

Modernisering af specialet Reumatologi april 2020

Ændret den 24. januar 2020: Præcisering af tekst på side 30

Ændret den 1. april 2022: Nedlæggelse af ydelse 0121 og ændring af ydelsesbeskrivelse for ydelserne 0131, 2627, 2635, 2637 og 0107. Ændringerne af det inflammatoriske konsultationsspor er generelt ikke ændret i teksten. Figur 1 på side 31 er dog tilrettet.

Ændret den 9. august 2022: Ydelse 0104 – Ydelsesbeskrivelse for vurdering af patient ved enkeltstående konsultation.

Kapitel 1 – Indledning og baggrund	1
Kommissorium for modernisering af specialet Reumatologi.....	2
Kapitel 2 – Resumé.....	5
Kapitel 3 – Beskrivelse af specialet herunder kapaciteten og aktiviteten.....	7
Hovedopgaver i reumatologisk speciallægepraksis	7
Forekomst og konsekvens af bevægeapparatslidelser i Danmark	8
Krav til reumatologisk speciallægepraksis.....	8
Den faglige tilrettelæggelse og organisering.....	9
Behandlingsforløb for hyppige sygdomme i reumatologisk speciallægepraksis	10
Beskrivelse af behandlingsmuligheder i reumatologisk speciallægepraksis	18
Aktuel status og kapacitet	19
Aktivitet på udvalgte områder på sygehusene.....	22
Kapitel 4 – Uddannelse	24
Uddannelse til speciallæge i reumatologi	24
Kapitel 5 - Kvalitet	26
Kvalitet i speciallægepraksis.....	26
Kapitel 6 – Overenskomstmæssige forhold	28
Limitering/henvisningsregler.....	28
Ændring vedrørende udvidet henvisning	28
Rekvisition af lægemidler	29
Kapitel 7 – Ydelsesbeskrivelser	30
Forord.....	30
§1, stk. 1 – Diagnostik og behandling.....	31
§ 1, stk. 2 – Tillægsydelser	43
Nye ydelser – Diagnostik og behandling	58
Nye ydelser – Tillægsydelser	64
Nye ydelser – Laboratorieydelser.....	73
Bilag 1 - Deltagere i arbejdsgruppen.....	74
Bilag 2 – Nye behandlingsformer - afventer evidens.....	75

Kapitel 1 – Indledning og baggrund

Moderniseringen af reumatologisk 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 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 anvendes til at behandle flere patienter.

Den seneste modernisering af specialet er fra 2003. Siden har specialet gennemgået en udvikling dels som følge af et generelt stigende antal patienter med bevægeapparatssygdomme dels i forhold til diagnostik og behandling, hvor der foreligger evidens for betydningen af tidlig diagnosticering og tidlig iværksat behandling. Udviklingen inden for MR- og ultralydsskanninger har netop forbedret de diagnostiske muligheder væsentligt, så patienterne i dag diagnosticeres hurtigere, og en målrettet behandling kan iværksættes tidligere i forløbet.

I det reumatologiske speciale varetages diagnostik og behandling af patienter med medicinske bevægeapparatssygdomme. Det gælder patienter med både akutte og kroniske sygdomme, herunder blandt andet inflammatoriske led- og bindevævssygdomme, ryglidelser, belastningssygdomme og smertetilstande i bevægeapparatet.

Patientgrupperne i reumatologisk speciallægepraksis er omkostningstunge for samfundet. Muskel- og skeletlidelser er samlet set den mest udbredte lidelse i befolkningen og medfører omfattende samfundskonsekvenser i form af behandlingsomkostninger og produktionstab som følge af nedsat arbejdsevne og varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet¹.

Patienter, der ses indenfor det reumatologiske speciale med kroniske og langvarige tilstande, modtager ofte behandling over flere specialiseringsniveauer, og specialet er kendetegnet ved stort tværfagligt samarbejde både på tværs af sektorer samt på tværs af faggrupper og specialer.

Praktiserende speciallæger i reumatologi varetager i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning (2018) udredning, differentialdiagnostik, behandling og vejledning om behandling på hovedfunktionsniveau for de fleste patientkategorier inden for reumatologien. Patienter, der følges i speciallægepraksis, har oftere en mildere grad af sygdomsintensitet end patienter, der følges i sygehusvæsenet.

Karakteristisk for specialet er, at det er vanskeligt at afgrænse, hvilke patientgrupper der varetages i de forskellige sektorer, og arbejdsdelingen mellem sektorerne er derfor ikke altid tydelig. Hertil kommer, at der er store regionale forskelle på organiseringen i forhold til varetagelsen af sygdomme blandt andet som følge af forskelle i speciallægedækningen.

Der er på landsplan 49 ydernumre i reumatologisk speciallægepraksis fordelt på henholdsvis 38 fuldtidskapaciteter og 15 deltidskapaciteter. Speciallægedækningen inden for reumatologi varierer mellem regionerne både i forhold til antal speciallæger i reumatologisk speciallægepraksis samt i forhold til reumatologi-

¹ Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015. Statens Institut for Folkesundhed (2015)

ske sygehusafdelinger. Speciallægedækningen i speciallægepraksis set i forhold til antallet af borgere i regionen er således størst i Region Hovedstaden med 71.694 borgere pr. kapacitet og mindst i Region Midtjylland med 440.597 borgere pr. kapacitet.

Moderniseringen af reumatologisk speciallægepraksis har blandt andet fokus på at beskrive relevante patientforløb inden for reumatologien og eventuelt indføre forløbsydelse for patientgrupper, hvor det er relevant. Derudover forholder moderniseringen sig til håndteringen af patienter i speciallægepraksis med kroniske regionale og generaliserede smerter med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet.

Der er med moderniseringen desuden et ønske om at afspejle den teknologiske udvikling i forhold til brugen af ultralyd inden for specialet, hvor ultralyd i dag anses for et naturligt supplement til diagnostikken i en reumatologisk speciallægepraksis.

Der ses i moderniseringen endvidere på anvendelsen og evidensen af en række nye behandlingsmetoder.

Det er et mål i sundhedsvæsenet, at der er en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem sektorerne, og at patienterne oplever en sammenhængende og koordineret indsats i deres behandling, hvor de samlede ressourcer udnyttes bedst muligt. Moderniseringen skal således se på arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis, almen praksis og sygehusene, og der ses på muligheden for at skabe mere effektive og sammenhængende forløb til gavn for patienterne.

Kommissorium for modernisering af specialet Reumatologi

Arbejdsgruppens opgaver

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

Arbejdsgruppen skal gennemgå ydelsesbeskrivelserne og tilvejebringe et konkret forslag til reviderede ydelsesbeskrivelser for specialet med forslag til såvel nye ydelser som udfasning af ydelser, som ikke længere er relevante.

Arbejdsgruppen skal udarbejde forslag til relevante valideringer for specialet, som ydelserne herefter vil blive omfattet af.

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 reumatologispecialet kan frigøre en produktivitetsevinst inden for specialet.

Der tages udgangspunkt i nedenstående målsætninger:

Faglige målsætninger

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 Reumatologi i dag. Ydelsesbeskrivelserne skal, hvor det er fagligt muligt, tilstræbe entydighed for at undgå fortolknings tvivl.

- Vurdere relevansen af at udarbejde beskrivelser af patientforløb inden for reumatologien og i så fald beskrive disse.
- Udarbejde forløbsydelser for patientgrupper, hvor dette er relevant.

Arbejdsgruppen skal vurdere relevansen af nedenstående nye ydelser og i givet fald udarbejde ydelsesbeskrivelser for disse herunder beskrivelser af patientgrupper og indikation:

- Ydelse til håndtering af DMARD-behandling² for inflammatoriske gigtpatienter, herunder opstart og skift.
- Ny ydelse for kontrol af patienter med kronisk inflammatorisk sygdom i systemisk behandling.
- Ny ydelse for biomekanisk udredning med henblik på sekundær profylakse af nakke-skulder smerter og lænderyg-bækken smerter.
- Ny ydelse for vejledning og behandling af kroniske regionale og generaliserede smerter, herunder fibromyalgi, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens retningslinje 2018 for udredning af generaliserede bevægeapparatsmerter.
- Ny ydelse for telemedicinsk konsultation til kontrol af kroniske inflammatoriske patienter i opfølgningsforløb.

