

Kommentarer vedr praksisplan fra Foreningen af speciallægers regionale bestyrelse.

Vi har i den regionale FAPS bestyrelse indsamlet kommentarer fra de praktiserende speciallæger. Vi er vidende om, at den endelige plan endnu ikke foreligger og er interesserede i, også at få mulighed for at kommenterer den reviderede plan.

Med venlig hilsen
FAPS's regionsbestyrelse

Den almene del:

1:

Der bør arbejdes på at få indgået de såkaldte 20/80 aftaler (jvf overenskomstens § 66) med enkelte speciallæger således at funktioner der aktuelt ligger i hospitalsregi men som kan betegnes som værende på hovedfunktionsniveau eller regionsfunktionsniveau, kan lægges ud til enkelte speciallæger, afhængigt af om disse har kompetencen.

MOTIVATION:

Speciallæger har generelt mange kompetencer som er udviklet gennem års ansættelse på hospitalsafdelinger rundt omkring i landet.

Mange oplever at overgangen fra hospital til praksis betyder at mange af disse kompetencer ikke længe må praktiseres, hvilket er spild af gode ressourcer.

Kompetencerne kan variere fra speciallæge til speciallæge. Man kunne derfor forestille sig en differentiering af hvilke speciallæger der kan varetage de forskellige behandlinger som i udgangspunktet er lagt i hospitalsregi. Proceduren for udvælgelsen af de enkelte speciallæger skal dog være gennemsigtig evt. gennem en ansøgningsprocedure.

Et eksempel kan være en overlæge der har varetaget behandlingen og kontrollen af øjenssygdommen AMD, som er en omkostningstung post for sygehusvæsenet. Ikke mindst pga udgifterne til patienttransport til de mange kontroller og behandlinger. Det er ikke omkostningseffektivt at en fuldt ud kompetent speciallæge fratages muligheden for at fortsætte denne behandlings fordi han overgår fra sygehusafdelingen til speciallægepraksis.

2:

De IT systemer som sygehusene benytter bør opgraderes således at en tidsvarende kommunikation mellem speciallægepraksis og sygehusene kan finde sted. Speciallægepraksis har gennem flere år haft implementeret opdaterede IT systemer jvf overenskomstens forord, mhp kommunikation med sygehusene.

MOTIVATION:

Apparaturet i praksis er i dag mindst ligeså avanceret som på sygehusene, men ikke tidsvarende software på sygehusene betyder at vigtig information i form af billedmateriale o. lign, ikke kan sendes til sygehusene. Patienterne bliver derfor i stort omfang dobbeltundersøgt, og oplever ofte, med undren, at alle de undersøgelser som det har fået gennemført i speciallægepraksis, gentages på sygehuset. Gentagelse kan naturligvis ikke helt elimineres, og kan til tider være berettiget, men omfanget er stort og kan ikke retfærdiggøres med hensynet til uddannelse på afdelingerne alene. Resultatet er spild af ressourcer, uden tilvejebringelse af ny viden om patientens tilstand.

3:

Vi er opmærksomme på at speciallægedækningen i Region Midt er som i vore naboregioner, men i Region København har borgerne en speciallægedækning, der er dobbelt så god, som i vores region. Vi vil derfor pege på, at der bør oprettes nye ydernumre, specielt i de perifere dele af regionen.

4:

Der er behov for at se på uddannelsen af kommende speciallæger i speciallægepraksis. Speciallægepraksis adskiller sig fra hospitalsarbejde på en del områder, og det er i mange tilfælde som et "subspeciale", som kun kan læres i speciallægepraksis regi

5:

Angående de såkaldte 20/80 aftaler (jvf. overenskomstens § 66) med enkelte speciallæger, bør man arbejde på at få indgået aftaler i passende portioner, således at hver praksis kan byde ind med det antal operationer, udrednings- og behandlingsforløb, der er kapacitet til i hver enkelt klinik under hensyntagen til den enkelte speciallæges erfaring og kapacitet.

6:

Eventuelt kunne den enkelte speciallæge gøre brug af hospitalernes faciliteter, endog fungere som konsulent på hospitalerne. Der er store kapaciteter hos speciallægerne, der ofte har mange års erfaring fra tidligere ansættelser på afdelingerne (ørekirurgi, næse- bihulekirurgi, foniatrik udredning og behandling ect.)

