

Afrapportering:

TASKFORCE PÅ ØJENOMRÅDET



Indhold

- 1. Indledning og sammenfatning 2**
 - 1.2 Arbejdsgruppens opgave 2**
 - 1.3 Arbejdsgruppens sammensætning 3**
 - 1.4 Sammenfatning af anbefalinger og videre proces 3**

- 2. Baggrund 6**
 - 2.1 Aktivitet på øjenområdet 6**
 - 2.2 Kraftig stigning i øjensygdomme med behov for hurtig behandling 6**
 - 2.3 Ventetid på øjenområdet 8**
 - 2.4 Antallet af øjenlæger er stort set uændret 8**

- 3. Organisering af øjenområdet 8**
 - 3.1 Beskrivelse af øjenspecialet 9**
 - 3.2 Hospitalssektoren og speciallægepraksis 11**

- 4. Mulige løsningsspor 11**
 - 4.1 Overenskomsten for speciallæger 11**
 - 4.2 Telemedicinsk aflastning af øjenlægepraksis 13**
 - 4.3 Mulighed for indberetning samt udveksling af patientdata på tværs af sektorer 14**
 - 4.4 Ændring af optometristuddannelsen 14**
 - 4.5 Efteruddannelsestilbud til uddannede optometriste 15**
 - 4.6 Etablering af ortoptistuddannelsen 15**
 - 4.7 Dimensionering af speciallæger i øjenspecialet 16**
 - 4.8 Kunstig intelligens 17**

- 5. Samlede anbefalinger 17**

- 6. Udmøntning og opfølgning på initiativer 19**

- 7. Økonomi 20**

1. Indledning og sammenfatning

Kapaciteten på øjenområdet er presset, hvilket har resulteret i længere ventetider for at blive diagnosticeret og behandlet for en række øjensygdomme.

En væsentlig årsag er ændringer i demografien, hvor der er sket en kraftig stigning i antallet af ældre. Udviklingen vil fortsætte, og allerede i 2025 vil der være 80.000 flere danskere, der er 80 år eller derover, end der er i dag. Da ældre har større sandsynlighed for at udvikle øjensygdomme, betyder ændringer i demografien flere øjenpatienter i fremtiden.

Stigningen i øjenpatienter er dog ikke kun båret af demografien, men skyldes også, at der er sket store fremskridt i behandlingen af øjensygdomme. Det er i dag muligt at behandle flere øjensygdomme, end det var for bare få år siden. Det er fx tilfældet med en aggressive nethindesygdomme som våd AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration), man tidligere risikerede at miste synet af.

De nye behandlingsmuligheder er en glædelig nyhed og i sig selv et fremskridt. Det skaber dog også udfordringer. Organiseringen på øjenområdet er efter alt at dømme ikke gearret til håndtere en fremtid med markant flere patienter med aggressive, hurtigudviklende nethindesygdomme, hvor tid er afgørende for behandlingsresultatet. Våd AMD skal behandles inden for 14 dage fra symptomdebut og alene antallet af unikke patienter med våd AMD med kontakt til sygehusene er steget med ca. 600 procent fra 2011 til 2021.

Samtidig har antallet af øjenlæger ligget forholdsvis stabilt de sidste 10 år, hvilket har resulteret i mangel på øjenlægerressourcer.

Der tegner sig derfor nogle overordnede udfordringer på området:

- Den kraftige stigning i øjenpatienter betyder, at den overordnede kapacitet på området er presset. Det gælder især i forhold til personaleressourcer grundet mangel på øjenlæger, men der mangler også fysiske lokaler til at behandle de mange ekstra patienter. Dette afspejles også i data på området, hvor der allerede nu ses stigende ventetider.
- Den markante stigning i patienter med aggressive øjensygdomme, der skal behandles inden for kort tid efter symptomdebut, stiller nye krav til kapaciteten og organiseringen af øjenområdet.

På den baggrund har regionernes Sundhedsdirektørkreds valgt at nedsætte en taskforce på øjenområdet. Taskeforcen er sammensat af relevante aktører på området, og har haft til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan kapaciteten på området kan øges.

1.2 Arbejdsgruppens opgave

Taskeforcen har haft til opgave at komme med løsningsforslag til, hvordan kapacitetsudfordringerne på øjenområdet kan imødegås og hvordan der sikres rettidig visitation og behandling for patienter med aggressive øjensygdomme. Løsningerne skal bidrage til at mindske unødige ventetider på øjenområdet, understøtte det gode patientforløb og bidrage til en forsats effektiv ressourceanvendelse. + tilgængelighed

Taskeforcen har konkret haft til opgave at afdække to overordnede spørgsmål:

1. Hvordan ser det optimale patientforløb ud i fremtiden, fra borgeren får symptomer på øjensygdom, til vedkommende kommer i behandling og til sidst i et kontrolforløb?
2. Hvordan løses kapacitetsproblemet på kort og lang sigt?

Det fremgår også af kommissoriet, at taskforcen skulle undersøge potentialet i en øget informationsindsats om alvorlige øjensygdomme, mulighed for at sende billeder på tværs af sektorer og hvordan øjenscanninger hos optometriste kan inddrages i tidlig opsporing af kritisk øjensygdom som fx våd AMD. Taskforcen har desuden undersøgt potentialet for brug af teknologiske løsninger, fx kunstig intelligens som bidrag på længere sigt.

1.3 Arbejdsgruppens sammensætning

Taskforcen har været sammensat af en bred vifte af interessenter, der repræsenterer forskellige aspekter vedrørende øjenområdet.

Taskforcens sammensætning:

- Martin Magelund Rasmussen, formand for taskforce, centerdirektør i HovedOrtoCenteret, Rigshospitalet
- Henrik Vorum, repræsentant fra regionerne, professor, overlæge, dr. med. Ph.d.
- Rune Holmbjörn, repræsentant fra regionerne, cheflæge i øjensygdomme
- Morten la Cour, Øjenforeningen, øjenlæge og professor
- Mads Ravndrup Thomsen, Dansk Erhverv, politisk konsulent
- Per Michael Larsen, Optikerforeningen, direktør
- Per Flesner, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, øjenlæge og Ph.d.
- Jens Lundgaard Andresen, Danske Øjenlægers Organisation, øjenlæge
- Daniella Bach-Holm, Dansk Oftalmologiske Selskab, øjenlæge og Ph.d.
- Lars Mørck Jarl, repræsentant fra Danske Regioner
- Sundhedsstyrelsen har deltaget som observatør med forskellige repræsentanter

Taskforcen har været sekretariatsbetjent af Morten Kamp Thomsen, Anna Ørtved og Johanne Rose Conrad, Danske Regioner

1.4 Sammenfatning af anbefalinger og videre proces

Der er på baggrund af taskforcens arbejde udarbejdet 10 anbefalinger, der sigter mod at løse kapacitetsudfordringerne på kort, mellemlang og lang sigt. Taskforcen har i arbejdet ladet sig inspirere af udenlandske erfaringer fra henholdsvis Norge, Sverige og England, hvor fx. private optikerkæder løser flere opgaver end i Danmark.

Taskforcen anbefaler på kort sigt at udvide kapaciteten, sådan så folk fremover kan blive screenet for udvalgte øjensygdomme hos optikerbutikkerne. I dag skal folk med mistanke om øjensygdomme undersøges ved almen praksis, speciallægepraksis i øjensygdomme eller hos øjenafdelingerne på hospitalerne, hvor kapaciteten i forvejen er presset. Taskforcen anbefaler konkret, at der igangsættes et forsøg, hvor der etableres en telemedicinsk sluse mellem et udvalgt antal optikerbukker og øjenafdelingerne på hospitalerne, sådan så dele af opsporingen kan foretages af optometristerne i optikerbutikkerne i tæt samarbejde med øjenlægerne på hospitalerne. En forudsætning for dette er, at uddannelsen for optometriste ændres, så uddannelsen får et større klinisk fokus, og at der etableres mulighed for datadeling mellem aktørerne på området, hvilket der ligeledes er udarbejdet anbefalinger for. Derudover anbefaler taskforcen, at regionerne er opmærksom på at anvende de nye muligheder i overenskomsten, som netop er indgået med de praktiserende speciallæger og hvis formål er at udnytte de eksisterende speciallægeressourcer bedre. På længere sigt anbefales det, at der uddannes flere øjenlæger og at kunstig intelligens (AI) implementeres i driften, så snart løsningerne er modne.