Arbejdsgruppen skal vurdere relevansen af at indføre nedenstående ydelser og skal i den forbindelse beskrive, hvilke patientgrupper behandlingen er relevant for, herunder evidens og/eller erfaring med effekt af behandlingen:

- Ny ydelse for Barbotage ved kronisk calcificeret tendinopati. Barbotage er en ultralyd vejledt punktur af en forkalkning i en sene, som man forsøger at fjerne ved gennemskylning i senen ved gentagne injektioner og aspirationer.
- Ny ydelse for High Volume Injection for behandlingsresistent svær Akillestendinit. High volume Injection (HVI) er en behandling af akillestendinopati, som ikke reagerer på første valgs behandlingen (first line treatment) med aflastning, kontrolleret optræning og injektion med binyrebarkhormon. Ved HVI injiceres også binyrebarkhormon men sammen med 50 ml væske (NaCl og lokalbedøvelse), som sprænger de kroniske sammenklustringer i senens glidelag og dermed skaber mulighed for genetablering af normal funktion.

Strukturelle målsætninger

Arbejdsgruppen skal, såfremt det er relevant, kort beskrive arbejdsfordelingen mellem

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

Henvisningsmuligheder

Arbejdsgruppen skal se på relevansen af at lade speciallæger i reumatologi henvise til speciallæger i dermatologi fx ved patienter med psoriasisartrit.

² Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARD) er betændelsesdæmpende medicin, som bremser sygdomsaktiviteten og reducerer skaderne på leddene ved at dæmpe hævelsen og smerterne i leddene.

Limitering

Arbejdsgruppen skal forholde sig til omfanget af antal konsultationer (limitering), for eksempel for de kroniske lidelser.

Rekvisation

Arbejdsgruppen skal afklare, hvilke lægemidler der kan rekvireres inden for specialet samt opliste ATC-grupper for disse.

Kapitel 2 – Resumé

Moderniseringen af reumatologisk speciallægepraksis er udarbejdet på baggrund af et kommissorium godkendt af Moderniseringsudvalget den 21. august 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 det reumatologiske speciale. Alle ydelsesbeskrivelser er i den forbindelse gennemgået og ajourført, 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 reumatologisk speciallægepraksis skal afspejle det aktuelle behov i sundhedsvæsenet. Samtidig er der arbejdet ud fra et ønske om at sikre mere indsigt i, hvilke ydelser der leveres i speciallægepraksis, og hvordan snitfladerne er til almen praksis og sygehusene ved udredning og behandling af patienter med sygdomme inden for det reumatologiske speciale.

Det reumatologiske speciale har hidtil haft ét samlet konsultationsspor for alle specialets patienter. For at skabe større indsigt i behandlingen af patienter med inflammatoriske lidelser foreslår arbejdsgruppen, at der indføres et konsultationsspor for inflammatoriske patienter. Arbejdsgruppen foreslår, at specialet bibeholder én samlet 1. konsultation, hvor patienter udredes og diagnosticeres uanset patientens lidelse. På denne måde kan patienterne oftest visiteres korrekt til det inflammatoriske konsultationsspor, når inflammatorisk sygdom er diagnosticeret hos patienten. Det foreslås, at inflammatoriske forløb ved ydelse 0131 er ulimiterede. Arbejdsgruppen har fundet det relevant at indføre en ny ydelse 2634 'Diagnostik af inflammatorisk gigt/bindevævslidelse', som kan kombineres med en 1. konsultation i tilfælde, hvor der er indikation for udredning på mistanke om en inflammatorisk gigt/bindevævslidelse.

På baggrund af den faglige og teknologiske udvikling inden for specialet foreslår arbejdsgruppen, at der indføres en række nye ydelser i reumatologisk speciallægepraksis. Det gælder blandt andet ydelser for patienter i DMARD-behandling i form af en ydelse for skift af DMARD-behandling samt en ydelse for kontrol af patienter i DMARD-behandling via telefon eller e-mail.

I henhold til Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinje for udredning af generaliserede smerter foreslås det, at der indføres en ydelse til håndtering af patienter med diagnosticeret kronisk smertesyndrom 'Afsluttende vejledning af patienter med kroniske, regionale eller generaliserede smerter'. Ydelsen omfatter pædagogisk hjælp med grundig forklaring af symptomer og smerternes godartede karakter foruden patienten ved en kognitiv tilgang gøres forståelig, at yderligere udredning og behandling ikke vil ændre patientens tilstand.

Herudover foreslår arbejdsgruppen, at der indføres en ny samlet ydelse for injektionsbehandling, en ny ydelse for aspiration fra led og lednære strukturer, samt at ultralydsvejledte procedurer kan foretages i forbindelse med både aspiration og injektion til brug ved en mere præcis anlæggelse af kanyler.

Som følge af den teknologiske udvikling foreslår arbejdsgruppen desuden, at ultralydsskanning fremadrettet er indeholdt i en reumatologisk 1. konsultation, hvor lægen skal ultralydsskanne patienten, når det er indiceret. I dag anvender næsten alle praktiserende speciallæger i reumatologi ultralyd til udredning og diagnosticering af specialets patienter. Ydelsen 'Senere ultralydsskanning' bibeholdes, da ydelsen fortsat vurderes relevant.

Med moderniseringen er der indført en ydelse for telemedicinske videokonsultationer ligeledes som en følge af den teknologiske udvikling samt de faglige muligheder, som telemedicinske konsultationer rummer i forhold til at smidiggøre patientforløb.

Arbejdsgruppen har drøftet relevansen af at indføre to nye behandlingsformer henholdsvis Ultralydsvejledt high volume injection (HVI) og Ultralydsvejledt punktur og udtømmelse af forkalkning i senevæv (barbotage). Arbejdsgruppen har for nuværende ikke fundet evidensen for behandlingseffekten ved de to behandlingsformer tilstrækkelig i forhold til at indføre ydelserne i speciallægepraksis og foreslår, at behandlingerne tages op til drøftelse mellem overenskomstens parter, når der foreligger evidens for effekten fra Dansk Reumatologisk Selskab. Yderligere beskrivelse fremgår af bilag 2.

Arbejdsgruppen har drøftet relevansen af at indføre en ny ydelse for biomekanisk udredning med henblik på sekundær profylakse af nakke-skulder smerter og lænderyg-bækken smerter, men har ikke fundet dette relevant.

Med moderniseringen af reumatologisk speciallægepraksis anbefaler arbejdsgruppen, at praktiserende reumatologer kan henvise direkte til praktiserende speciallæger i dermato-venerologi samt ortopædkirurgi. Den direkte henvisningsmulighed foreslås for at smidiggøre patientforløb, hvor den praktiserende reumatolog har den faglige kompetence til at varetage hele det aktuelle patientforløb og visitere til videre udredning og behandling af patienten.

Afslutningsvis foreslås en række ydelser med moderniseringen nedlagt eller erstattet af nye ydelser, da de enten ikke længere varetages i speciallægepraksis, ikke længere er tidssvarende som følge af den faglige og teknologiske udvikling eller indgår som en del af andre ydelser. Dette fremgår af kapitel 7.

Kapitel 3 – Beskrivelse af specialet herunder kapaciteten og aktiviteten

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning varetager det reumatologiske speciale forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med medfødte og erhvervede inflammatoriske, autoimmune, metaboliske, degenerative og belastningsbetingede sygdomme og skader, der påvirker bevægeapparatet, det vil sige led, sener, muskler, ryg og knogler. Det reumatologiske speciale varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for specialets områder.

Forekomsten af reumatologiske lidelser stiger med alderen, hvorfor den aldrende befolkning giver udfordringer for specialet i fremtiden og øger behovet for, at man i speciallægepraksis fokuserer på de vanskeligste problemstillinger, som den almen praktiserende læge ikke kan håndtere.

Hovedopgaver i reumatologisk speciallægepraksis

Speciallægepraksis i Reumatologi er kendetegnet ved, at opgaver på hovedfunktionsniveau kan varetages på lige fod med sygehusafdeling, og at speciallægepraksis typisk kan varetage hele forløbet. De fleste reumatologiske patienter kan diagnosticeres, færdigbehandles og/eller kontrolleres i speciallægepraksis. Der er derfor en stor del af specialets opgaver, der kan udføres i begge sektorer.

Patienter med problemstillinger på regions- og højt specialiseret niveau samt de vanskeligste problemstillinger på hovedfunktionsniveau skal ses i sygehusregi, ligesom biologisk behandling indtil videre alene foretages på sygehusene.

I reumatologisk speciallægepraksis foretages udredning, differentialdiagnostik, behandling og vejledning om behandling på hovedfunktionsniveau.

Opgaverne i forbindelse med udredning omfatter kliniske undersøgelser, blodprøver og billeddiagnostik herunder ultralydsskanning, som foretages i klinikken. Derudover indhentes, hvor det er muligt, relevante resultater af tidligere foreliggende kliniske og parakliniske undersøgelser.