Den specialespecifikke del:

Kommentar fra dermatolog

Der i øjeblikket for få speciallæger i dermatologi. Ventetiderne er stigende og den sidste overenskomst, der pålagde os at fastholde omsætningen på 2010 niveau, har yderligere øget ventetiderne. Det er urimeligt at patienter med eksempelvis eksem, der ikke er en akut lidelse men en meget generende sygdom, som ikke kan komme til behandling og udredning indenfor en rimelig tid.

Dette medfører øgede udgifter til sygemeldinger og øger risikoen for at gøre sygdommen kronisk. Lignende kan anføres om flere af vore andre lidelser.

Praksissektoren har et glimrende samarbejde med vores lokalafdeling, der også er presset, og vi vil gerne aflaste, hvor vi kan. Vi har fået flyttet mange af de systemiske behandlinger og kontrollen af

dele af den biologiske behandling ud i praksis, og vi vil gerne fortsætte denne udflytning så flere praksis kan deltage.

Vi er også åbne overfor nye opgaver hvor det er muligt, eksempelvis kan PDT-behandlingen udbygges.

Desuden overtager vi gerne laserbehandling af uønsket hårvækst. Botoxbehandling kan også sagtens udføres i praksis ligesom flere klinikker gerne deltager i hyposensibilisering af patienter med høfeber.

Kommentarer fra pædiater

Pædiatri er det eneste speciale, som er defineret ud fra en bestemt aldersgruppe. Det betyder, at specialer som neurologi, otologi, dermatologi uden videre kan behandle børn med f.eks. migræne, allergisk rhinitis og astma, og børneeksem og fødemiddelallergi. Børnelæge opfordrer til at dette diskuteres i praksisplan.

1) Samarbejde mellem hospitalsambulatorium/-afdeling og speciallægepraksis.

Vi er helt på linje med kommentarerne om det frugtbare i et samarbejde mellem hospitalsambulatorierne og speciallægepraksis.

De praktiserende speciallæger i pædiatri ser imidlertid mange flere grupper af børn end nævnt i udkastet. I tillæg til de nævnte områder astma og enuresis er følgende numerisk vigtige: børn med afføringsproblemer, mavesmerter, hovedpine, allergisk rhinitis, fødemiddelallergi, udviklingsvurderinger indenfor det neuropædiatriske område. Fokus i klinikkerne ligger på patientforløbet indenfor de enkelte problemstillinger for barnet og familien. Der er løbende sparring med kolleger på børneafdelingerne men i høj grad en stor udredning i klinikkerne, så rigtigt mange børn og familier kan udredes og behandles i speciallægeregi udenfor sygehusene. Udredningen følger givne standarder/guidelines i tråd med de anbefalinger, der anvendes også i børneafdelingerne. Samarbejde mellem sygehusafdelinger og klinikkerne/speciallægepraksis kan være essentielt for de bedst mulige forløb.

Metoder til at udvikle dette samarbejde er derfor naturligvis vigtige. Vi savner imidlertid i udkastet overvejelser om, hvordan hospitalsambulatorierne og speciallægepraksis adskiller sig fra hinanden. Hvad byder de ind med hver især? Det er i forskelligheden, at muligheden for udbygningen af et øget supplerende samarbejde ligger, snarere end i ligheden. Vi vil nævne nogle vigtige aspekter.

- Speciallægepraksis er i modsætning til et hospitalsambulatorium, hvor patienterne ofte møder (mange) forskellige læger med et kompetence niveau fra introduktionslægens til den højt subspecialiserede speciallæges, karakteriseret ved, at patienterne **altid** møder den samme speciallæge. Det medfører en meget høj patientoplevelse kvalitet, der blev dokumenteret i KVIS (Kvalitet i Speciallægepraksis) pilotprojektet for et par år siden.
- Den praktiserende speciallæge er karakteriseret ved et bredt kompetenceniveau.