Der er for hver anbefaling tilknyttet en tovholder, der er ansvarlig for den videre proces såfremt det bliver vedtaget, at man skal arbejde videre med de enkelte anbefaling. Oversigten over tovholdere kan ses i afsnit 6.

De 10 anbefalinger er:

Kort sigt

1 **Nye muligheder i overenskomsten for speciallæger**

Taskforcen anbefaler, at regionerne anvender de nye muligheder aftalt i den seneste overenskomst med de praktiserende speciallæger med det formål at styrke kapaciteten og speciallægedækningen

2 **Forsøg med telemedicin i optikerbutikker**

Taskforcen anbefaler, at der igangsættes et forsøg med 5-10 optikerbutikker, hvor der etableres en telemedicinsk sluse til en øjenafdeling på et hospital. Optikere skal stå for de indledende undersøgelser og ved indikation for videre diagnostik sendes billeder og henvisning via den telemedicinske sluse til en øjenafdeling. Herefter vurderer en øjenlæge, om der er indikation for videre diagnostik og behandling. Forsøget evalueres løbende for at vurdere effekten af, hvorvidt ordningen bidrager til, at flere øjensygdomme opdages i tide samt, hvorvidt det øger kapaciteten på området.

3 **Deling af patientdata via sundhed.dk**

Taskforcen anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe med relevante aktører på øjenområdet, hvis opgave er at udarbejde en plan for, hvordan der kan deles patientdata samt billeder mellem optometriste, øjenafdelinger på hospitalerne og praktiserende øjenlæger via sundhed.dk med henblik på at sikre fuldt indblik i patientflow.

Mellemlang sigt

4 **Ændring af uddannelse til optometriste**

Taskforcen anbefaler, at den nuværende uddannelse til optometrist ændres efter inspiration fra Norge til en 3-årig professionsbachelor. Den reviderede uddannelse vil have mindre praktik, større klinisk fokus og mere sundhedsfagligt indhold, hvilket vil gøre optometriste i stand til at løfte flere opgaver i forbindelse med opsporing af specifikke øjensygdomme. Dertil skal autorisationsloven ændres, så optometriste får mulighed for at anvende diagnostiske medikamenter.

5 **Efteruddannelse til allerede uddannede optometriste**

Taskforcen anbefaler ligeledes, at der etableres et efteruddannelsesstilbud til optometriste med den nuværende uddannelse. Derved får allerede uddannede optometriste mulighed for at tilegne sig de samme kompetencer som dem, der uddannes ved den reviderede optometristuddannelse. Derudover skal autorisationslovens ændres, så nuværende optometriste får mulighed for at anvende diagnostiske medikamenter.

6 **Etablering af ortoptistuddannelse i Danmark**

Taskforcen anbefaler, at der etableres en uddannelse for ortoptister (skeleterapeuter) i Danmark. Danske ortoptister uddannes for nuværende i udlandet og der er behov for at etablere en uddannelse i Danmark med relevant inddragelse af eksisterende ortoptisk faglighed for at imødegå mangel på ortoptister. Taskforcen anbefaler ydermere, at ortoptister autoriseres.

7 **Indberetning af data fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen**

Taskforcen anbefaler, at der i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe (speciallægepraksis, Danske Regioner, hospitaler og Sundhedsdatastyrelsen), der udarbejder forslag til indberetning, herunder den tekniske håndtering heraf, fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen. Dette gøres med henblik på at sikre transparens og databaseret mulighed for prioritering på tværs af sektorer.

Lang sigt

8 **Øge dimensionering af øjenlæger**

Taskforcen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen øger dimensioneringen af øjenlægespecialet med 10 procent, svarende til 2-3 flere hoveduddannelsesstillinger om året, så der er nok øjenlæger til at håndtere det øgede antal af øjenpatienter.

9 **Øge brugen af fleksforløb**

Taskforcen anbefaler, at regionerne er opmærksomme på brugen af fleksforløb og på at konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til hoveduddannelsesforløb inden for øjenspecialet.

10 **Forsøg med kunstig intelligens**

Taskforcen anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der løbende vurderer modenheden af AI-løsninger på markedet samt mulighed for at implementere dem i driften på øjenområdet.

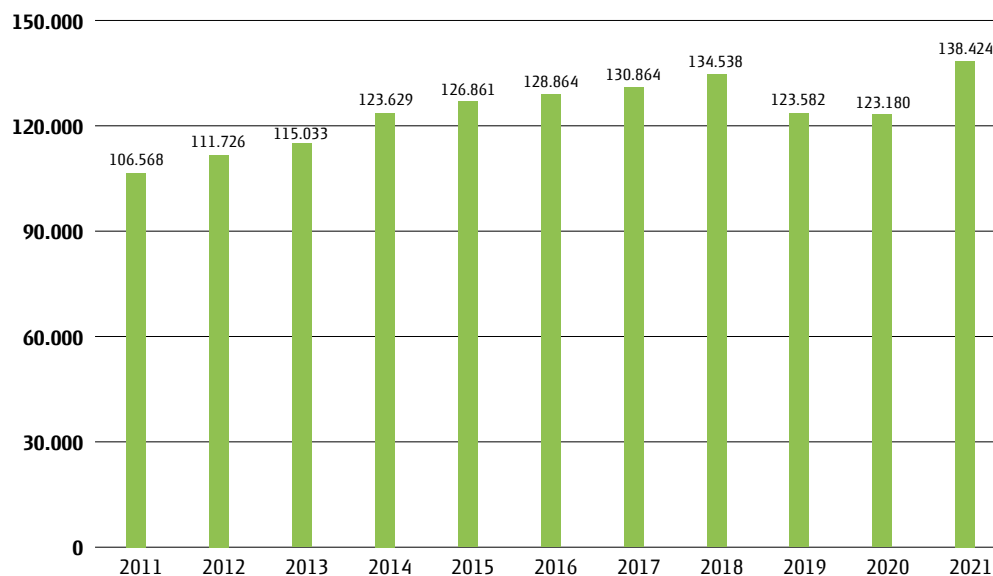
2. Baggrund

De seneste år er antallet af øjenpatienter steget kraftigt, hvilket presser kapaciteten på øjenafdelingerne på hospitalerne og hos de praktiserende speciallæger i øjensygdomme. Følgende er en gennemgang af aktiviteten og kapaciteten på øjenområdet de seneste 10 år.

2.1 Aktivitet på øjenområdet

Aktiviteten på øjenområdet er steget kraftigt de seneste 10 år. I 2011 var ca. 106.000 unikke patienter i kontakt med øjenafdelingerne på sygehusene. I 2021 var antallet steget til 138.000 patienter, hvilket svarer til en stigning på 30 % (se figur 1).

Figur 1: Udvikling i antal sygehuspatienter med øjensygdomme



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data for Landspatientregisteret. Der er afgrænset på aktionsdiagnose indenfor diagnosekoderne DH0-DH5, der alle vedrører øjensygdom. Vær opmærksom på, at tal for 2019 ikke omfatter hele aktivitetsåret, da det ikke er muligt at danne det reelle antal unikke patienter på baggrund af vores eksisterende datagrundlag. 2019 omfatter derfor kun data for februar/marts og fremefter.