Det reumatologiske speciale er bredt og kræver intern medicinsk ekspertise og indsigt i flere relaterede specialer, herunder øjensspecialet, øre- næse og halsspecialet, gynækologi, neurologi, ortopædkirurgi, dermatologi og radiologi, idet mange lidelser i bevægeapparatet er associeret med symptomer fra organer, hud og slimhinder, såkaldte ekstraartikulære manifestationer. I visse tilfælde er disse manifestationer debutssymptomer på en lidelse i bevægeapparatet.

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning har specialet følgende kerneopgaver:³

- **Inflammatoriske led- og bindevævssygdomme:**
herunder kronisk leddegigt (reumatoid arthritis), psoriasisgigt (psoriasisarthritis), rygsøjlegigt (spondylartropatier), infektionsrelateret gigt (reaktiv arthritis), urinsyregigt (arthritis urica), muskelgigt (polymyalgia reumatica/ kæmpecelle arteritis), og mere sjældne bindevævssygdomme såsom: Sjögrens syndrom, systemisk lupus erythematosus, karbetændelse (vaskulitis), systemisk sklerose, dermatomyositis, polymyositis og sarkoidose uden for lungerne.
- **Non-inflammatoriske led- og rygsygdomme:**
herunder knogleskørhed (osteoporose) opstået sekundært til reumatologisk sygdom eller behandling af denne, slidgigt (osteoartrose), uspecifikke rygsmerter, diskusprolaps og andre degenerative rygsygdomme.

³ Sundhedsstyrelsens specialevejledning - <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialplanlaegning/Gaeldende-specialplan/Specialplan-for-intern-medicin-reumatologi>

- **Smerte- og dysfunktionstilstande i bevægeapparatet:**
herunder belastningsrelaterede skader på led, ledbånd, sener, muskler og slimsække, inklusive idrætsmedicinske problemstillinger samt regionale og generaliserede smertetilstande, hypermobilitet, Ehlers-Danlos syndrom og Marfans syndrom.

Forekomst og konsekvens af bevægeapparatslidelser i Danmark

Bevægeapparatslidelser er karakteriseret ved en høj forekomst og er den hyppigste årsag til langtidssygemeldinger og førtidspension.

I befolkningsundersøgelser angiver 38 % nakke-skuldersmerter, 39 % arme-bensmerter og 38 % rygsmerter inden for de sidste 2 uger. Heraf angiver halvdelen at være meget generet.⁴ Langt de fleste patienter undersøges og behandles sufficient i almen praksis, hvor ca. 20 % af alle henvendelser skyldes bevægeapparatsmerter.⁵ De praktiserende reumatologer skal alene se de fagligt vanskeligste af disse patienter. Det er derfor vigtigt, at henvisning fra almen praktiserende læge og speciallægens udredning og behandling alene fokuserer på det, som den almen praktiserende læge ikke kan håndtere.

I 2010 var der 770.000 sygedage, og 2.410 personer fik tilkendt førtidspension grundet bevægeapparatsklager.⁶ Statens Institut for Folkesundhed, SDU har beregnet, at muskel- og skeletlidelser samlet set koster samfundet 17,2 mia. kroner om året, heraf 9,2 mia. til produktionstab og 8 mia. til behandling.⁷

Det er almindelig anerkendt, at jo længere tid en person er sygemeldt, jo sværere bliver det at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Derfor er hurtig, præcis diagnosticering og behandling vigtig, både for den enkelte patient og for samfundet.

Krav til reumatologisk speciallægepraksis

I forbindelse med at drive en reumatologisk speciallægepraksis efter overenskomsten skal det praksisudstyr og apparatur, der er nødvendigt i forhold til de ydelser, der udføres, være til stede i klinikken.

Følgende specialerelevant udstyr skal forefindes i klinikken:

- Undersøgelsesleje
- Ultralydsskanner med Doppler funktion
- Sterile injektionskanyler og sprøjter
- Blodtryks apparat
- Stetoskop
- Reflekshammer
- Målebånd
- Vinkelmåler.

Ultralydsskanneren skal have tilstrækkeligt frekvensinterval til at visualisere såvel dybe strukturer (for eksempel hofteleddet) som superficielle strukturer (som for eksempel fingerled/senestrukturer). Skanneren

⁴ Sundhedsstyrelsen, 2017

⁵ Sygdomsbyrden i Danmark, 2015, SIF

⁶ SUSY, 2010

⁷ De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark, Maja B. Jørgensen, Michael Davidsen og Janne S. Tolstrup, Statens Institut for Folkesundhed, 2017

skal desuden have en Doppler funktion, der med rimelig følsomhed kan visualisere inflammatorisk aktivitet i strukturer i de anførte anatomiske niveauer.

Med moderniseringen af specialet reumatologi stilles der fremadrettet krav om, at praktiserende reumatologer kan ultralydsskanne, samt at der forefindes en ultralydsskanner med Doppler funktion i klinikken.

Der oprettes derfor en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning, da de ikke har haft apparatur og/eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Dokumentation for godkendt uddannelse indsendes af speciallægen til regionen. Denne forpligtigelse gælder alene for reumatologer, der er omfattet af overgangsordningen.

Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen.

Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringens ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen.

For reumatologer, der er opstartet hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge.

Den faglige tilrettelæggelse og organisering

Almen praksis

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning ser almen praksis størstedelen af patienter med behov for diagnostik, behandling eller rådgivning vedrørende symptomer på reumatologiske lidelser. Såfremt den praktiserende læge ikke selv kan løse patientens problem, har den praktiserende læge mulighed for at henvise patienten til reumatologisk speciallægepraksis med det pågældende problem. Personer, der henvises fra almen praksis til en praktiserende speciallæge i reumatologi, vil ofte være patienter med inflammatoriske sygdomme og de sværeste tilfælde af degenerative ryg- og ledsygdomme samt regionale og generaliserede smertetilstande.⁸

Reumatologisk speciallægepraksis og samarbejde med sygehusområdet

Størstedelen af den samlede patientgruppe henvist til reumatologisk speciallægepraksis udredes og færdigbehandles dér. Henvielse til sygehus afgøres primært af sygdommens sværhedsgrad, behandlingsresistens og sjældenhed samt behovet for kompleks diagnostik og behandling. Kun ganske få kontakter inden for det reumatologiske speciale er akutte.

Patienter med non-inflammatoriske ledsygdomme så som skulderproblemer, tennisalgie, springfinger med mere ses traditionelt primært i reumatologisk speciallægepraksis.

Reumatologisk speciallægepraksis og de reumatologiske sygehusafdelinger følger de samme kliniske retningslinjer, som er beskrevet i de nationale kliniske retningslinjer og specialets behandlingsvejledninger

⁸ Sundhedsstyrelsens specialevejledning - <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gaeldende-speciale-plan/Specialeplan-for-intern-medicin-reumatologi>

vedrørende specifikke sygdomsområder. Vejledninger er udarbejdet i et fællesskab mellem Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) og Danske Reumatologers og Fysiurgers Organisation (DRFO) og Yngre Reumatologer (YR) og findes på hjemmesiden www.danskreumatologi.dk.

Samarbejde mellem reumatologisk speciallægepraksis og andre praksis

I dag er det muligt som en del af den almindelige overenskomst for en reumatologisk speciallæge at henvise til fysioterapeut, der har tiltrådt overenskomsterne om henholdsvis almindelig og vederlagsfri fysioterapi. For praktiserende speciallæger i reumatologi i Region Hovedstaden og Region Midtjylland kan der henvises til praktiserende speciallæger i radiologi. Denne henvisningsret gælder alene for førnævnte regioners egne borgere, som er bosiddende i henholdsvis Region Hovedstaden eller Region Midtjylland.

Praktiserende speciallæger i reumatologi modtager ikke kun patienter henvist fra almen praksis, men også fra speciallægepraksis inden for dermatologi, gynækologi og ortopædkirurgi. Fra 1.1.2020 kan der også henvises fra anæstesiologisk speciallægepraksis.

Behandlingsforløb for hyppige sygdomme i reumatologisk speciallægepraksis

Nedenfor er en gennemgang af behandlingsforløb for udvalgte sygdomme, som hyppigt ses i reumatologisk speciallægepraksis.

Rygsmærter – non-inflammatoriske

Patientpopulation

50 % af befolkningen oplever rygsmærter indenfor et år. Hos 10 – 20 % vedvarer smertetilstanden i måneder til år.

Langt de fleste patienter med non-inflammatoriske rygsmærter behandles i almen praksis.

De rygpatienter, der skal ses på hovedfunktionsniveau, kan deles op i 3 grupper og behandles efter gældende retningslinjer⁹.

- 1) Den akutte rygpatient med rodtryksymptomer af varighed 4-6 uger:
Patienter med akutte alvorlige rodtryksymptomer, herunder progredierende ekstremitetslammelse og/eller lammelse af ringmuskler (cauda equina), henvises akut via almen praksis til reumatologisk sygehusafdeling.