- Det betyder, at i speciallæge praksis er der tværfaglige speciallægekompetencer samlet hos den samme speciallæge, der typisk dækker f.eks. generel pædiatri, allergologi, enuresis problematikken, funktionelle lidelser, endokrinologi mm. Det er en væsentlig force, fordi konkurrerende lidelser tit forekommer. Det medfører også en høj patienttilfredshed.
- I speciallægepraksis er der samlet en betydelig klinisk erfaring. Vi ser langt flere patienter pr dag end en speciallæge i et hospitalsambulatorium. Hos børn især er det en betydelig patientoplevelt kvalitet, at der kun udføres de blodprøver og undersøgelser, som er absolut nødvendige for at nå frem til en diagnose og behandling. Det er veldokumenteret, at des mere klinisk erfaring en læge har, des færre unødige undersøgelser ordineres der.
- Sygeligheden hos børn domineres blandt andet af funktionelle lidelser, dvs lidelser, der ikke har et egentligt somatisk grundlag, men som viser sig med symptomer, der også ses ved somatiske tilstande. Hyppige funktionelle klager hos børn er mavesmerter, hovedpine, tics, træthed. Disse børn gennemgår ofte mange mere eller mindre belastende undersøgelser i hospitalsregi, hvor det opfattes som vigtigt at sikre sig, at der ikke foreligger en somatisk sygdom. Nøglen til at udrede disse børn ligger imidlertid ofte i at opnå et indgående kendskab til barnets, dets hverdagsliv og dets symptomer, som det kan være vanskeligere at opnå i en hospitalsafdeling med mange skiftende lægekontakter end i speciallægepraksis.
- Speciallægepraksis opleves af børn og deres familier som en mere tilgængelig klinik end et hospitalsambulatorium. Familierne oplever, at speciallægen kan holdes mere direkte ansvarlig for udredning og behandling end i et hospitalsambulatorium. Det er en betydelig patientoplevelt kvalitet.
- Speciallægepraksis ser – sammenlignet med de pædiatriske hospitalsambulatorier og deres antal af læger – et betydeligt større antal patienter til en langt lavere omkostning.
- Speciallægepraksis i pædiatri arbejder – som nævt ovenfor - ligesom hospitalsafdelingerne efter nationale og internationale vejledende retningslinjer for udredning og behandling.

Det er klart, at der er en række subspecielle områder, som hører hjemme hos den subspecialiserede hospitalsspeciallæge, men mange af de hyppigste lidelser hos børn kan lægges ud i speciallægepraksis og varetages med stor patienttilfredshed, et skarpt indiceret udredningsomfang og lavere omkostninger til følge.

Jeg anbefaler, at afsnittet ”Generel anbefaling”, p 60 revideres så det forholder sig til ovenstående.

2) Vedrørende afsnittet ”Anbefalinger som opgaver”, p 57

Det er en mangel i dette afsnit, at barnealderens uden sammenligning hyppigste kroniske lidelser astma bronchiale, allergisk rhinitis og fødemiddelallergi er omtalt sparsomt eller slet ikke.