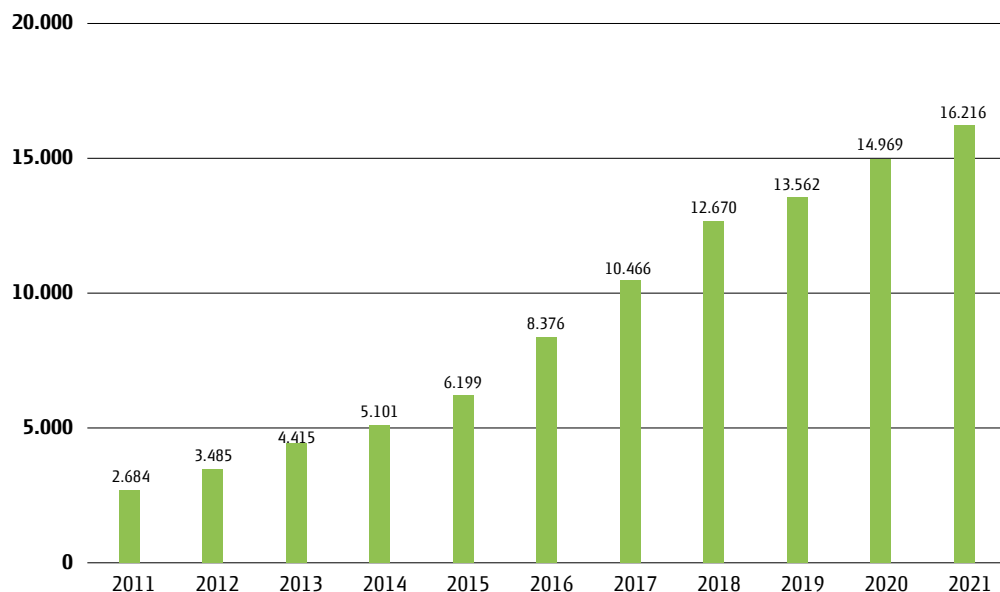
Væksten i aktiviteten på øjenområdet er båret af en generel stigning på tværs af alle aldersgrupper. Der er dog i særlig grad sket en stigning i aktiviteten blandt de ældre befolkningsgrupper. I 2021 var der næsten 10.000 flere unikke øjenpatienter på 80 år eller der over i forhold til 2011. I gruppen af 65-79 årige var der i 2021 12.225 flere unikke øjenpatienter i forhold til 10 år forinden.

2.2 Kraftig stigning i øjensygdomme med behov for hurtig behandling

Udover ændringer i demografien skyldes stigningen i øjenpatienter også, at nye behandlingsformer har gjort det muligt at behandle en række øjensygdomme, der kræver hurtig behandling efter symptomdebut som fx våd AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration). Våd AMD er en øjensygdom, der skyldes ændringer på øjets nethinde som følge af alder, hvilket kan påvirke det skarpe syn. Patienten kan i værste tilfælde miste synet eller opleve synstab, hvis ikke sygdommen behandles inden for 14 dage efter symptomdebut. Denne gruppe af patienter vil typisk gå til efterkontroller resten af livet.

Ifølge tal fra Landspatientregisteret er antallet af unikke patienter med kontakt til sygehusene med våd AMD steget fra 2.684 til 16.216 fra 2011 til 2021, hvilket er en stigning på ca. 600 procent (se figur 2).

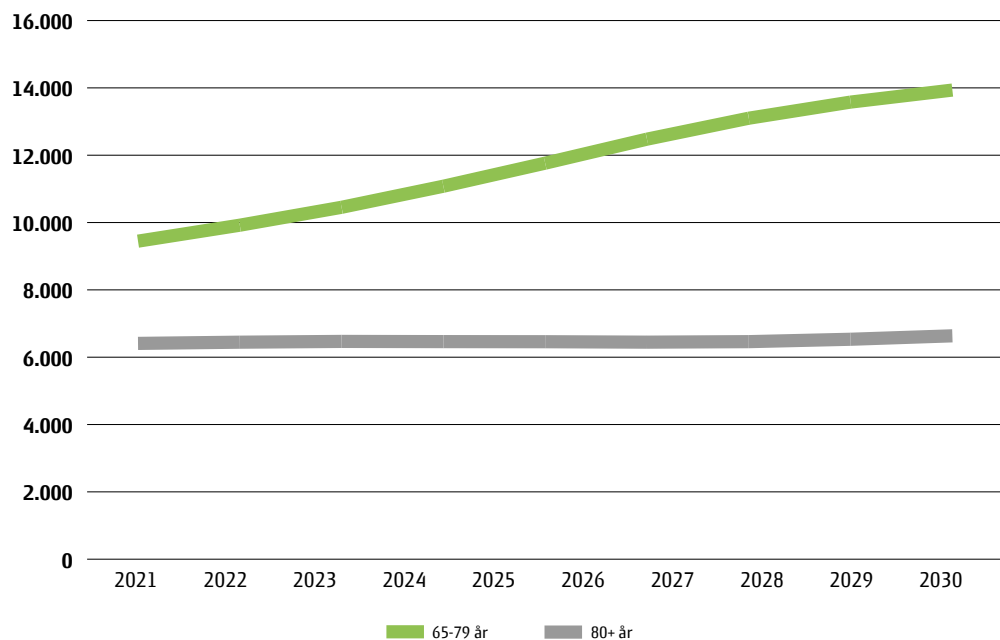
Figur 2: Udvikling i antal unikke patienter, hvor våd AMD er aktionsdiagnose



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data for Landspatientregistret. Der er afgrænset på aktionsdiagnose indenfor diagnosekoderne DH0-DH5, der alle vedrører øjenssygdom. Vær opmærksom på, at tal for 2019 ikke omfatter hele aktivitetsåret, da det ikke er muligt at danne det reelle antal unikke patienter på baggrund af vores eksisterende datagrundlag. 2019 omfatter derfor kun data for februar/marts og fremefter.

Antallet af patienter med våd AMD forventes at stige yderligere fremover. Danske Regioner har lavet en fremskrivning af antallet af våd AMD-patienter, der er 65 år eller derover (figur 3). Fremskrivningen viser en stigning på 29,7% af patienter over 65 år med våd AMD fra 2021 til 2030, hvis antallet af patienter følger udviklingen i demografien. Det svarer til 20.570 patienter i 2030 mod 15.857 i 2021

Figur 3: Forventet antal sygehuspatienter over 65 år med våd AMD



Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Landspatientregistret samt tal for befolkningsfremskrivning fra Danmarks Statistik. Beregningen er foretaget med udgangspunkt i en konservativ antagelse om, at patienternes andel af befolkningsgruppen fastholdes på 2021-niveau.

2.3 Ventetid på øjenområdet

Antallet af konsultationer pr. praktiserende øjenlæge er steget fra 6.601 i 2011 til 7.045 årligt i 2019, mens antallet af patienter pr. praktiserende øjenlæge ligeledes har været stigende. Efter 2019 er der dog sket et fald i antal af konsultationer samt antal patienter hos den praktiserende øjenlæge. Den nedadgående tendens kan dog sandsynligvis forklares af COVID-19, hvor der på tværs af sundhedsvæsenet har været færre borgere, der har opsøgt lægefaglig hjælp og behandling.

Den generelt stigende aktivitet på øjenområdet har også resulteret i stigende ventetid. Data fra de praktiserende øjenlæger viser, at den gennemsnitlige ventetid er steget fra 19 uger i januar 2017 til 25 uger i oktober 2021.

2.4 Antallet af øjenlæger er stort set uændret

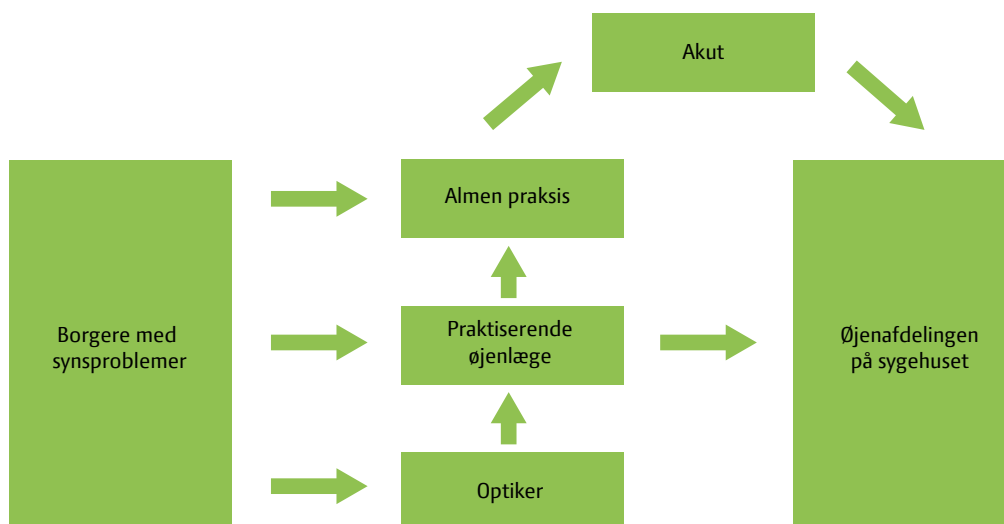
Til trods for, at antallet af øjenpatienter er steget de seneste år, har dimensioneringen af øjenlæger været stort set uændret. Fordelingen af pladser til hoveduddannelsesforløb til specialet oftalmologi har ligget nogenlunde konstant på 20-21 forløb de sidste 10 år.