⁹ National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (2016): <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-lumbal/NKR-lumbal-rodpc3%A5virkning-FINAL-med-for-side.ashx?la=da&hash=D09CBB736D2C49543A54E38093FE4DF43DD7E390>

National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter (2016): https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-l%C3%A6nderygsmærter/Endelig-NKR_l%C3%A6nderyg---med-Forside---til-hjemmesiden.ashx?la=da&hash=A1CD9459AAD6BF0E4DB8EE5B0C2585F78A295336

Den resterende del af disse patienter kan henvises både til reumatologisk speciallægepraksis og reumatologisk sygehusafdeling.

- 2) Subakutte rygpatienter med eller uden smerteudstråling til ekstremiteterne, hvor tidligere intervention med genoptræning og relevant smertestillende behandling i 6-8 uger ikke har medført bedring, og hvor der er vedvarende påvirket funktionsniveau med relevante kliniske objektive fund og/eller billeddiagnostiske fund:
Disse patienter skal ofte have et tværfagligt tilbud, som ikke kan honoreres i speciallægepraksis og skal derfor primært henvises til reumatologisk sygehusafdeling
- 3) Den kroniske rygpatient med rygsmerter igennem flere år, hvor egen læge har brug for en reumatologisk speciallægevurdering:
Disse patienter skal primært henvises til reumatologisk speciallægepraksis med henblik på relevante supplerende undersøgelser og rådgivning.

1. konsultation

Anamnese omfatter rygsymptomer, herunder lokaliserede og irradierende smerter, lammelser og føleforstyrrelser, vandladnings- og/eller afføringsforstyrrelser med fokus på at udelukke fraktur, infektion, cancer, og inflammatorisk rygsygdom.

Der udføres **objektiv** rygundersøgelse inklusive relevant neurologisk undersøgelse.

Planen for **udredningsprogram** lægges sammen med patienten. Det vil typisk dreje sig om billeddiagnostik (røntgen, MR-scanning, PET-CT-scanning) og eventuelt blodprøver. Træningsbehandling iværksættes enten ved øvelsesinstruktion eller henvisning til relevant træningsforløb ved fysioterapeut.

Anden behandling kan bestå af flere elementer afhængig af diagnosen: Det kan være aflastning af den skadede struktur, blokade, manuel behandling, taping og akupunktur.

2. konsultation

Der gives svar på udførte undersøgelser og informeres om diagnose, prognose og drøftelse af fortsatte behandlingsmuligheder.

Der foretages vurdering af effekt af den iværksatte behandling. Effektfuld behandling følges op med vejledning i fortsat hensigtsmæssig aflastning og belastning, øvelser, manuel behandling, taping og akupunktur. Hvis der ikke har været nogen effekt, må diagnosen justeres ved at foretage supplerende undersøgelser. Efter behov rekvireres andre parakliniske undersøgelser, hvorefter anden behandling iværksættes.

Opfølgende konsultation

Diagnose og behandling justeres som ved 2. konsultation.

Nogle patienter med vedvarende gener trods relevant træning i 6-8 uger vil kunne henvises til rygforløb i sygehusregi. Ellers afsluttes patienten til videre træning ved fysioterapeut og ved behov for smertestillende (analgetisk) behandling til almen praksis.

Den kroniske rygsmerterpatient kan have glæde af rådgivning via smerteklinik, som der henvises til via egen læge.

Leddegigt, psoriasisgigt, rygsøjlegigt eller reaktiv gigt (Artrit)

Patientpopulation

Alle patienter mistænkt for inflammatorisk gigt/bindevævslidelse skal henvises via egen læge til reumatolog. Patienterne henvises enten til speciallægepraksis eller til sygehusafdeling.

Hyppigheden af leddegigt er 0,5 - 1 %, psoriasisgigt 0,5 % og rygsøjlegigt 0,5 % af befolkningen.

Mistanke om inflammatorisk gigt/bindevævslidelse baseres primært på, at patienten har hævede led, men også ledsmerter samt morgenstivhed indgår i vurderingen. Ved rygsøjlegigt rejses mistanken ved, at patienten har rygmerter, der er værst efter hvile og altså ikke belastningsrelaterede. Mange patienter vil i 1. eller 2. konsultation blive afsluttet, efter mistanke om inflammatorisk lidelse er afkræftet.

1. konsultation

Anamnese omfattende bevægeapparatssymptomer, herunder ledsmerter, ledhævelse, rygmerter (herunder natlige smerter), samt symptomer fra øvrige organsystemer optages.

Dispositioner afklares, herunder forekomsten af gigt/bindevævslidelser i familien og eksposition - eksempelvis skal forudgående infektionssygdom klarlægges.

Tidligere undersøgelsesresultater rekvireres og afklares.

En grundig **objektiv undersøgelse** udføres. Det indebærer, at ud over ledundersøgelse og rygundersøgelse skal man undersøge generelt, det vil sige stetoskopere, palpere mave, undersøge for hævede lymfeknuder, hudforandringer mm.

Der kan foretages **ultralydsskanning** af ømme og hævede led. Ved ultralydsskanning afklares, hvorvidt der foreligger hævelse og øget blodgennemstrømning i ledslimhinden samt væskeansamling i ledhulen.

Plan for **udredningsprogram** lægges sammen med patienten. Dette vil typisk dreje sig om en længere række blodprøver samt billeddiagnostik i form af konventionel røntgenundersøgelse. Når det findes relevant, henvises til MR, knoglescintigrafi eller PET-CT.

Afslutningsvis planlægges den videre opfølgning med patienten.

2. konsultation

Patienten møder ind i klinikken med henblik på drøftelse af eventuelt indhentede tidligere undersøgelsesresultater samt aktuelle undersøgelsesresultater med henblik på tentativ diagnose, prognose, drøftelse af behandlingsmuligheder, herunder medicinske behandlingsmuligheder og non-farmakologiske behandlingsmuligheder samt socialmedicinske konsekvenser.

Inflammatorisk gigtlidelse (leddegigt, psoriasisgigt, rygsøjlegigt eller reaktiv gigt) diagnosticeres jævnfør gældende klassifikationskriterier.

Patienterne registreres i DANBIO i henhold til gældende indberetningsforpligtigelse fra Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med deres godkendelse af databasen DANBIO.

Patienten informeres om og instrueres i anvendelse af den nationale database DANBIO.

Medicinsk behandling (DMARD) vil ofte startes ved 2. konsultation for patienter med sikker diagnose, og patienten informeres om effekt og eventuelle bivirkninger.

Patienter, der startes i medicinsk behandling, skal kontrolleres med blodprøver, så længe der behandles med DMARD, initialt hver 2. – 4. uge senere med intervaller på 8-12 uger. Der skal informeres om forholdsregler ved ønske om graviditet jævnfør gældende kliniske retningslinjer (både hos mænd og kvinder) og forholdsregler ved alkoholindtag.¹⁰ Patienten skal indskræpes, at udeblivelse fra blodprøvekontrol kan være kritisk.

Den **fremtidige kontrol**, der hos denne gruppe af patienter ofte er livslang, forelægges patienten, og der aftales ny kontrol samt bestilles relevante parakliniske undersøgelser.

Senere konsultation

I starten vil der være behov for konsultationer med få ugers interval, ikke mindst fordi patienten har et stort informationsbehov. Men også for at følge op på behandlingen, herunder effekt, eventuelle bivirkninger, justering af dosis på medicin med mere.

Ved hævede led vil behandlingen ofte suppleres med steroidinjektion i det/de hævede led eller med intramuskulær steroidinjektion.

Når patienternes sygdom er stabil, kan intervallet mellem fremmøde i klinikken forlænges, men blodprøver skal kontrolleres mellem besøgene. Alle klinikker har systemer, der sikrer, at patienterne får taget deres blodprøver til tiden, og at patienten efterfølgende informeres om resultaterne, ligesom systemet sikrer, at der reageres, hvis blodprøvesvaret udebliver.

Der undersøges for knogleskørhed og anden komorbiditet med intervaller jævnfør gældende kliniske retningslinjer.¹⁰

I senere konsultationer indgår drøftelser vedrørende non-farmakologisk behandling, herunder instruktion i øvelser, behov for fysioterapi, fodterapi, ergoterapi eller henvisning til bandagist.

Patienter informeres om vigtigheden af egenomsorg, herunder muligheden for supplerende viden hos eksempelvis Gigtforeningen.

Patienterne registreres i DANBIO i henhold til gældende indberetningsforpligtigelse fra Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med deres godkendelse af databasen DANBIO.