- Astma bronchiale er en kronisk sygdom, som karakteriseres ved tilbagevendende anfald af forsnævrede luftveje med vejrtrækningsbesvær, hvæsen og hoste til følge. Den udredes i speciallægepraksis som i hospitalsregi, og speciallægepraksis har undersøgelsesmetoder helt på niveau med hospitalerne (omend der i praksis ikke er honorering for anvendte metoder som f.eks. måling af nitrogen monoxid og visse farmakologiske provokationstests). Det gælder både de små børns infektionsudløste astma og de ældre børns allergisk udløste eller fugt udløste astma (uspecifik astma). I speciallægepraksis er der en faglig kompetence. Hospitalsafdelingens bidrag til udredning og behandling af børn med astma kan begrænses til alene at omfatte de børn – hyppigst de allergyngste – som har brug for indlæggelse i forbindelse med akutte episoder, og til de få børn, der har behov for differential diagnostisk afklaring med f.eks. videomonitorerede løbetests.
Vi er bekendt med sæsonvariationen i antallet af astmapatienter i de pædiatriske afdelinger, og vi oplever selv den samme sæsonvariation med et klart øget antal astmapatienter i vinterperioden. Vi er åbne for en drøftelse af hvordan en mulig aflastning af børneafdelingerne kan ske praktisk og økonomisk.
- Allergisk rhinitis (høfeber) er barnealderens hyppigste kroniske lidelse, og forekommer hos 15-20%. Det er en lidelse, der alene kan være forbundet med allergi overfor græs, men som hyppigt hos børn også skyldes allergi overfor husstøvmider. Det betyder, at børnene er syge hele året. Desuden ledsages allergisk rhinitis hos mere end 50% af børnene af astma, som ofte er udiagnosticeret og medfører, at den medicinske behandling, der gives mod høfeber, ikke gør børnene raske. Det er dokumenteret, at alt for mange børn er udiagnosticerede, både når det gælder deres høfeber og samtidige astma. Disse børn kan alle udredes og behandles i speciallægepraksis i pædiatri, og der er dokumentation for, at øget fokus på udredning og behandling er nødvendig.
- Allergi overfor fødemidler (mælk, æg, jordnødder mm) hos børn kan give en variation af symptomer fra milde til livstruende. De kan alle udredes i speciallægepraksis. Også denne patientkategori kan flyttes ud af hospitalsregi, fraset at hospitalet er nødvendig back-up i forbindelse med de meget få akutte tilfælde af allergiske shock.
- Allergivaccination bør tilbydes børn med allergisk rhinit og astma, hos hvem medicinsk symptombehandling ikke er effektiv. Derudover bør det tilbydes til børn med insektallergi. Allergivaccination tilbydes i dag allerede i speciallægepraksis i pædiatri, og erfaring og klinisk faglig viden i speciallægepraksis er stor. I hospitalsregi kan det være vanskeligt at opfylde det krav i Sundhedsstyrelsens vejledning herom, at behandlingen skal varetages af en læge med et indgående kendskab til patienten. Her er organisationen i speciallægepraksis på plads. Vi er ikke bekendt med, at moderniseringsudvalget arbejder med spørgsmålet om, hvorvidt allergivaccinationsbehandling kan varetages i praksis, sådan som det hedder i udkastet. Udvalget arbejder med nogle overenskomst-mæssige afklaringer om honorar o lign.
- Som omtalt under 1) ovenfor er der en betydelig funktionel sygelighed hos børn. Det vil sige børn med mavesmerter, hovedpine, tics, træthed mm. De udredes alle kompetent i speciallægepraksis. Som dokumenteret er der i hospitalsafdelinger ofte en ikke hensigtsmæssig optagethed af somatiske undersøgelser, som i bedste fald blot sikrer, at der ikke er tale om f.eks. en tumor i maven, men som i værste fald fastholder barn og

forældre i et – ofte af den grund forstærket fokus på en somatisk årsag, som er kontraproduktiv for en behandling af det funktionelle problem.

- Speciallægepraksis i pædiatri ser ikke blot børn med enuresis, men hele spektret af børn med såkaldt ”bladder-bowel dysfunction” (BBD, der omfatter obstipation, fæcalinkontinens, daginkontinens og enuresis). Udredning og behandling af denne tetrade følger nationale og internationale guidelines. Tæt opfølgning er en vigtig hjørnestein i behandlingen, og langt de fleste børn vil med fordel kunne behandles i hele forløbet i pædiatrisk speciallæge praksis. Vi hilser forslaget til at se på §64 aftale vedrørende uroflow undersøgelse og ultralydsscanning af blæren mhp resturin velkommen. Scanning af rektaldiameter er også i dag en undersøgelse, der kan indgå i udredningen i speciallæge praksis under obstipationsdiagnosen, og vi foreslår, at arbejde frem mod en §64 aftale, som omfatter dette.

Det er vigtigt, at afsnittet ”Anbefalinger af opgaver” revideres i tråd med ovenstående, så opmærksomheden kommer på de hyppige kroniske sygdomme og tilstande i barnealderen. Det er her, at speciallægepraksis har sine største kompetencer og største muligheder for at aflaste hospitalsambulatorier mhp også at sikre den højeste patienttilfredshed. Sammenlignet med glutenallergi og pubertas præcox vejer de ovennævnte sygdomme langt tungere numerisk og derfor også økonomisk. *Vi vil gerne anbefale, at de ovennævnte sygdomme i lighed med enuresis nocturna evalueres mhp at speciallægepraksis i højere grad overtager dem, hvorved hospitalsambulatorierne aflastes.*