De seneste år er der desuden kommet større konkurrence om speciallæger i øjensygdomme, da der er kommet flere muligheder for at få arbejde i det private (medicinalvarefirmaer, patienter der opereres privat gennem sundhedsforsikring, kosmetisk kirurgi (botox, fillers, etc)). Dette aspekt er for nuværende ikke indtænkt i dimensioneringsplanen for øjenområdet.

3. Organisering af øjenområdet

Kun øjenlæger kan på nuværende tidspunkt diagnosticere og behandle øjensygdomme, mens optometriste kan yde vigtige bidrag til screening og undersøgelser. Øjenservice udbydes i fire strukturelt adskilte systemer: Offentlige øjenafdelinger på hospitaler, private øjensygehuse, praktiserende øjenlæger og optikerbutikker (se figur 4).

Figur 4: Organisering af øjenområdet



3.1 Beskrivelse af øjenspecialet

I Danmark er øjenspecialet det speciale, der beskæftiger sig med øjensygdomme og specialet er fordelt mellem praksissektor og sygehussektor. Sygdomsspektret er stort og strækker sig fra banale og ufarlige tilstande, der kan behandles og afsluttes i almen og speciallægepraksis, til akut synstruende

tilstande eller almene lidelser, der medfører direkte indlæggelse på sygehuset. Øjenspecialet varetages af i alt 388 speciallæger¹ (tabel 1). Speciallæger indenfor øjenområdet er primært beskæftiget i hospitalssektoren (både offentlig og privat) og som praktiserende speciallæger i primærsektoren.

Tabel 1: Øjenlægekapacitet i alt fordelt på region (2018)

Region	Antal læger
Region Hovedstaden	140
Region Midtjylland	73
Region Nordjylland	42
Region Sjælland	48
Region Syddanmark	85
I alt	388

Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

De praktiserende øjenlæger er indehaver af et ydernummer, hvilket betyder, at de er underlagt overenskomsten om speciallægehjælp indgået mellem Regionernes Lønnings og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS). Disse øjenlæger udgør primærsektoren. Derudover er enkelte beskæftiget på private klinikker/hospitaler uden overenskomst med regionerne.

Som det fremgår af tabel 1, er der stor forskel på antallet af øjenlæger i regionerne. Der er dermed også stor forskel på antallet af borgere pr. øjenlægekapacitet i de forskellige regioner både i forhold til praktiserende øjenlæger og hospitalsansatte øjenlæger. Fordelingen af landets 163 praktiserende øjenlæger fremgår af tabel 2, mens fordelingen af antal beskæftigede hospitalsansatte øjenlæger fremgår af tabel 3.

Tabel 2: Fordeling af praktiserende øjenlæger (2019)

Region	Antal borgere	Antal praktiserende øjenlæger	Antal praktiserende øjenlæger (%)	Antal borgere pr. praktiserende øjenlæge	Antal borgere over 60 år pr. praktiserende øjenlæge
Region Hovedstaden	1.848.989	49,00	30,1%	37.734	8.358
Region Sjælland	837.087	25,00	15,3%	33.483	9.849
Region Midtjylland	1.326.913	33,00	20,2%	40.209	10.106
Region Nordjylland	590.580	18,00	11,0%	32.810	9.213
Region Syddanmark	1.223.894	38,00	23,3%	32.208	8.980
Hovedtal	5.827.463	163,00	100,0%	35.751	9.180

Kilde: FAPS i tal 2019, Danmarks Statistik (2019 K4)

Tabel 3: Fordeling af antal beskæftigede hospitalsansatte speciallæger indenfor øjensygdomme (2018/2019)

Region	Antal borgere	Antal hospitals-ansatte speciallæger*	Andel hospitals-ansatte speciallæger (%)	Antal borgere pr. hospitalsansat speciallæger	Antal borgere over 60 år pr. hospitalsansat øjenlæge
Region Hovedstaden	1.848.989	59	31,9	31.339	6.942
Region Sjælland	837.087	22	11,9	38.049	11.192
Region Midtjylland	1.326.913	34	18,4	39.027	9.808
Region Nordjylland	590.580	24	13,0	24.608	6.910
Region Syddanmark	1.223.894	46	24,9	26.607	7.418
Hovedtal	5.827.463	185	100	31.500	8.088

Kilde: Sundhedsstyrelsen ([Oftalmologi.pdf \(windows.net\)](#)), Danmarks Statistik (2019 K4)

* Hospitalsansatte læger dækker både over ansatte på offentlige og private hospitaler. Desuden arbejder flere hospitalslæger deltid i Region Sjælland ift. Region Hovedstaden – dette vides ikke for de andre regioner.

Øjenspecialet er et såkaldt akutspecial, hvilket betyder, at det ikke er nødvendigt at blive henvist af egen læge. Borgeren kan henvende sig direkte til de praktiserende øjenlæger ved behov for øjenlægehjælp, hvilket er hensigtsmæssigt, når der er behov for akut øjenlægehjælp. Denne frihed gør det samtidig også vanskeligt at regulere antallet af henvendelser til de praktiserende øjenlæger, som alene styres af befolkningens egen forståelse af, hvornår der er behov for kontakt til øjenlæge.

3.2 Hospitalssektoren og speciallægepraksis

Øjenspecialet tilbyder både medicinsk og kirurgisk behandling af øjensygdomme. I 2018 blev i alt 74.889 personer undersøgt og behandlet for øjensygdomme på landets øjenafdelinger mens 699.337 personer blev undersøgt og behandlet for øjensygdomme hos landets praktiserende øjenlæger². De patienter, der undersøges og behandles på sygehusenes øjenafdelinger, er for langt de flestes vedkommende henvist fra øjenlægepraksis.

Hovedparten af alle patienter med fx grøn stær behandles hos de praktiserende øjenlæger. En lille gruppe har dog behov for kirurgisk behandling, hvilket foregår på sygehuset. Børn med skeleproblemer og amblyopi ("dovent øje") følges for de flestes vedkommende hos de praktiserende øjenlæger og kun operationer foregår på sygehuset. Kirurgiske indgreb med begrænset kompleksitet foregår også i vidt omfang i speciallægepraksis i form af øjenlågskirurgi på funktionel indikation. Derudover er der i dele af landet aftaler mellem regionerne og de praktiserende øjenlæger om at udføre grå stær operationer. Screening for diabetisk nethindesygdom foregår for størstedelens vedkommende i speciallægepraksis (76.953 personer i 2021), mens en mindre del følges på sygehusene (24.735 personer i 2021)³. Der indrapporteres til den fælles landsdækkende klinisk kvalitets database (Diabase).

2 Danmarks Statistik
3 Diabase årsrapport 2021

4. Mulige løsningsspor

Følgende er en gennemgang af mulige løsningsspor, taskforcen har afsøgt, for at øge kapaciteten på øjenområdet.

4.1 Overenskomsten for speciallæger

Den 1. april 2022 trådte den nye overenskomst for praktiserende speciallæger i kraft. Afsættet for den nye overenskomst er den fælles vision – En Fælles Retning – mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) og Danske Regioner.

Et klart mål i den nye overenskomst er at udnytte kapaciteten i speciallægepraksis bedre, så der kan sikres god speciallægedækning i hele landet. Flere af elementerne i den seneste overenskomst vurderes af taskforcen at være relevant i forhold til at udvide kapaciteten på øjenområdet.