Muskelgigt (Polymyalgia rheumatica/kæmpecelle arteritis)

Patientpopulation

De fleste patienter mistænkt for muskelgigt (polymyalgia rheumatica) (PMR) og alle patienter med mistanke om kæmpecelle arteritis (GCA) skal via egen læge henvises til speciallæge i reumatologi. Patienterne henvises enten til praktiserende speciallæge eller til sygehusafdeling i henhold til gældende nationale behandlingsvejledninger.

PMR og GCA forekommer hos 0,14 - 1,4 % af befolkningen over 50 år.

¹⁰ Dansk Reumatologisk Selskab National behandlingsvejledning Reumatoid artrit version september 2018 - <https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/ra/>

Mistanke om PMR baseres på nakkeskulderågsmerter, lår- og ballesmerter samt forhøjet infektionstal (i form af CRP og eventuelt SR). Ved kæmpecelle arteritis er der endvidere symptomer i form af tyggesmerter, tindingeømhed, hovedpine og eventuelt synsforstyrrelser. Sygdomsforekomsten er ekstrem lav før 50-års alderen.

1. konsultation

Tidligere undersøgelsesresultater afklares og rekvireres, hvis dette er relevant.

Anamnese omfattende bevægeapparatssymptomer, herunder muskelsmerter (lokalisering), hovedpine, synsforstyrrelser, tindingesmerter, smerter i tyggemuskulatur, muskeludtrætning, samt symptomer fra øvrige organsystemer og almentsymptomer som træthed, feber (subfebrilia) og vægttab optages.

Disposition for inflammatoriske gigtlidelser samt mulig eksposition drøftes, herunder klarlægges forudgående infektionstilstand.

En grundig **objektiv undersøgelse** udføres. Det indebærer ud over muskelundersøgelse, tindingeundersøgelse og ledundersøgelse også en generel undersøgelse, det vil sige stetoskopere, palpere mave, undersøge for hævede lymfeknuder og hudforandringer med mere.

Plan for **udredningsprogram** lægges sammen med patienten. Dette vil typisk dreje sig om en længere række blodprøver samt billeddiagnostik i form af CT af brystkasse og mave (thorax og abdomen), hvis muligt kan CT scanning erstattes af PET-CT. Udredningen af disse patienter har blandt andet fokus på at udelukke en malign tilstand.

Patienten sættes ofte i behandling ved 1. konsultation med binyrebarkhormon enten ved testinjektion eller som tabletbehandling.

Patienten informeres om effekt og mulige bivirkninger til den initiale behandling. Patienten skal informeres om "red flags" i form af synsforstyrrelser, hovedpine og tyggesmerter, idet de skal henvende sig akut til læge ved disse symptomer.

2. og senere konsultation

Patienten møder i klinikken med henblik på diagnose, prognose og drøftelse af fortsatte behandlingsmuligheder.

På basis af oplysning fra 1. konsultation, indhentede supplerende undersøgelsesresultater, aktuelle undersøgelsesresultater samt effekt af binyrebarkhormon vil en endelig diagnose oftest kunne stilles.

Der planlægges DEXA-skanning, idet binyrebarkhormonbehandlingen disponerer til knogleskørhed (osteoporose), og patienten informeres om profylakse til dette.

Patienten informeres om mulige konsekvenser af ikke at passe behandlingen. Effekt og bivirkninger på sigt gennemgås. Patienten kan oprettes i den nationale database DANBIO. Der er ikke krav om dette. Patienten informeres vedrørende kontrolforanstaltninger, herunder krav om regelmæssige blodprøver samt konsekvenser af manglende blodprøveundersøgelser.

Initialt i forløbet ses patienten hyppigt (hver 1. - 3. uge) med henblik på at sikre effekten af behandlingen og nedtrapning i et passende tempo samt compliance i forhold til medicinindtagelse og blodprøvetagning.

Ved aftagende sygdomsaktivitet øges intervallet mellem kontroller i klinikken. Der kan være behov for kontrol af blodprøver mellem fremmøde.

For de få patienter, hvor symptomerne ikke aftager som forventet, og nedtrapning af binyrebarkhormon dermed trækker uforholdsmæssigt ud, kan patienten henvises til sygehus med henblik på vurdering og behandlingsoptimering.

De fleste patienter behandles dog i hele forløbet i reumatologisk speciallægepraksis.

Urinsyregigt (Arthritis urica)

Patientpopulation

Næsten alle patienter med urinsyregigt (arthritis urica) henvises til en reumatolog enten i speciallægepraksis eller på sygehusafdeling til udredning for urinsyregigt.

Urinsyregigt forekommer hos 2 % af befolkningen og hyppigst hos mænd.

Mistanke om urinsyregigt (arthritis urica) baseres på hyperakutte ledtilfælde (oftest affektion af et eller flere led) i fødder, ankler eller knæ. Nogle tilfælde ligner mere de andre inflammatoriske ledsygdomme med mange – sommetider symmetrisk – angrebne led og diagnosticeres i udredningen heraf (se artritforløb). Behandling i speciallægepraksis tager udgangspunkt i gældende vejledning fra Sundhedsstyrelsen.¹¹

1. konsultation

Anamnese omfatter akutte og recidiverende ledtilfælde. Differentialdiagnostisk udelukkes andre inflammatoriske gigtsygdomme. Komorbiditet i form af fedme (adipositas), forhøjet kolesterol (hyperkolesterolæmi), diabetes og forhøjet blodtryk (hypertension) skal afklares.

Patienten undersøges for ledhævelse og -ømhed. **Ultralydsskanning** kan afsløre ansamling i ledslimhinde eller aflejring i brusk. Urinsyrekrystaller kan også aflejres i huden (tofi), som inspiceres herfor.

Der foretages ledpunktur, og om muligt udtages ledvæske til mikroskopi for krystaller i forbindelse med eventuel injektion.

Diagnosen hviler på urinsyrekrystaller set i mikroskop eller stilles med en klinisk score.

Anfaldsbehandling gives umiddelbart, og forebyggende medicinsk behandling opstartes i rolig fase. Der informeres om effekt og eventuelle bivirkninger og profylaktiske tiltag.

Opfølgning planlægges.

2. konsultation og opfølgning

Ved 2. konsultation spørger man om nye ledanfald, bivirkninger til medicin, og man informerer om resultat af kontrolblodprøver. Man forsøger at sikre compliance. Informationen fra første konsultation gentages ofte.

Senere opfølgning

Der sker monitorering af behandling. Der spørges til tilbagefald, compliance og bivirkninger og kontrolleres med blodprøver.

Når behandlingen er indstillet i dosis, så anfald er ophørt eller minimeret, er der mulighed for at afslutte patienten til egen læge.

¹¹ Gældende vejledning om behandling af urinsyregigt - <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/rational-farmakoterapi-9-2018/behandling-af-arthritis-urica>

Fibromyalgi

Patientpopulation

Voksne patienter med mistanke om fibromyalgi kan henvises til reumatologisk speciallægepraksis eller sygehus ved behov for afklaring af diagnosen.

Kroniske generaliserede smerter (chronic widespread pain) anslås at forekomme hos 10 % af befolkningen. Fibromyalgi forekommer hos 1 – 2 % af befolkningen.

Kroniske generaliserede smerter kan have flere forskellige årsager. Den del af patienterne, der har fibromyalgi, hører til i det reumatologiske speciale, mens de andre patientgrupper hører til i andre specialer. For eksempel fedtvævsreumatisme (morbus dercum), der hører hjemme i dermatologien, og irritable tyktarm (colon irritabile), der hører til det gastroenterologiske speciale.

Patienterne kendetegnes ved mangeårige smerter og mange sundhedskontakter, herunder med egen læge, andre speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer, uden der er stillet en endelig diagnose. Konsultationen i reumatologisk speciallægepraksis har derfor ofte karakter af en second opinion. En del patienter henvises med henblik på afklaring af eventuel gigtsygdom.

1. konsultation

Der optages **anamnese**, som ofte kræver tid udover det normale. Det forudgående lange forløb gør det svært for smertepatienten at huske debut, tidsmæssig udvikling, tidligere undersøgelser, tidligere undersøgelsessteder og resultater af undersøgelserne.

Smerteanamnese afklares, herunder om der foreligger en tilgrundliggende strukturel gigtlidelse eller anden sygdom. Funktionsbegrænsninger og ledsagesymptomer afdækkes. Gældende national klinisk retningslinje for generaliserede bevægeapparatsmerter følges.¹²

Der foretages en generel objektiv undersøgelse omfattende bevægeapparatet, perifere led og nakke/ryg/lænd, ligesom der foretages en udvidet objektiv undersøgelse omfattende øvrige organsystemer, herunder neurologisk undersøgelse.

Der indhentes oplysninger om tidligere udredning fra egen læge og andre speciallæger og sygehuse, som ikke allerede foreligger, og der kan aftales nye undersøgelser samt et nyt tidspunkt for opsummering og svar.