Det betyder dog ikke, at vi vil undlade at kommentere afsnittene om glutenallergi og pubertas præcox, som desværre rummer et par misforståelser:

- Kontrol af patienter med glutenallergi foregår allerede i speciallægepraksis i pædiatri. Der har på ingen måde været faglige problemer heri mig bekendt. Derfor bør anbefalingen ændres. Jeg vil også bemærke, at udredningen af coeliaki hos især de yngste børn i disse år er under ændring. Man læner sig mere end før til specifikke markører i blodet og til vævstypemarkører og vælger biopsier fra. Derfor kan diagnostik i nogen udstrækning også foretages i praksis i samråd med en subspecialiseret hospitalsspeciallæge.
- Når det gælder afsnittet om for tidlig pubertet er jeg enig i, at udredningen heraf kan foregå i speciallægepraksis, ligesom i øvrigt udredning af børn med andre vækstproblemer oftest kan. Men det er ikke rigtigt, som skrevet står, at behandlingen foregår på hospitalet. De omtalte GnRH præparater kan udskrives af den praktiserende speciallæge og behandlingen kan gives i praksis. Speciallægepraksis følger danske retningslinjer herfor. Sådan er det også med en andre pubertetsforstyrrelser. Derfor forekommer det ikke særligt nødvendigt, at anbefale, at det nu skal ”...undersøges, om det økonomisk og fagligt vil være hensigtsmæssigt...”. Der har ikke været og er ikke faglige problemer heri. Derimod er det en relativt dyr behandling, der ofte betales via en hospitalsafdeling eller via en kommunal sundhedsforvaltning.

Jeg beder om, at I vil revidere det foreliggende udkast under hensyntagen til disse kommentarer, sådan at det i højere grad afspejler den virkelighed, hvori speciallægepraksis i pædiatri allerede befinder sig. Det forekommer mig at være vigtigt, at der formidles et troværdigt indtryk af, hvordan

praksis er i dag, når man lægger planer for i morgen. Jeg håber derfor, at disse oplysninger er anvendelige for Jer, og jeg ser frem til en konstruktiv dialog herom.
Indlægget skrevet af Ole D. Wolthers Speciallæge i pædiatri

Kommentarer fra pædiater:

1) vedrørende enuresis.en fyldestgørende udredning, behandling og opfølgning af BBD kræver at vi er stand til at udføre uroflow og undersøgelser for resturin (Ul af blære)- Ergo. såfremt man ønsker at flytte en stor patientgruppe fra børneafdelingernes ambulatorier til speciallægepraksis, kræver det, at der indgås den omtalte §64 aftale, som jeg virkelig ser frem til.

2)Vedrørende pubertas præcox :

Siden januar 2013 har regionen pålagt sygehusene (siger Lars Hansen) at betale procren, så alle børn der går og gik hos mig er sendt til Viborg for at få deres behandling der.(tidligere blev medicinen betalt af kronikertilskud og kommunen)

Jeg mener ikke at kunne forsvare at belaste kommunens økonomi, med dyr medicin, når en udredning og behandling på sygehus medfører, at behandlingen betales af regionen, og det åbenbart er -?pålagt hospitalerne ??

Jeg er helt enig i at vi sagtens kan forestå hele udredningen, Vi kunne jo foreslå, at det blev regionen, og ikke sygehusene, der stod for betalingen. så ville det blive billigere for regionen, og bedre for børnene. Når børnene primært er udredt hos mig, er de voldsomt kede af, at skulle veksle mellem hospital og egen læge

- Og et helt andet problem er jo, hvis der på nuværende tidspunkt finder en skævvridning af betaling sted i regionen mellem hospitalerne. -Jeg mener- hvis de andre hospitaler ikke udleverer progrenen, så forvrider Viborg jo behandlingen i regionen. og det synes jo at være tilfældet.

Indlægget er skrevet af Lone Fiil Christensen, pædiater.

Kommentarer fra lungemedicinere:

Alle medicinske ydernumre er intern medicinske, og der ses i en af deltidpraksis lungemedicin/allergi, infektionsmedicin, gastromedicin, samt bredt intern medicin. Synes det bør nævnes.

