Det er økende behov for øyelegetjenester både ved sykehusavdelinger og utenfor sykehus.

Styret i NOF nedsatte derfor to utvalg med mandat å vurdere aktuelle tiltak for å bedre effektiviteten og redusere ventetider: Kapasitet Øyehelse (KØ) – utvalg 1 og 2.

Styret i NOF har gått igjennom KØ-utvalgenes rapporter og ønsker å presentere disse som et felles strategidokument:

**TILTAK**:

1. IT/DATA OPTIMALISERING

Effektive IT-løsninger må benyttes. Det er et nasjonalt ansvar å bygge opp lokale og inter-regionale IT-løsninger som medfører enklere informasjonsflyt og mindre dobbeltarbeid. Det finnes i dag allerede løsninger som forenkler journalarbeidet betydelig, og disse bør benyttes.

1. STANDARDISERT PASIENTFORLØP OG NASJONALE RETNINGSLINJER
2. Det er ønskelig å utarbeide standardiserte pasientforløp der dette er mulig. Oppdaterte guidelines med informasjon om indikasjon, behandling og kontroller etter kirurgisk behandling bør være tilgjengelige. For eksempel kan antallet kontroller etter katarakt-operasjon reduseres, med opprettholdt kvalitet, dersom pasienten informeres godt. Kontrollrutiner før/etter kirurgi kan effektiviseres ved at hjelpepersonale tar større del i dette arbeidet enn i dag.
3. Det bør brukes retningslinjer for enhetlig vurdering av henvisninger til øyelege både nasjonalt og regionalt.
4. Det bør utarbeides nasjonale retningslinjer for behandling av pasienter med tørre øyne. Pasientene kan starte behandling med kunstig tårevæske/gel og deretter henvises til øyelege ved manglende effekt /ved behov.
5. Det bør arbeides målrettet for opprettelse og finansiering av nasjonalt screeeningprogram for diabetes-retinopati.
6. SAMARBEID MELLOM YRKESGRUPPER OG ROLLEFORDELING
7. Ordningen med direkte henvisning fra fastleger og optikere til sykehusavdelinger binder opp kapasitet ved sykehusene som skulle vært brukt til høyspesialisert øyehelse og bør derfor avvikles. Øyeavdelinger skal være tredje instans, og avtalespesialistene bør selektere pasientene før de evt. henvises videre til sykehus. Enkelte sykehus kan eventuelt tillate direkte henvisning av spesielle pasientgrupper.
8. Planlagte og godt utførte forundersøkelser effektiviserer legearbeidet og gjør at øyelegene kan øke antall konsultasjoner pr. dag. Dette krever at det er ansatt tilstrekkelig kvalifisert hjelpepersonell og at leger med lederfunksjon har nødvendige kurs/ kompetanse.
9. Det bør være en enhetlig nasjonal spesialist-utdanning som inkluderer sykehuspraksis. Kursopplegg bør i størst mulig grad beholdes slik det er i dag.
10. Det må arbeides videre med en ordning for LIS i avtalepraksis.
11. Det bør arbeides for økt vikarutveksling mellom sykehusavdeling og avtalepraksis.
12. Intravitreal injeksjon av VEGF-hemmer er en svært ressurskrevende behandling ved de fleste sykehus, men er allerede betydelig effektivisert sammenlignet med tidligere. Det foreligger ikke enighet når det gjelder lokalisering av behandling ved/utenfor sykehus, og det er regionale forskjeller. Det ligger ikke i NOF’s mandat å avgjøre hvor behandlingen skal foregå.

1. TAKSTER / ØKONOMI
2. Det må sørges for tilstrekkelig antall katarakt-pasienter på hver sykehus-avdeling. Dette er viktig for utdanning av nye kirurger og for å opprettholde spisskompetanse. Fra 2018 ble DRG taksten halvert for katarakt-operasjoner på sykehus, og inntekt pr. operasjon gjenspeiler nå ikke kostnaden ved inngrepet. Takstene må bringes tilbake til tidligere nivå.
3. Der det utføres bilateralt kataraktinngrep, bør takstene være like enten inngrepet utføres ved sykehusavdeling eller utenfor sykehus. Takster må endres slik at sykehusene får full betaling for to operasjoner når begge øyne opereres samme dag.
4. Det bør innføres en vurderingstakst i avtalepraksis som kan benyttes for fotoscreening ved diabetes. Pasienten trenger da ikke konsultasjonstime ved kontroller, men får time hos hjelpepersonell som tar netthinne-foto.
5. ØKTE RESSURSER
6. Kapasiteten i barneoftalmologi er en utfordring. Det bør arbeides målrettet for å øke rekrutteringen og beholde kompetansen på sykehusene. Barn som henvises til avtalepraksis må prioriteres høyt.

1. Det må sørges for at sykehusene har tilstrekkelig med ressurser til at kirurgisk opplæring kan foregå ved avdelingene.

1. Antall LIS-stillinger på sykehus må økes og det må legges til rette for lokal rekruttering.

1. Det må arbeides for flere avtalehjemler og delhjemler med sykehusstillinger der forholdene tilsier det.