Der kan suppleres med **ultralydsskanning** af relevante led/ledregioner. Der bestilles blodprøver og vurderes svar på allerede foreliggende prøver. Der bestilles, hvis dette vurderes relevant, supplerende billeddiagnostik eller kliniske fysiologiske/nuklearmedicinske undersøgelser, ligesom MR-scanning af rygsøjle (columna) kan være relevant for rygsmerter.

2. konsultation

Ved 2. konsultation konkluderes på tidligere og eventuelle nye undersøgelser.

Der gives forklaring på symptomerne, herunder smerternes kroniske men godartede karakter samt vurdering og anerkendelse af, hvilke konsekvenser smerterne har for funktion og erhvervsmæssige muligheder. Derudover er et element i konsultationen, at patienten ud fra en kognitiv tilgang gøres forståeligt, at videre undersøgelser ikke vil ændre patientens tilstand.

¹² National klinisk retningslinje for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, SST, 2015 - <https://app.magicapp.org/app#/guideline/1875>

Patienten afsluttes til videre håndtering hos egen læge vedrørende fortsat smertebehandling. Almen praksis kan, når det er relevant, henvise til tværfaglig smerteklinik eller tilsvarende tilbud.

Lokal bevægeapparatssmerte

Patientpopulation

Patienter henvises via egen læge til undersøgelse for en lokaliseret smertetilstand. Tilfælde med lokal smerte er særdeles hyppig i skulder, albue, finger, hofte, knæ og fod. Patienter med vedvarende, funktionsbegrænsende lokal smerte henvises primært til reumatologisk speciallægepraksis.

1. konsultation

Anamnese fokuserer på det lokale symptom. Patienten screenes også for systemisk sygdom.

Der foretages en generel **objektiv undersøgelse** omfattende screening for systemisk sygdom. Derudover foretages mere specifikke tests i det lokaliserede smerteområde med aktive og passive bevægetest, stabilitetstest, isometriske muskel/sene test og diverse smertetests, som er forskellig afhængig af lokalisation.

Der foretages **ultralydsskanning** af det lokaliserede område. Man ser efter patologi i knogleoverflader, ledbrusk, ledslimhinder, ledbånd, menisker, ledlæber, sener, slimsække og muskler.

Hvis det vurderes relevant, foretages procedure med udtagning af væske fra hævet led eller lednær struktur. Dette kan være terapeutisk ved smertevoldende, funktionshæmmende hævelse eller diagnostisk, hvor undersøgelse af ledvæske ved hjælp af mikroskopi og eventuel dyrkning kan føre til en mere præcis diagnose.

Ved behov foretages andre parakliniske undersøgelser, såsom blodprøver og billeddiagnostik. Blodprøver er dog sjældent indiceret ved en lokaliseret smertetilstand.

Derefter stilles en diagnose/tentativ diagnose, som danner baggrund for den efterfølgende behandling. Denne behandling kan bestå af flere elementer afhængig af diagnosen. Det kan dreje sig om aflastning af den skadede struktur, stimulerende optræning, blokade, manuel terapi, tapening og akupunktur.

2. konsultation

Effekten af den primære behandling vurderes. Effektiv behandling følges op med vejledning i fortsat hensigtsmæssig aflastning og belastning, øvelser, manuel behandling, tapening og akupunktur. Hvis der ikke har været nogen effekt, må diagnosen revurderes. Der suppleres ved behov med ultralydsskanning og andre relevante parakliniske undersøgelser, hvorefter behandlingen eventuelt justeres.

Opfølgende konsultation

Diagnose og behandling justeres som ved 2. konsultation.

Beskrivelse af behandlingsmuligheder i reumatologisk speciallægepraksis

Øvelsesterapi

En væsentlig del af behandlingen af non-inflammatoriske smerter i bevægeapparatet er instruktion i forskellige former for øvelser.

Instruktionen foregår ved demonstration af øvelser og kontrol af, at patienten har forstået øvelserne korrekt. Der kan udleveres skriftligt materiale eller henvises til digital instruktion i øvelser.

Manuel behandling

Ved manuel behandling forstås behandling af patientens bevægeapparat ved manuelle behandlingsteknikker. Manipulation, traktion, mobilisering, Muskel Energi Teknik (MET), Myofascial Release teknik (MFR) og lignende modaliteter kan benyttes.

Første manuelle behandling udføres altid af speciallægen. Effekt af behandling vurderes af speciallægen.

Injektionsbehandling

Injektionsbehandling er en hyppig anvendt terapi i reumatologisk speciallægepraksis. Kortikosteroid har veldokumenteret effekt ved gigt (arthritis), hvor det er anført som førstevalgsbehandling. Derudover har det veldokumenteret effekt ved slidgigt (arthrose) om end kortvarigt, da slidgigten ikke mindskes herved.

Ved non-inflammatoriske bevægeapparatsklager er injektionsbehandling et vigtigt supplement til behandlingen med aflastning, øvelsesterapi og manuel behandling.

Injektionsbehandlingen kan gives uden anvendelse af ultralydsskanning, men for større præcision og sikkerhed omkring injektionsproceduren kan ultralydsvejledt injektion foretrækkes.

Tapening

Tapening med sportstape eller elastisk tape (eventuelt kinesiotape) kan anvendes i reumatologisk speciallægepraksis. Det kan være indiceret til patienter med inflammatoriske ledlidelser, overbelastningslidelser og vridtraumer, hvor der er behov for stabilisering af led og aflastning af muskulatur/sener og led.

Triggerpunkt-akupunktur (Intramuskulær stimulation ved akupunktur)

I reumatologisk speciallægepraksis anvendes triggerpunkt-akupunktur til behandling af smerter udløst fra lokaliserede smertepunkter i bevægeapparatet (tenderpoints) og intramuskulære punkter (triggerpoints).

Det vil typisk dreje sig om patienter med mange muskelgener (myogene) typisk i sædeområde og i nakke/skulderområde.

Hvis triggerpunkt-akupunktur har effekt på smertetilstanden, og der er behov for fortsat behandling, vejleder speciallægen patienten om at søge fortsat behandling hos anden godkendt behandler.

Påkrævet uddannelse vedrørende varetagelsen af triggerpunkt-akupunktur fremgår af kapitel 4.

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 jævnfør krav til uddannelse, der fremgår af kapitel 4.

Nålesætning på brystkasse/ryg (thorax), hvor der kan være risiko for at ramme lungen, udføres altid af speciallægen.

Aktuel status og kapacitet

Aktivitet i speciallægepraksis

Der er i alt 38 fuldtidskapaciteter og 15 deltidskapaciteter i reumatologisk speciallægepraksis. Kapaciteten er fordelt på 49 ydernumre.

Tabel 1 Kapaciteter i reumatologisk speciallægepraksis pr. 1. august 2019

Region	Kapacitet*	Antal fuldtidskapaciteter	Antal deltidskapaciteter	Antal ydernumre
Hovedstaden	25,67	21	14	32
Sjælland	5,33	5	1	5
Syddanmark**	7	7	0	7
Midtjylland	3	3	0	3
Nordjylland	2	2	0	2
I alt	43	38	15	49

Kilde: Notus Regional 1. august 2019

*Der i Region Hovedstaden to reumatologer, der hver har to deltidskapaciteter, mens der i Region Sjælland er to reumatologer, der deler én fuldtids- og én deltidskapacitet.

**Der er besat en ledig kapacitet i Region Syddanmark pr. 1. april 2019

Tabel 2 viser, at speciallægekapaciteten i forhold til antallet af borgere er størst i Region Hovedstaden med 71.694 borgere pr. kapacitet, mens kapaciteten pr. borger er mindst i Region Midtjylland med 440.597 borgere pr. kapacitet. Antallet af behandlede patienter pr. kapacitet varierer ligeledes regionerne imellem. Der er færrest behandlede patienter pr. kapacitet i Region Syddanmark, mens der er flest patienter pr. kapacitet i Region Sjælland.

Tabel 2 Patienter pr. kapacitet i reumatologisk speciallægepraksis i 2018

Region	Borgere pr. kapacitet	Patienter pr. kapacitet
Hovedstaden	71.694	1.296
Sjælland	156.975	1.757
Syddanmark	203.948	1.189
Midtjylland	440.597	1.694
Nordjylland	294.803	1.439
Total (CPR-numre)	138.400	1.373

Kilde: Danmarks Statistik Tabel FOLK1A, Notus Regional og regionernes afregningsdata

Af tabel 3 fremgår det, at 57.638 patienter er blevet behandlet i reumatologisk speciallægepraksis i 2018. Dette er en stigning på 6 % i forhold til antallet af patienter behandlet i 2016. Fordelingen af patienter i tabellen kan være udtryk for patienternes frie lægevalg på tværs af regionsgrænser og kapacitetsdækningen i regionerne.