Vedr. andre specialer der ønsker honorar for allergivaccination må det afklares meget om hvordan man har tænkt sig udredningen skal foregå.

Skal hudlæger eller ørelæger udrede for astma eller vil man blot vaccinere på blodprøver - priktest - og det kan man ikke !!!

Der er ønske om opgradering af et deltidnummer til fuldtidsnummer.

Side 88 i den del der omhandler de enkelte specialer:

Angående forskellen i omsætning i de to fuldtidspraksis:

Vi finder formuleringen uheldig, da det kan opfattes som om den praksis der har mange allergivaccinationer er specielt kompetent ("specialiseret") til at udføre allergivaccinationer.

Vi foreslår en anden formulering:

"Forskellen skyldes at den ene praksis har et stort volumen af allergivaccinationer, som i høj grad varetages af klinikpersonale."

Det kan også anføres at dyspnoepatienter kan udredes særdeles godt i speciallægepraksis. Vi henviser dyspnoepatienter med mistænkt kardiell komponent til vore kolleger i speciallægepraksis i kardiologi.

Kommentarer fra reumatologer

I afsnittet hvor der omtales opgaver, der kan flyttes fra sygehus til speciallægepraksis er der nævnt biologisk behandling. Det er vi enige i, men har forstået at man i regionen ikke ønsker det, da afd U i Århus har angivet, de kan klare efterspørgslen på biologisk behandling og at man ikke ønsker medicinen leveret fra almindelige apoteker pga den højere pris. Planen afspejler ikke, at disse emner har været diskuteret. Det kan noteres at kapacitetsvurderingen har fundet sted og at det fra afdelingerne er vurderet at der ikke er behov. Vi kan ønske, at der arbejdes på, at lovgivningen tilpasses, så den ikke er en hindring for at opgaver løses effektivt og billigt.

Vi er positive overfor ønske om uddannelse ud i praksis. Vi har drøftet det i uddannelsesudvalget, men det har ikke været muligt at få en aftale igennem med reumatologer i Silkeborg.

Vedr et evt tværfagligt teamsamarbejde - er der brugerbetaling eller vil man her overveje en løsning med betalt tværfagligt samarbejde som er betalt så det matcher hospitalerne

Kommentarer fra øjenlæger

Jeg mener at man indenfor specialet **Oftalmologi** bør udlægge flere behandlinger til speciallægepraksis som i dag ligger på sygehuset. Det vil betyde meget for rekruttering og fastholdelse i praksis at den enkelte speciallæge kan få lov til at tilbyde så stor en palette af undersøgelser og behandlinger som muligt.

F.eks. **YAG kapsulotomi**, som er laserbehandling for efterstær. Behandling er en del af overenskomsten og står i vores ydelsestabel som en ydelse der kan aktiveres af regionen. Jeg vil foreslå at man aktiverer denne ydelse. Da vi fortsat er underlagt økonomiprotektollatet vil aktivering af ydelsen ikke belaste regionen økonomisk. Behandlingen er hurtig, nem og behæftet med meget lav risiko. Praksis i dag er at patienten skal henvises til sygehus, indkaldes til behandling, transporteres med patienttransport, eller ved venner eller families hjælp, og i det hele taget bruge det meste af en dag på at få denne behandling. Hvis vi i speciallægepraksis kunne få lov at give denne behandling og få en ydelse for den, ville det af borgeren blive oplevet som en stor serviceforbedring, regionen ville ikke skulle bruge flere penge, og der vil ligge en stor besparelse på patienttransport.

Som nævnt under den almene del vil jeg endvidere foreslå at behandling og kontrol af øjensygdommen AMD kunne uddelegeres til enkelte øjenlæger i praksis afhængigt af deres kompetencer og efter forudgående ansøgning til Regionen, som kunne nedsætte et udvalg bestående af bl.a. læger fra sygehusafdelingen til vurdering af den enkelte læges kompetencer.