Støttefunktion for almenpraksis: En måde, hvorpå kapaciteten kan udvides, er ved at gøre det muligt for almen praksis at varetage en større del af patientbehandlingen. I den nye overenskomst er det aftalt, at det skal være en del af speciallægenes daglige praksis at stille sig til rådighed for at understøtte lægerne i almen praksis. Speciallægerne skal stille sig til rådighed enten via telefon, edifact eller video, eller for en fysisk vurdering af patienten, hvor patienten skal møde fysisk op hos speciallægen én gang for en enkeltstående konsultation. Patienten sendes efter fysisk konsultation retur til egen læge med forslag til videre behandling/forløb. Aftalen om vurdering af patienten ved en enkeltstående konsultation er trådt i kraft 1. oktober 2022, mens brug af edifact, video og telefon trådte i kraft med overenskomsten 1. april 2022.

Satellitpraksis: Ved satellitpraksis er det muligt at anvende de eksisterende speciallæger til at drive praksis fra en ekstra lokation. Det giver mulighed for, at en speciallæge kan arbejde en eller et par dage om ugen fra andre lokaler end den faste klinik. Det er særlig relevant i de områder, hvor der ikke er speciallæger nok i dag, eller i områder, hvor patientgrundlaget ikke giver basis for at have en praktiserende speciallæge tilgængelig hele ugen.

Udlægningsaftale: Patienter med mindre specialiserede sygdomme skal i højere grad behandles i speciallægepraksis i stedet for på et sygehus. I 2020 indgik RLTN (Regionernes lønnings- og takstnævn) og FAPS (Forening af Praktiserende Speciallæger) en midlertidig aftale om mulighed for udlægning af sygehusbehandling til speciallægepraksis i forbindelse med COVID-19. Med overenskomsten blev dette gjort til en permanent tillægsaftale, som regionerne, i det omfang de har et behov, kan gøre brug af.

I 2021 blev der udlagt ydelser fra hospitalerne for ca. 26,8 mio. kr. fordelt på 13 specialer. Heraf fik øjenlægerne udlagt ydelser for ca. 12,6 millioner kroner.

Pulje til at styrke speciallægepraksis: Der blev i aftalen afsat i alt 98 mio. kr. til hele speciallægesektoren (okt. 2021-niveau) i perioden til at håndtere det øgede udgiftstryk, de forventede ændringer i demografien vil medføre i den kommende overenskomstperiode.

Midlerne blev fordelt via en central udmøntning og en lokal udmøntning. Den centrale udmøntning resulterede i, at den generelle økonomiske ramme blev udvidet med 42,6 mio. kr., mens den decentrale udmøntning var på 55,4 mio. kr. Både centralt og decentralt skal midlerne være med til at imødegå en del af det øgede demografitryk.

Regionerne er forpligtet til at bruge midlerne til initiativer, der understøtter den fælles vision for speciallægepraksis om flere nære tilbud og lettere adgang til speciallægehjælp og samtidig bidrager til en øget tilgængelighed især på øjenområdet. Midlerne anvendes i udgangspunktet til nye ydernumre, konvertering af deltidsydere til fuldtidsydere og omsætning i satellitklinikker.

Lokalaftaler: Udover de konkrete initiativer i overenskomsten er det altid muligt for de enkelte regioner at lave lokale aftaler inden for et givent speciale, som kan imødekomme de lokale behov, der måtte være i en region. Lokalaftalerne kan fx omhandle omsætningsforhold som fritagelse for knækgrænse, honorering af ydelser, nye opgaver, rekrutterings- og fastholdelsestiltag, brug af vikar mm. Aftalerne kan indgås for en eller flere praktiserende speciallæger. Enkelte aftaler kræver endelig godkendelse af centrale parter og kan ikke blot godkendes af den enkelte region. Sådanne aftaler vil ofte omhandle forhold ud over overenskomsten.

4.2 Telemedicinsk aflastning af øjenlægepraksis

En mulighed for at øge screeningen af personer med mistanke om øjensygdomme er ved at gøre det nemmere at blive undersøgt andre steder end ved praktiserende øjenlæger eller øjenafdelinger på hospitalerne, hvor kapaciteten er presset. En løsning er i højere grad at inddrage optikerne i opsporingen af specifikke øjensygdomme.

En måde, hvorpå man kan inddrage optikerne, er ved oprettelse af en telemedicinske sluse fra optikerbutikkerne til øjenafdelingerne på hospitalerne. Den telemedicinske sluse vil fungere sådan, at optometristen står for de indledende undersøgelser og diagnostik i optikerbutikkerne. Er der indikation for videre diagnostik, oprettes der en telemedicinsk journal, som kan tilgås i den telemedicinske sluse på hospitalet, hvor en læge evaluerer billeder og henvisningen. Hvis patienten har akut behandlingsbehov, sendes vedkommende, efter information om sygdom og behandlingsmuligheder, direkte til behandling på øjenafdelingen.

Den væsentligste gevinst ved en telemedicinsk sluse er, at optometristen inddrages i den primære diagnostiske proces og at kapaciteten på området udvides. Derved får personer med mistanke om øjensygdomme flere muligheder for at blive undersøgt for udvalgte øjensygdomme. Her tænkes specielt på sygdomme som AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration), veneblodpropper og diabetisk øjensygdom.

En telemedicinsk løsning vil kræve forbedret mulighed for udveksling af diagnostiske undersøgelser mellem hospital og primær sektor (fx software med mulighed for udveksling af billeder i fuld kvalitet), da grundtanken er, at slusen skal kunne tilgås af øjenlæger og særligt uddannede/oplærte optometristen i udvalgte butikker.

Der findes allerede etablerede telemedicinske løsninger på øjenområdet. Øjenafdelingen på Rigshospitalet har erfaring med telemedicinsk diagnostik og behandlingsindikation fra samarbejdet med udefunktionen på Nordsjællands Hospital i Hillerød (NOH-Hillerød) og på Bornholms Hospital (BOH). På NOH-Hillerød har den telemedicinske funktion for AMD alene fokus på behandlingsindikation i eksisterende forløb. På BOH leveres yderligere telemedicinsk service til hospitalets akut funktion i de perioder, hvor begge øjenlæger på øjen er fraværende.

I første omgang skal der etableres et forsøg med det formål at undersøge effekterne af den telemedicinske sluse. Forsøget skal have en varighed på 2-3 år. Til forsøget skal der rekrutteres et mindre antal optikerbutikker (5-10 butikker), der skal være udstyret med OCT apparatur. Forsøget skal påbegyndes, når optometristerne har fået efteruddannelseskurserne, der gør dem i stand til at diagnosticere og bruge teknologien. Der skal derudover oprettes en telemedicinsk sluse i en større hospitalsafdeling. Denne sluse skal have åbent fra 08:30 til 15:00 på hverdage og bemannes af speciallæger i øjensygdomme. Slusen skal være åben for henvendelser fra øjenlægepraksis og fra det førnævnte antal optikerbutikker. Det forventes, at der i forsøgsperioden kan leveres diagnostik svarende til godt 4.000 konsultationer pr. år.

Forsøget skal evalueres og følges tæt for at sikre effektiviteten af forsøget og for at undersøge, om det letter presset på kapaciteten. Derudover skal evalueringen sikre, at der ikke skabes unødvendige ydelser eller overbehandling ved brug af privat aktør.

4.3 Mulighed for indberetning samt udveksling af patientdata på tværs af sektorer

Bedre data og mulighed for at udveksle patientdata på tværs af sektorer er en forudsætning for, at mere diagnostik og sygdomsopsporing kan løses i primærsektoren – herunder i optikerbutikkerne.

I dag er der ikke fælles it-systemer eller delte databaser, hvor det er muligt for klinikere at registrere og tilgå data i sygehusregi, speciallægepraksis eller i optikerbutikker. Løbende registrering og deling af data er nødvendigt for at kunne følge patientens behandling på tværs af sektorer, samt løbende følge omfanget af ydelser og måle på kvaliteten og effektiviteten.