Tabel 3 Antal patienter i reumatologisk speciallægepraksis i perioden 2016 - 2018

Region	2016	2017	2018	Udvikling 2016-2018*
Hovedstaden	31.558	32.893	33.253	5 %
Sjælland	8.152	8.435	9.365	15 %
Syddanmark	7.049	7.034	7.135	1 %
Midtjylland	4.996	5.169	5.083	2 %
Nordjylland	2.662	2.885	2.878	8 %
Total (CPR-numre)	54.346	56.345	57.638	6 %

Kilde: Regionernes afregningsdata

* Én kapacitet er nedlagt i Region Hovedstaden pr. 20. september 2016, mens to kapaciteter i perioden er genbesat i Region Sjælland.

Tabel 4 viser en stigning i antallet af 1. konsultationer i reumatologisk speciallægepraksis fra 2016-2018. Tabellen viser derudover, at antallet af ydelser er steget med 8 %, mens det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient har været stabilt fra 2016 til 2018.

Tabel 4 Udviklingen i ydelser og bruttohonorar 2016 - 2018

	2016	2017	2018	Udvikling 2016-2018***
Antal ydelser*	421.146	446.055	454.763	8 %
Antal 1. konsultationer	46.624	48.330	49.400	6 %
Gns. ydelser pr. patient	7,75	7,92	7,89	2 %
Samlet bruttohonorar (kr.)**	98.917.558	106.620.029	108.065.566	9 %
Bruttohonorar pr. patient (kr.)	1.820	1.892	1.875	3 %

Kilde: Regionernes afregningsdata

*Tabellen er opgjort i henhold til overenskomstens ydelser. Der er ikke indgået regionale § 64-, § 65- eller § 66-aftaler.

** Tallene er opgjort i løbende priser

*** Én kapacitet er nedlagt i Region Hovedstaden pr. 20. september 2016, mens to kapaciteter i perioden er genbesat i Region Sjælland.

Det ses af tabel 5, at det samlede antal konsultationsydelser har været stigende i perioden 2016-2018. Det gennemsnitlige antal konsultationsydelser pr. patient samt det gennemsnitlige antal tillægsydelser pr. patient har været stabilt i samme periode. Dette indikerer, at stigningen i konsultationer er en konsekvens af flere behandlede patienter.

Tabel 5 Udviklingen i antallet af konsultations- og tillægsydelser 2016 - 2018

	2016	2017	2018	Udvikling 2016-2018*
Konsultationsydelser	155.723	161.342	172.102	11 %
Tillægsydelser	265.010	284.400	282.342	7 %
Gns. antal konsultationsydelser pr. patient	2,87	2,86	2,99	4 %
Gns. antal tillægsydelser pr. patient	4,88	5,05	4,90	0,5 %

Kilde: Regionernes afregningsdata

* Én kapacitet er nedlagt i Region Hovedstaden pr. 20. september 2016, mens to kapaciteter i perioden er genbesat i Region Sjælland.

Af tabel 6 ses det, at de hyppigst anvendte tillægsydelser i 2018 er behandlingskontrol af kronisk inflammation, ultralydsundersøgelse og instruktion i øvelsesterapi.

Det fremgår af tabel 6, at der i perioden 2016–2018 har været en stigning i brugen af ultralydsundersøgelserne. Brugen af tillægssydelserne 'ultralydsundersøgelse' er steget med knap 15 %, og brugen af 'ultralydsundersøgelse følgende ydelse' er steget med 28 %. Derudover er der sket en stigning i brugen af tillægssydelserne instruktion i øvelsesterapi og akupunktur.

Det ses yderligere af tabel 6, at der er sket et fald i brugen af ydelserne ledningsblokada/nerveblokada og manipulationsbehandling.

Tabel 6 Udviklingen i antal tillægsydelser 2016 - 2018

	2016	2017	2018	Udvikling 2016-2018*
Punktur af led	23.181	23.918	22.580	-2,6 %
Intraartikulære injektioner	19.687	20.778	19.542	-0,7 %
Ledningsblokada/nerveblokada	4.752	3.340	2.157	-54,6 %
Manipulationsbehandling	9.297	8.021	6.018	-35,3 %
Akupunktur	2.225	1.914	2.692	21,0 %
Injektioner i bursae og senære strukturer	17.401	17.494	17.738	1,9 %
Afsluttende samtale	13.712	15.287	14.127	3,0 %
Tapening og bandagering	3.194	3.617	3.430	7,4 %
Mikroskopi af ledvæske	245	205	260	6,1 %
Instruktion i øvelsesterapi	34.696	40.661	41.056	18,3 %
Ultralydsundersøgelse	36.960	41.382	42.389	14,7 %
Ultralydsundersøgelse flg. ydelser	20.012	25.063	25.618	28,0 %
Ultralydsvejledt injektion	23.386	25.941	25.663	9,7 %
Behandlingskontrol af kronisk inflammation	52.292	52.910	55.779	6,7 %

Kilde: Regionernes afregningsdata

*Én kapacitet er nedlagt i Region Hovedstaden pr. 20. september 2016, mens to kapaciteter i perioden er genbesat i Region Sjælland.

Det fremgår af tabel 7, at 42 % af patienterne har forløb i reumatologisk speciallægepraksis af op til 1 måneds varighed, og 23 % af patienterne har forløb af mere end seks måneders varighed.

Tabel 7 Varighed af behandlingsforløb i reumatologisk speciallægepraksis 2016-2018

Forløbsvarighed	Antal patienter	Procent fordeling
1 dag	35.302	28 %
2 dage - 1 måned	18.448	14 %
1 - 6 måneder	43.740	34 %
6 måneder - 1 år	10.716	8 %
Over 1 år	19.582	15 %
Total (CPR-numre)	127.788	100 %

Kilde: Regionernes afregningssystem

Note: Ydelserne 0110 – 1. konsultation, 0120 – 2. konsultation, 0130 – Senere konsultation, 0105 – E-mail konsultation og 0201 – Telefonkonsultation er inkluderet.

Det ses af tabel 8, at 87 % af patienterne får mellem 1 og 6 konsultationer med behandlingsforløb på cirka 3 måneder, svarende til et henvisningsforløb. 8 % af patienterne får mellem 7 og 12 konsultationer med behandlingsforløb på gennemsnitligt 16 måneder, mens 5 % af patienterne får flere end 13 konsultationer.

Tabel 8 Antal konsultationer pr. patient i forløb i reumatologisk speciallægepraksis 2016-2018

Antal konsultationer	Antal patienter	Forløbs varighed (gns. antal dage)	Procentfordeling
1-6 konsultationer	111.731	94	87 %
7-12 konsultationer	10.018	491	8 %
13-18 konsultationer	2.757	695	2 %
19-24 konsultationer	1.459	834	1 %
25-30 konsultationer	816	905	1 %
31-50 konsultationer	963	979	1 %
>51 konsultationer	44	1032	<1 %
Total	127.788		100 %

Kilde: Regionernes afregningssystem

Note: Ydelserne 0110 – 1. konsultation, 0120 – 2. konsultation, 0130 – Senere konsultation, 0105 – E-mail konsultation og 0201 – Telefonkonsultation er inkluderet.

Aktivitet på udvalgte områder på sygehusene

Arbejdsgruppen har forsøgt at afdække aktiviteten på sygehusene inden for diagnoser, hvor der er et overlap mellem patientgrupperne i sektorerne. Herudover har der været kigget på volumen for udførelsen af Ultralydsvejledt High Volume Injektion (HVI) og Ultralydsvejledt punktur og udtømmelse af forkalkning i se-nevæv (tendinitis calcarea lavage – barbotage).

Vedrørende overlap mellem patientgrupper, der varetages i begge sektorer, har det ikke været muligt at finde valide data. Moderniseringsrapporten indeholder derfor ikke sygehusdata for behandling af de patientgrupper, der kan behandles i begge sektorer.

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.

Kapitel 4 – Uddannelse

Uddannelse til speciallæge i reumatologi

De gældende krav for at opnå speciallægeanerkendelse i reumatologi findes i den til enhver tid aktuelle målbeskrivelse for reumatologi på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.¹³

Praktiserende reumatologer deltager i speciallægeuddannelsen af kommende kollegaer, dels ved at varetage en væsentlig del af undervisningen på Uddannelseslægernes A-kurser, dels ved at kommende reumatologer i Østdanmark i 4 ud af 8 hoveduddannelsesblokke har 6 måneders uddannelsesophold i speciallægepraksis. Herved tilgodeses blandt andet bredden i speciallægeuddannelsen, idet visse patientgrupper næsten udelukkende diagnosticeres og behandles i speciallægepraksis.