Også **forundersøgelse af katarakt** kunne man indgå aftale med enkelte øjenlæger om at foretage, for at minimere dobbeltundersøgelser og begrænse tidsforbruget til dette. Ved forundersøgelse af katarakt stilles diagnosen, og indikationen for operation vurderes. Herefter foretages udmåling af øjet mhp beregning af linsens styrke. Dette arbejde kunne efter min mening ligeså godt finde sted i praksis, hvorefter patienten kan tage direkte på sygehuset til operation. Der skal naturligvis være et tæt samarbejde mellem forundersøgende praktiserende kollega samt kataraktkirurgerne på sygehuset. Udvælgelsen af pågældende praktiserende speciallæge skulle ligeledes være efter ovennævnte procedurer. Som praksis er i dag forundersøges patienterne efter henvisning fra speciallægepraksis af ikke-speciallæger under uddannelse. Ikke for at ringeagte det arbejde de udfører, men blot for at understrege at blot fordi patienten henvises til sygehuset stiger kompetenceniveauet ikke nødvendigvis.

Der skal arbejdes for at de speciallæger som under sit arbejde på sygehusafdeling, har erhvervet kompetence i katarakt (grå stær) kirurgi kan bidrage til LEON ved at fortsætte med katarakt kirurgi i praksis.

Kvalitet og materiale skal være det samme som på sygehuset.

Honoreringen skal være af en størrelse som sikrer at udstyr og materialer er de samme og har samme høje kvalitet som på sygehus.

Under pkt 2.14

står at der ikke er potentiale for flytning af opgaver fra hospital til øjenlægelægepraksis! Det harmonerer ikke med LEON.

De er vigtig at pointere at kvaliteten i speciallægepraksis skal være den samme som på sygehus. Ved oprettelse aftaler vedrørende behandling/kontrol skal der være konkrete krav til såvel til speciallægens kompetence som til udstyr.

Honoreringen skal være tilstrækkelig til at sikre dette. Man kunne tænke sig, at man brugte samme materialer som på sygehusene (det har tidligere været praktiseret for grå stær operationers vedkommende).

Kommentar fra psykiater

Der er nervøsitet for udsigten til at speciallægepraksis skal integreres i hospitalspsykiatrien.

Der beskrives at en psykiater på en måned har fået 3 henvisninger på patienter, der har været til "forsamtale" i Regionspsykiatrien. I 2 tilfælde er det en sygeplejerske, der har haft samtalen den sidste er en reservelæge. Alle 3 samtaler rummer intet, der bare ligner en psykiatrisk undersøgelse. I alle 3 tilfælde konfereres med en overlæge og det besluttes at patienten hører til hos praktiserende psykiater.

Man finder at psykiatrisk speciallægepraksis af bagdøren er kommet med i den fælles visitation.

Kommentar fra ØNH læge

En stor patientgruppe, der ikke er nævnt, er dem der udredes og behandles for allergi i ønh speciallæge praksis. Der er i overenskomsten specielle ydelser (0601,0602,0603) for disse patienter, og ønh specialet har en meget stor del af patienter med denne problemstilling. Der er desuden flere klinikker, der allerede i dag allergivaccinerer. Der er i ønh specialet en rigtig god grund til at fortsætte med at vaccinere, da vi som speciallæger bl.a. er uddannet til at sikre frie luftveje og behandle anafylaksi, hvis patienterne får reaktioner i forbindelse med vaccinationerne. Derfor skal dette nævnes og vi bør også i fremtiden være en aktiv spiller på denne bane.

Nye tiltag i ønh praksis er at flere og flere ønh læger investerer i UL udstyr, for at sikre mere nøjagtig hoved hals udredning og diagnostik. Herved spares mange hospitalsbesøg for patienterne, hvilket betyder billigere udredning/diagnostik for regionerne, altså mere sundhed for pengene.

Det foniatiske område er også i nogle praksisser et tilbud, specielt i Region Midt, hvor der laves stroboskopi og diagnostik samt igangsætning af behandling på lige fod, og med lige så højt et fagligt niveau som på hospitalerne.