Taskforcen har afsøgt flere muligheder for udveksling af patientdata, herunder oprettelse af database på Sundhed.dk, hvorved det vil blive muligt at skabe et dataflow på tværs af optikererhvervet og andre sektorer. Idéen er præsenteret for Sundhed.dk, der har sagt god for, at det teknisk kan lade sig gøre, såfremt det prioriteres af regionerne.

Derudover har taskforcen tidligere afholdt møder med Sundhedsdatastyrelsen med henblik på at skabe fundamentet for, at øjenområdet kan blive spydspidsprojekt i det arbejde, der initieres i forhold til at sikre indberetning fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen. Det er forventningen, at et sådant fælles arbejde vil kunne igangsættes primo 2023.

4.4 Ændring af optometristuddannelsen

En revidering af den nuværende optometristuddannelse er forudsætning for, at optometriste i optikerbutikker kan indgå i opsporingen af udvalgte øjensygdomme. Den reviderede uddannelse skal have et større klinisk fokus, så optometriste i optikerbutikkerne kan være med til at løfte flere opgaver i forbindelse med opsporing af specifikke øjensygdomme og hjælpe med screening inden for områderne: katarakt (grå stær), glaukom (grøn stær), AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration), diabetiske nethindeforandringer, børneundersøgelser samt kørekortsattester. Dette kan være med til at øge patienternes adgang til tidlig opsporing af øjensygdomme.

Et forslag er at ændre uddannelsen fra en 3-årig til en 3-årig professionsbacheloruddannelse med 12 ugers ekstern klinisk uddannelse (praktik), mod 1,5 år som det er i dag. Uddannelsen vil blive yderligere styrket, hvis den placeres på en uddannelsesinstitution sammen med andre relevante sundhedsprofessioner. Fag, der skal styrkes, og hvor øjenlæger i højere grad skal tilknyttes undervisningen, er sundhedsvidenskabelige metodefag, anatomi, fysiologi, patologi og farmakologi.

For at kunne varetage flere sundhedsfaglige opgaver på øjenområdet er det desuden nødvendigt, at optometristerne får mulighed for at rekvirere og anvende mydriatika og cycloplegika (diagnostiske medikamenter). Dette vil give optometristen bedre mulighed for at undersøge øjet. Som følge heraf, samt ved at kvalificere henvisningerne til de praktiserende øjenlæger (minimere falsk positivt raten), vil brug af diagnostika gøre det lettere for optometristen at screene indenfor bestemte sygdomskategorier ved vurdering af fundusbilleder (billedkvaliteten optimeres signifikant ved især ældre borgere). For at dette kan lade sig gøre, er det nødvendigt med en henvendelse til Styrelsens for Patientsikkerheds autorisationsafdeling samt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet for en ændring af autorisationsloven, der skal give optometriste med den reviderede uddannelse rettigheder til at benytte de førnævnte diagnostiske medikamenter.

4.5 Efteruddannelses tilbud til uddannede optometriste

Med henblik på at sikre opgradering af nuværende optometristers kompetencer for at kunne varetage de nye opgaver, som er beskrevet i ovenstående afsnit, skal der oprettes nye efteruddannelses tilbud til nuværende optometriste. Tilbuddene skal særligt løfte kompetencerne i sygdomsopsporing/-monitorering af førnævnte specifikke øjensygdomme i primærsektoren og give mulighed for

rekvirering og anvendelse af diagnostiske medikamenter. Efteruddannelses tilbuddet foreslås lavet som en specialuddannelsesmodel i overensstemmelse med anbefalinger fra Styrelsen for Patientsikkerhed, og som i dag benyttes af læger og sygeplejersker. Specialuddannelserne skal være mulige at tage ved siden af sit job.

Ønskes der en opgradering af de nuværende optometriste, vil det ligeledes kræve en henvendelse til Styrelsen for Patientsikkerheds autorisationsafdeling samt en henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet for en ændring af autorisationsloven, der skal give optometriste med speciale i diagnostiske medikamenter rettigheder til at benytte diagnostiske medikamenter.

Efteruddannelse for optometriste foregår i dag uden offentlige støttemuligheder, dermed skal efteruddannelses tilbuddene være selvfinansierende. I dag er der i forbindelse med overenskomsten mellem Serviceforbundet – Urmagerne og Optikerne på den ene side og Dansk Erhverv Arbejdsgiver på den anden side netop aftalt oprettelse af Optikernes Kompetenceudviklingsfond som finansieres af indbetalinger fra arbejdsgiverne for at kunne give medarbejderne muligheden for at kunne få forskellige kompetenceløft. Der gives i dag fx fuldt tilskud til de optometriste, der ønsker at følge et enkeltfag på Kandidatuddannelsen i Optometri og Synsvidenskab. Denne fond vil derfor være en væsentlig kilde til finansiering af efteruddannelse af nuværende optometriste.

Af efteruddannelses tilbud findes der i dag en kandidatuddannelse i Optometri og Synsvidenskab for optometriste. Det er en 2-årig fuldtidsuddannelse, der udbydes af Aarhus Universitet under Health fakultetet. Aftagerne har primært været hospitalerne samt uddannelsesinstitutionerne, men enkelte er også ansat i optikkæder som kliniske vejledere. Optaget er på ca. 20 om året.

4.6 Etablering af ortoptistuddannels

Udover efteruddannelses tilbud med kompetenceløft til uddannede optometriste bør der også etableres en ortoptistuddannelse i Danmark. Ortoptister (skeleterapeuter) spiller en væsentlig rolle som hjælpepersonale i både øjenlægepraksis og på hospitalsafdelinger. Ortoptister deltager i behandlingen af amblyopi (dovne øjne) samt i udredning og behandlingen af skelen hos børn og voksne. Herudover spiller de en vigtig rolle i udredningen af en række børne- og neurooftalmologiske tilstande. Taskforcen er ikke bekendt med, at der i Danmark opereres skelepatienter uden, at en ortoptist har foretaget en forudgående ortoptisk undersøgelse. Mangel på ortoptister vil derfor føre til øget ventetid på udredning og behandling af primært skelen og amblyopi både i primærsektoren og i hospitalssektoren. Der har hidtil ikke eksisteret en dansk uddannelse i ortoptik, og de danske ortoptister er uddannet hovedsageligt i Storbritannien og Sverige. Der er i øjeblikket kun 22 aktive ortoptister i Danmark, hvoraf en stor del nærmer sig pensionsalderen.

På baggrund af ovenstående er det derfor nødvendigt, at etablere en dansk uddannelse i ortoptik. Kandidatuddannelsen i Optometri og Synsvidenskab har allerede taget initiativ til, at man fremadrettet kan uddanne ortoptister i samarbejde med relevante hospitalsafdelinger.

På trods af faggruppens vigtighed er ortoptister ikke en autoriseret sundhedsprofession i Danmark. Dette bør ændres, så ortoptister får en autorisation med en veldefineret faglighed.

4.7 Dimensionering af speciallæger i øjenspecialet

Antallet af øjenlæger er ikke fulgt med den kraftige stigning i antallet af patienter samt de nye behandlingsmuligheder på øjenområdet. Der er sket en mindre stigning i antallet af øjenlæger de seneste år, men det tyder ikke på, at det er tilstrækkeligt i forhold til at sikre, at der er tilstrækkeligt med lægekompetencer på området. I 2018 var der 3884 øjenlæger i Danmark, hvilket er en stigning på 33 læger fra 2012, hvor der var 3555. Der er derfor behov for, at der uddannes flere øjenlæger fremover

4 Opdateret data til Lægeprognose 2018-2040, Sundhedsstyrelsen 2021
5 Lægeprognose 2015-2040, Sundhedsstyrelsen 2016

for at løse kapacitetsudfordringerne.

Sundhedsstyrelsen fastlægger, hvor mange hoveduddannelsesforløb regionerne hvert år må udbyde inden for hvert af de lægefaglige specialer. De sidste 10 år har øjenspecialet været dimensioneret med 20-21 forløb⁶.

Det er taskercens vurdering, at dimensionering af hoveduddannelsesforløb inden for øjenspecialet bør øges med 10 % for en periode for at imødekomme den fremtidige stigning i antallet af patienter. En øgning på 10% vil give 2-3 hoveduddannelsesforløb mere om året.

