
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik) +/- Reduktion af forstørret næsemusling conchotomia)	3030 + 3027	3024
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik) +/- Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule	3030 + 3033	3024
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik) +/- Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med ethmoidektomi	3030 + 3058	3024
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik) +/- Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule/ Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med ethmoidektomi	3030 + 3033 +/- 3133 + 3058 +/- 3158	3025
Operation af skæv næseskillevæg (Septumplastik) +/- Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule +/- Reduktion af forstørret næsemusling (conchotomia) +/- Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med ethmoidektomi	3030 + 3033 +/- 3133 og 3027 +/- 3127 og evt. 3058 +/- 3158	3025
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule +/- Reduktion af forstørret næsemusling (conchotomia)	3033 + 3027	3024
Funktionel endoskopisk bihulekirurgi med åbning til kæbehule +/- Reduktion af forstørret næsemusling (conchotomia), bilat.	3033 +/- 3133 + 3027 +/- 3127	3025
Total eller delvis fjernelse af halsmandler (Tonsillektomi/tonsillotomi) +/- Fjernelse af drøblen (Uvulektomi)	3015/3057 + 3056	3024

Indgreb	Ydelsesnummer Ørelægehjælp	Ydelsesnummer Anæstesiologi
<u>Øre-næse-halslægeydelser, hvor muligheden for anæstesi ikke direkte er beskrevet i ørelægernes ydelsesbeskrivelser, men hvor ydelser kan udføres i generel anæstesi på baggrund af en lægefaglig vurdering</u>		
Fjernelse af sting (sutfjernelse)	3050	3021
Behandling af øregangseksem eller betændelse i øregangshuden med øregangsbandage (Mechebehandling i øregang)	3051	3021
Oprensning af øregang efter mellemøre-operation med tildannelse af ikke-selvrensende hulrum (Radikalkavitet)	3052	3022
Oprensning af øregang efter mellemøre-operation med tildannelse af ikke-selvrensende hulrum (Radikalkavitet), bilat.	3052 + 3152	3023
Punktur/incision af byld, cyste eller hæmatom i øre-, næse og halsområdet	3034	3022
Biopsi	3035	3022
Fjernelse af svulst fra hud eller slimhinde med efterfølgende suturering	3036	3022
Celleprøve med finnål (finnålsaspirationsbiopsi (FNAB))	2103	3021

## **Bilag 3 – Svar fra Sundhedsstyrelsen**

Kære Anna Marie,

Som aftalt, hermed svar på jeres henvendelse.

Som det fremgår af afsnit 2.2.2. om ordination og receptfornyelse i vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler er udgangspunktet, at der ved hver receptfornyelse skal foretages en revurdering af indikationen for behandlingen ved personligt fremmøde eller hjemmebesøg og ikke ved telefon- eller internet/email-konsultation. Det er Sundhedsstyrelsens umiddelbare vurdering, at videokonsultation er omfattet af ordet internetkonsultation, hvorfor videokonsultationer som udgangspunkt ikke er mulige i de i afsnit 2.2.2 beskrevne situationer.

I helt særlige tilfælde, hvor der er stærke faglige grunde for at receptfornyelse for et afhængighedsskabende lægemiddel må ske før end en fysisk vurdering er mulig, kan der eventuelt ske receptfornyelse på baggrund af en videokonsultation. Begrundelsen for disse meget begrænsede undtagelsestilfælde skal altid journalføres.

Vh. Christina

---

**Christina Debes Helm**

Fuldmægtig

Cand.jur.

T (dir.) +45 72 22 76 42

[cdhe@sst.dk](mailto:cdhe@sst.dk)

Sundhedsstyrelsen

Enhed for Evidens, Uddannelse og Beredskab

T +45 72 22 74 00

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)



## Bilag 4 – Svar fra Sundheds- og Ældreministeriet



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M sum@sum.dk  
W sum.dk

Moderniseringssekretariatet på speciallægeområdet  
Region Hovedstaden, Center for Sundhed  
Enhed for praksisaftaler

Dato: 04-02-2019  
Enhed: AELSAM  
Sagsbeh.: DEPBHK  
Sagsnr.: 1603629  
Dok. nr.: 807618

Att.: Chefkonsulent Anna Marie Schmidt

Kære Anna Marie Schmidt

Hermed besvarelse af din henvendelse den 18. januar 2019 på vegne af Moderniseringsudvalget på speciallægeområdet, hvor der ønskes Sundheds- og Ældreministeriets fortolkning af, om der med baggrund i sundhedsloven er mulighed for, at sygehuse og tværfaglige smerteklinikker kan henvise patienter direkte til speciallægepraksis med henblik på fortsat smertebehandling i stedet for, at henvisningen fra sygehus til speciallægepraksis skal gå via egen læge.

Det fremgår af sundhedslovens § 64, stk. 1, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge, jf. dog stk. 4.

Af sundhedslovens § 64, stk. 4, fremgår det, at sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om henvisning til behandling efter stk. 1, herunder at kravet om henvisning til behandling hos praktiserende speciallæge kan fraviges i nærmere bestemt omfang. Endvidere kan sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om, at en praktiserende speciallæge kan henvise til behandling hos en anden praktiserende speciallæge i nærmere bestemt omfang. De nærmere regler er fastsat i bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren, men bekendtgørelsen fraviger ikke sundhedslovens udgangspunkt om, at behandling hos praktiserende speciallæge sker efter henvisning fra den valgte alment praktiserende læge.

Der er således efter sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren samt den gældende overenskomst om speciallægehjælp af 1. april 2018 ikke hjemmel for sygehuset og tilhørende tværfaglige smerteklinikker til at henvise patienter direkte til vederlagsfri smertebehandling hos speciallægepraksis.

Med venlig hilsen

Benjamin Haslund-Krog