Vi mener ikke at flytning af allerede eksisterende og ”arbejdende” ydernr. fra Randers til Ringkøbing området bør indgå i praksis planen. Argumentet for en evt. flytning beror på antagelse af, at patienterne i deres valg af ønh læge besøg, ikke krydser regionsgrænserne, og at der ikke er tilgang fra Region Nord til de praksisser der ligger lige på regionsgrænsen. Ydermere som der også er nævnt i praksisplanen, må man forvente at folk også søger speciallæge i nærheden af evt. arbejdsplads, og ikke kun ud fra hvor deres hjem kommune ligger. Optageområdet for ØNH-læger i Randersområdet er markant større end man umiddelbart skulle tro, idet der tilgår ptt. fra hele Mariagerfjord kommune, Djursland, Faurskov og nordlige del af Aarhus.

Der er ikke ventetider af stor betydning i Herning og Holstebro aktuelt, og derfor mener vi ikke, at der er behov for ekstra kapacitet i Ringkøbing. Der blev flyttet et ydernr. fra Ringkøbing til Holstebro for få tilbage, da der ikke var belæg for en ønh praksis i dette område.

Hvis man skal øge ønh kapaciteten, bør denne tilfalde Horsens, hvor man i dag ”knækker” og hvor ventetiden er urimelig høj sammenlignet med andre steder i regionen.

På vegne af ØNH-Lægerne i Region Midt

Anette Gormsen Therkildsen

Kommentar fra ØNH læge

I forbindelse med høring af Udkast til praksisplan - specialespecifik del, har vi følgende kommentarer til afsnit 3.14, anbefalinger om kapacitet, s. 31:

I Randers er der over de sidste år sket et næsten komplet generationsskifte. Inden for den næste årrække er det kun Lars Sloth Iversen der går på pension, idet han idag som den ældste af 5 ØNH-læger er 63 år.

Lars Iversen er en del af 3-mands ØNH-praksis der netop har investeret massivt i nye større og mere tidssvarende lokaler og medicinsk udstyr, herynder ombygning, således at der fremover vil

være 2 operationsstuer med hospitalsstandard. Dette med henblik på at udnytte nogle af de nye faglige ressourcer der er blevet tilført klinikken med generationsskiftet. Helt i tråd med praksisplan 2009 samt udkast til praksisplan 2013 (kvalitet, effektiv ressourceanvendelse - LEON, styrkelse og udvikling af det nære sundhedsvæsen).

Hvis Regionen påtænker at flytte f.eks. Lars Iversens ydernummer, vil hele grundlaget for at udnytte denne kapacitet, og dermed spare offentlige såvel som private hospitaler for en lang række indgreb, forsvinde, da vi naturligvis først og fremmest skal honorere de basale ydelser. Disse indgreb ville vi da fortsat skulle viderehenvise til offentlig/privat hospital, i stedet for selv at udføre dem, iøvrigt på samme niveau, men tættere på borgeren - og væsentligt mere omkostningseffektivt. Vores særlige indsatsområde vedrører især næse-bihulekirurgi, hvor der er 4-5 års ventetid i Aarhus og som tilbydes på privathospitalerne Ciconia, Teres/Grymer, Aleris-Hamlet og Aros. Disse indgreb er alle dækket af overenskomsten.

Desuden vil de to tilbageblevne ØNH-læger i en sådan situation, stå i for store lokaler og med alt for høje udgifter, der niveauet er lagt efter en 3-mands praksis. Såfremt man ønsker at arbejde videre ad dette spor, vil de massive investeringer vi allerede har gjort, gå tabt.

Vi synes også man bør overveje at optageområdet for ØNH-læger i Randersområdet er markant større end man umiddelbart skulle tro, idet vi får ptt. fra Hobro, Djursland, Faurskov og nordlige del af Aarhus.

Al fremskrivning tyder desuden på, at det kun er i Østjylland at befolkningstilvæksten vil ske (40.000 på 6 år - statistikbanken.dk)).

Dette blot lige for at understrege at næse-bihulekirurgi er et særligt indsatsområde. Vi har også med nyt tidssvarende udstyr og lokaler mulighed for at udvide eller tage andre indgreb og ydelser op som beskrevet i udkastet til praksisplanen, herunder lapning af hul i trommehinden, stritøreoperation, fjernelse af halsmandler, septumplastik, Monitorering af søvnapnø, CPAP-behandling, FESS-operationer og postoperative kontroller.

Mvh

Jonas Peter Yde Holm og Thomas Qvist Barrett
Ørelægerne Torvegade
8900 Randers C