Regionerne bør desuden være opmærksom på at bruge fleksforløb som et led i at øge antallet af øjenlæger. Flexforløb giver regionerne mulighed for at konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til hoveduddannelsesforløb i andre specialer. Antallet af fleksforløb er blevet fordoblet fra 50 i 2021 til 100 i 2022 og 2023⁶. I den sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på, at øjenlægespecialet er meget populært, og det ikke har været noget problem at besætte de dimensionerede pladser.

4.8 Kunstig intelligens

Der er for tiden stor fokus på kunstig intelligens (AI) og hvad det kan bidrage med i forhold til screening og udredning. Håbet er, at det kan øge kapaciteten for, hvad der kan behandles, mindske ressourceforbruget og måske løfte niveauet for diagnostik inden for særlige områder.

Der udvikles aktuelt på flere former for AI-programmer inden for øjenområdet, fx nye teknologier inden for glaukom (grøn stær). Ved diagnostik af glaukom sammenholder man udviklingen i det intraokulære tryk med forandringer af synsnerven og nervetrådsfiberlaget. Der er udviklet kontaktlinser, der kan overvåge det intraokulære tryk og der er udviklet flere algoritmer for vurdering af fundusbilleder, som kan hjælpe med at vurdere udseendet af synsnerven.

Tre store områder indenfor anvendelse af AI i forhold til nethinden er diabetisk retinopati, ROP (retinopati ved præmature børn) og AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration). Ved diabetisk retinopati arbejdes der på algoritmer, der kan identificere ødem og abnorme blodkar. Ved AMD er der lavet algoritmer, der nærmede sig vurderingen fra specialister. Der findes FDA (Food and Drug Administration, USA) godkendte systemer til vurdering af diabetisk retinopati, men disse er dårligt valideret.

Andre områder under udvikling er opdagelse af hudtumorer i øjenomgivelserne og inden for områder som vurdering og gradering af grå stær. Inden for neuro-oftalmologi er der programmer, der kan fremhæve, hvad der ledes efter ved CT, MR og angiografier. Det er dog stadig på forskningsniveau og ikke godkendte systemer til klinisk brug.

Samlet er AI-teknologien inden for øjenområdet endnu umoden. Systemerne, der er udviklet, er endnu dårligt valideret, men der er et stort potential, vi endnu ikke kender omfanget af. Der er aktuelt ingen oplagte AI-løsninger, der kan inkorporeres direkte i klinikken og bidrage til at aflaste klinikerne i en grad, så de kan varetage flere patienter. Det er dog et område, der er værd at have løbende fokus på.

Taskercen anbefaler derfor, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der løbende kan holde sig orienteret om udviklingen indenfor området og evt. initiere et implementeringsarbejde, hvis der kommer en AI-løsning, der kan implementeres i en dansk kontekst.

5. Samlede anbefalinger

På baggrund af taskforcens arbejde med muligheder for at optimere indenfor øjenområdet anbefaler øjentaskforcen nedenstående forslag. Da der er meget stor forskel i tidshorizonten for de enkelte forslag, er forslagene opdelt i, hvad der kan gøres på henholdsvis kort, mellemlang og lang sigt.

Kort sigt

1 **Nye muligheder i overenskomsten for speciallæger**

Taskforcen anbefaler, at regionerne anvender de nye muligheder aftalt i den seneste overenskomst med de praktiserende speciallæger med det formål at styrke kapaciteten og speciallægedækningen

2 **Forsøg med telemedicin i optikerbutikker**

Taskforcen anbefaler, at der igangsættes et forsøg med 5-10 optikerbutikker, hvor der etableres en telemedicinsk sluse til en øjenafdeling på et hospital. Optikere skal stå for de indledende undersøgelser og ved indikation for videre diagnostik sendes billeder og henvisning via den telemedicinske sluse til en øjenafdeling. Herefter vurderer en øjenlæge, om der er indikation for videre diagnostik og behandling. Forsøget evalueres løbende for at vurdere effekten af, hvorvidt ordningen bidrager til, at flere øjensygdomme opdages i tide samt, hvorvidt det øger kapaciteten på området.

3 **Deling af patientdata via sundhed.dk**

Taskforcen anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe med relevante aktører på øjenområdet, hvis opgave er at udarbejde en plan for, hvordan der kan deles patientdata samt billeder mellem optometriste, øjenafdelinger på hospitalerne og praktiserende øjenlæger via sundhed.dk med henblik på at sikre fuldt indblik i patientflow.

Mellemlang sigt

4 **Ændring af uddannelse til optometriste**

Taskforcen anbefaler, at den nuværende uddannelse til optometrist ændres efter inspiration fra Norge til en 3-årig professionsbachelor. Den reviderede uddannelse vil have mindre praktik, større klinisk fokus og mere sundhedsfagligt indhold, hvilket vil gøre optometriste i stand til at løfte flere opgaver i forbindelse med opsporing af specifikke øjensygdomme. Dertil skal autorisationsloven ændres, så optometriste får mulighed for at anvende diagnostiske medikamenter.

5 **Efteruddannelse til allerede uddannede optometriste**

Taskforcen anbefaler ligeledes, at der etableres et efteruddannelsesstilbud til optometriste med den nuværende uddannelse. Derved får allerede uddannede optometriste mulighed for at tilegne sig de samme kompetencer som dem, der uddannes ved den reviderede optometristuddannelse. Derudover skal autorisationslovens ændres, så nuværende optometriste får mulighed for at anvende diagnostiske medikamenter.

6 Etablering af ortoptistuddannelse i Danmark

Taskforcen anbefaler, at der etableres en uddannelse for ortoptister (skeleterapeuter) i Danmark. Danske ortoptister uddannes for nuværende i udlandet og der er behov for at etablere en uddannelse i Danmark med relevant inddragelse af eksisterende ortoptisk faglighed for at imødegå mangel på ortoptister. Taskforcen anbefaler ydermere, at ortoptister autoriseres.

7 Indberetning af data fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen

Taskforcen anbefaler, at der i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe (speciallægepraksis, Danske Regioner, hospitaler og Sundhedsdatastyrelsen), der udarbejder forslag til indberetning, herunder den tekniske håndtering heraf, fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen. Dette gøres med henblik på at sikre transparens og databaseret mulighed for prioritering på tværs af sektorer.

Lang sigt

8 Øge dimensionering af øjenlæger

Taskforcen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen øger dimensioneringen af øjenlægespecialet med 10 procent, svarende til 2-3 flere hoveduddannelsesstillinger om året, så der er nok øjenlæger til at håndtere det øgede antal af øjenpatienter.

9 Øge brugen af fleksforløb

Taskforcen anbefaler, at regionerne er opmærksomme på brugen af fleksforløb og på at konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til hoveduddannelsesforløb inden for øjenspecialet.

10 Forsøg med kunstig intelligens

Taskforcen anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der løbende vurderer modenheden af AI-løsninger på markedet samt mulighed for at implementere dem i driften på øjenområdet.

6. Udmøntning og opfølgning på initiativer

Til udmøntning af ovenstående anbefalinger foreslås ansvarsfordelingen som vist i tabel 4.

Det vil være tovholder og en evt. arbejdsgruppe, der vil være ansvarlig for den videre proces, hvis det af Sundhedsdirektørkredsen besluttet, at der skal arbejdes videre med anbefalingerne.

Som eksempel tænkes anbefalingen om en telemedicinsk sluse at blive udmøntet ved, at Region Hovedstaden påtager sig opgaven og dermed nedsætter en projektgruppe. Projektgruppen formaliserer et kommissorium for forsøget, herunder en tidshorizont (foreslås 3 år), samt et proces- og evalueringsgrundlag. Evalueringsgrundlaget skal operationaliseres i form af KPI'er (*Key Performance indicator*) der måler "hitraten", samt ventetid fra første kontakt til behandling. Disse endepunkter skal sammenholdes med AMD (Aldersrelateret Makula Degeneration) patienter, der henvises på traditionel vis.

Det er derudover nødvendigt, at regionens jurister undersøger, om projektet skal sendes i udbud. Såfremt projektet skal i udbud, er det projektgruppen, der udarbejder materiale til en markedsanalyse, hvor relevante konsortier kan byde ind med, hvad de kan tilbyde og til hvilken pris. Dernæst udarbejdes udbudsmateriale, hvor relevante kvalitetskrav sikrer, at det vindende konsortium er i

stand til at løfte opgaven, samt levere de relevante data til evalueringen. Regionen overvejer, om evalueringen skal foregå i det vindende konsortium eller i eget regi. Det er vigtigt, at der er afsat ressourcer til afrapportering og evaluering. Regionens indkøbsafdeling står for formuleringen af udbudsmaterialet med inputs fra taskforcen og regionen nedsætter en følgegruppe til at følge forsøget ved fx halvårlig rapportering. Det vindende konsortium starter derefter forsøget, og afrapporterer til følgegruppen.

Nedenfor er en udmøntningsplan for alle initiativer:

Tabel 4: Ansvarsfordeling for udmøntning af initiativer

Anbefaling	Titel	Ansvarlig tovholder
Kort sigt		
1	Nye muligheder i overenskomsten for speciallæger	Danske regioner
2	Forsøg med telemedicin i optikerkæder	Region Hovedstaden
3	Deling af patientdata via sundhed.dk	Danske regioner
Mellemlang sigt		
4	Ny uddannelse til optometriste	Optikerforeningen
5	Videreuddannelse til allerede uddannede optometriste	Optikerforeningen
6	Etablering af ortoptistuddannelsen i Danmark	Evt. Øjenforeningen
7	Indberetning af data fra speciallægepraksis til Sundhedsdatastyrelsen	Sundhedsdatastyrelsen og Region Hovedstaden
Lang sigt		
8	Øge dimensionering af øjenlæger	Fælles/Dansk Oftalmologisk Selskab
9	Øge brugen af fleksforløb	Fælles/Dansk Oftalmologisk Selskab
10	Forsøg med kunstig intelligens	Region Midtjylland

7. Økonomi

Der vil ved nogle af anbefalingerne være økonomiske omkostninger ved at implementere dem. De præcise omkostninger kan dog på nuværende tidspunkt være svære præcist at estimere. Taskforcens estimat er, at de økonomiske omkostninger vel være mellem 5.7 mio. kr. og 9. mio. kr. Estimatet er beskrevet nedenfor.

Omkostninger ved forsøg med telemedicinsk sluse:

Følgende er et groft estimat af udgifterne ved forsøget med den telemedicinsk sluse i 10 optikerbutikker:

- OCT-apparatur i optikerbutikker. Leje af 10 maskiner (Topcon Maestro®) i et år koster omkring 660.000 kr. (personlig kommunikation Topcon Danmark).
- Opkobling til Harmony® koster ca. 70€ pr. bruger pr. måned. Med 10 butikker og i alt 30 optometriste er det 1.102.500 kr. pr år.
- Det estimeres, at den telemedicinske sluse i forsøgsperioden vil blive kontaktet max. 20 gange pr. dag fra de 10 butikker (baseret på personlig kommunikation Søren Solborg, Founder EyeCare Danmark). En speciallæge vil erfaringsmæssigt kunne vurdere ca. tre henvendelser i timen, inklusive telemedicinsk journaloptag på dem, der skal videresendes til øjenafdelingen. Dvs. ordningen vil kræve det, der svarer til en speciallæge (ca. 1.100.000 kr. pr år).

Den samlede pris for forsøget er således i størrelsesordenen 2.862.000 kr. om året for et forsøg med 10 optikerbutikker. Det forventes, at der kan leveres diagnostik svarende til ca. 4.000 konsultationer pr år. Der er ikke regnet på den del, der involverer praktiserende øjenlæger. Kommunikationen mellem praktiserende øjenlæger og øjenafdelingen vil blive forbedret, men denne er en del af den almindelige forpligtelse inden for det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Da det er et forsøg, vil der ikke være driftsomkostninger.

Uafklarede punkter til økonomien ved en telemedicinsk sluse afhænger bl.a. af, om projektet skal sendes i udbud eller ej. Hvis projektet skal i udbud, kan der laves en ramme, projektet kan lade sig gøre indenfor samt en markedsdialog. Hvis projektet ikke skal i udbud, må man tage en forhandling med de aktører, der skal levere.

Derudover skal det besluttes, om man vil acceptere, at indgangen til forsøget er en undersøgelse hos optikere, kunden/patienten betaler for selv, eller om man vil betale optikerne for deres tid. I ovenstående priseksempel er det en forudsætning, at optikerne laver undersøgelserne gratis i forsøgsperioden. Nogle optikere har allerede OCT maskiner, så disse skal ikke nødvendigvis finansieres. Der skal derudover være en dialog med den afdeling, der skal lave arbejdet.

Skal projektet i drift, vil det være hensigtsmæssigt at centralisere til et mindre antal optikerbutikker med særlige aftaler for leasing/køb af apparatur.

Omkostninger ved datadeling

I forhold til anbefalingen om deling af data via sundhed.dk, kan der på den længere bane komme omkostninger ved deling af data. Det er dog for nuværende uklart med de præcise rammer.

Omkostninger ved omlægning af uddannelser

På mellemlang sigt vil en omlægning af optometristuddannelsen betyde en meromkostning for staten. Dette skal dog ses i forhold til det kompetenceløft og den hurtigere og nødvendige behandling af patienterne, den reviderede uddannelse vil give. Meromkostningen er her beregnet pr. studerende og derfor kunne man også se på, om den nuværende dimensionering af uddannelsen er korrekt. For nuværende er uddannelsen dimensioneret til et optag på 200 studerende pr. år. Det reelle antal dimittender har de seneste år været omkring 100, hvilket er i underkanten, da behovet for nyuddannede i højere grad ligger på omkring 140 optometriste. Et studenterårsværk (STÅ) er takseret til 53.200 kr. for den teoretiske del og 8.900 kr. for praktikdelen. Med den nuværende uddannelsesmodel med 2 års teoretisk undervisning og 1,5 år i praktik giver det i alt 119.750 kr. i tilskud pr. studerende for hele uddannelsen. Ændres modellen til 3 års teoretisk undervisning vil det beløb være 159.600 kr. pr. studerende for hele uddannelsen, hvilket vil give en merudgift på i alt 39.850 kr. pr. studerende. Med 140 dimittender om året vil dette give en meromkostning på knap 5,6 mio. (5.579.000 kr.) over hele studieperioden.

Det må derudover forventes, at der vil være omkostninger ved etablering af en ortoptistuddannelse i Danmark, men der er for nuværende ikke lavet beregninger for dette.

Omkostninger ved øget dimensionering af øjenlægespecialet

Øget dimensionering af øjenlægespecialet og dermed flere øjenlæger kan betyde, at flere øjenlæger skal have et ydernummer. Værdien af et nyt ydernummer er forskellig fra region til region, men gennemsnittet, vi centralt er blevet enige om til brug for opgørelse af den samlede økonomiske ramme, er for øjenlægeområdet 4.364.929 mio. kr. (2021). Dette tillægges rammen og er beregnet ud fra "gynger og karruseller". Nogle regioner er under gennemsnittet og andre over.

Det er dog helt væsentligt, når regionerne skal planlægge og fremlægge for deres politikere, hvor-

vidt der skal oprettes nye ydernumre, at de kan give dem en retvisende værdi af et nyt ydernummer i den enkelte region. Dette er væsentligt, da budgetter ellers vil ende med ikke at være retvisende og det er på ingen måde ønskeligt. Det er derfor op til regionerne at lave de præcise beregninger af værdien af et ydernummer i den enkelte region, når et sådan skal slås op. Hvordan beregningen foretages, er op til den enkelte region, da de kender de lokale forhold og variation. Omsætningen for de enkelte ydernumre kan variere fra få millioner til mange millioner, hvorfor det ikke giver mening at give et ydernummer en generel gennemsnitlig værdi, når vi taler brug af lokale midler.

Afrapportering:

TASKFORCE PÅ ØJENOMRÅDET