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 klinikerne skal lægge 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 1. april 2018 - 31. marts 2022 deltage i yderligere 2 kompetencedage, der er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet inden for en række områder, blandt andet databåret kvalitet, akkreditering og diagnosekodning.

Der bør tilstræbes en tættere dialog mellem speciallægepraksis og sygehusene – eksempelvis gennem fælles kliniske konferencer, læringsbesøg og kurser. Dette kan bidrage til at styrke det tværsektorielle samarbejde og medvirke til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Vilkaerne for sådanne læringsbesøg eller kurser vil skulle aftales lokalt, og læringsbesøgene kunne eventuelt kompenseres af efteruddannelsesmidler fra Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

Speciallæger i reumatologi forventes regelmæssigt at deltage i nationale og eventuelt internationale uddannelsesstilbud.

Danske Reumatologers og Fysiurgers Organisation (DRFO) organiserer selv efteruddannelseskurser to gange om året.

Ultralydsskanning

Muskuloskeletal ultralydsskanning er under stadig udvikling og udføres i dag i reumatologisk speciallægepraksis i forbindelse med diagnostik og behandling af de fleste bevægeapparatslidelser.

Speciallægeuddannelsen i reumatologi omfatter introduktion til brugen af ultralydsskanning indenfor reumatologien. Brug af ultralyd til diagnostik og behandling i speciallægepraksis vil for nogle reumatologer kræve efteruddannelse i muskel-skelet ultralydsdiagnostik og behandling. Efteruddannelsen skal være godkendt af specialeorganisationen DRFO. Kurser findes aktuelt hos Dansk Ultralyds Diagnostisk Selskab (DUDS), men kan også findes i udlandet. Herudover kræves praktisk erfaring opnået på relevant afdeling eller hos praktiserende speciallæge i reumatologi. Der stilles krav om 24 timers superviseret ultralydsskanning, som skal attesteres af radiolog eller reumatolog med ekspertise indenfor muskuloskeletal ultralydsskanning.

¹³ <https://www.sst.dk/da/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Maalbeskrivelser>

Med moderniseringen af specialet reumatologi stilles der fremadrettet krav om, at praktiserende reumatologer kan ultralydsskanne, samt at der forefindes en ultralydsscanner i klinikken.

Der oprettes derfor en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning, da de ikke har apparatur og/eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Speciallæger, der er omfattet af overgangsordningen, skal sende dokumentation for uddannelse til den region, hvori praksis er beliggende.

Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen.

Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringens ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen.

For reumatologer, der er opstartet hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge.

Akupunktur

Indenfor reumatologien bruges triggerpunkt-akupunktur. Undervisning heri er en del af specialets hoveduddannelse.

Klinikpersonale skal for at udføre akupunkturbehandlingen have gennemgået uddannelse i triggerpunkt-akupunktur godkendt af DRFO.

Kapitel 5 - Kvalitet

Kvalitet i speciallægepraksis

Kvalitetsudvikling i alle speciallægepraksis er et fælles ønske fra overenskomstens parter og vigtigt for at sikre, at patienterne modtager relevant og sikker udredning og behandling af høj, ensartet kvalitet.

Den Danske Kvalitetsmodel DDKM

Der er i overenskomsten mellem FAPS og RLTN aftalt Akkreditering af speciallægepraksis.

Ved fornyelse af overenskomsten mellem FAPS og RLTN i 2017/2018 er der aftalt en 2. akkrediteringsrunde, hvor alle praksis med ydernummer skal akkrediteres i perioden 1. april 2019 til 31. oktober 2021.

Det overordnede formål med 2. akkrediteringsrunde er at sikre forankring af en kvalitetsforbedrende tankegang og metodologi i speciallægepraksis.

Forud for 2. akkrediteringsrunde er det eksisterende standardsæt revideret på baggrund af erfaringer fra 1. akkrediteringsrunde. Standarderne indeholder fortsat de temaer, der er væsentlige i forhold til at sikre en god klinisk og organisatorisk kvalitet, og der er et særligt fokus på patientsikkerhed. Speciallægepraksis skal fortsat arbejde systematisk og udviklingsorienteret med metoder til egen kontrol og vurdering af behov for kvalitetsforbedrende tiltag. Endvidere arbejdes med inddragelse af patienters oplevelser ved brug af patientrapporterede oplysninger (PRO).

Ved akkreditering i speciallægepraksis vurderes klinikkerne og arbejdet i speciallægepraksis – både speciallægens og personalets.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) foretager i indeværende overenskomstperiode survey i alle speciallægepraksis. Alle speciallæger, alt personale, klinikkerne og arbejdet med kvalitetsstandarderne gennemgås med akkreditering for øje, foruden at der foretages akkreditering af nyetablerede klinikker. Den overvejende del af de reumatologiske speciallægepraksis akkrediteres i 4. kvartal 2019.

Kvaliteten i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis skal derfor afspejle de rammer og temaer, der arbejdes med i Sundhedsstyrelsen, inden for Den Danske Kvalitetsmodel og i sundhedsvæsenet i øvrigt.

Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis 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 implementering af 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.

Klinisk kvalitet

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 relevante, godkendte 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/eller 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.

Indberetning til databasen DANBIO

DANBIO er en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for reumatologi. Databasen er baseret på indrapportering fra patienter og personale på landets reumatologiske afdelinger, speciallægepraksis og private klinikker.

I DANBIO registreres alle patienter med nydiagnostiseret leddegigt samt rygsøjlegigt uanset behandling. Desuden registreres alle voksne reumatologiske patienter, som behandles med biologiske lægemidler, for eksempel tumor-necrosis-factor alfa-hæmmere (TNF-alfa-hæmmere).

Formålet med DANBIO er at samle oplysninger om patienter med leddegigt og rygsøjlegigt og at indsamle oplysninger om alle patienter i Danmark, der sættes i behandling med biologiske lægemidler for reumatologiske sygdomme. Oplysningerne anvendes til at sikre en effektiv behandling af den enkelte patient samtidig med, at de indsamlede data er værdifulde i videnskabelige studier.

DANBIO er resultatet af et samarbejde mellem Dansk Reumatologisk Selskab og Institut For Rationel Farmakoterapi. Databasen ledes af en styregruppe med repræsentanter udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab, Yngre Reumatologer, Danske Reumatologers og Fysiurgers Organisation og Danske Regioner.

Tilsyn

Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis understøttes på flere måder. Alle speciallægepraksis bliver løbende vurderet. Ud over survey i forbindelse med akkreditering efter DDKM udfører Styrelsen for Patientsikkerhed tilsyn med behandlingssteder på sundhedsområdet, herunder speciallægepraksis. Det risikobaserede tilsyn kan foregå på to forskellige måder; planlagt eller reaktivt. De gennemføres på basis af Sundhedslovens § 213.

I 2018/2019 har Styrelsen for Patientsikkerhed gennemført risikobaseret, planlagt tilsyn med fokus på lavdosis Methotrexat behandling. Tilsynet er gennemført på udvalgte speciallægepraksis i reumatologi med fokus på sektorovergange.

Kapitel 6 – Overenskomstmæssige forhold

I dette kapitel beskrives anvendelse af lokalaftaler i regionerne samt forslag til overenskomstmæssige ændringer i forbindelse med moderniseringen af specialet reumatologi.

Region Syddanmark har en generel 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 yderligere 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.

Der er i Region Sjælland indgået en lokalaftale om, at en deltidskapacitet og en fuldtidskapacitet fungerer under samme ydernummer i en kompagniskabspraksis.

Limitering/henvisningsregler

Arbejdsgruppen skal ifølge kommissoriet drøfte, om der for forløbsydelse vedrørende kronisk inflammation skal gælde særlige limiteringsregler. Arbejdsgruppen anbefaler, at når en patient overgår til et 0131-forløb, gøres forløbet ulimiteret. Herved skal patienten ikke indhente en ny henvisning fra egen læge undervejs i behandlingsforløbet for den givne inflammatoriske sygdom, som ofte er kronisk. Speciallægen er for disse forløb forpligtiget til at informere patientens egen læge om patientens tilstand mindst en gang om året og ved ændring i medicinsk behandling. For de patienter, der er stabile og uden DMARD-behandling, som ikke har behov for at blive fulgt af speciallægen, kan forløbet afsluttes. Ved senere symptomer på udvikling i sygdommen kan patienten genhenvises til speciallægen, såfremt egen læge finder det relevant.

Bringer patienten en ny problemstilling op i et igangværende forløb, som den alment praktiserende læge ikke i første omgang har henvist patienten til reumatolog for, er det som hidtil nødvendigt, at patienten får en ny henvisning fra den alment praktiserende læge, med mindre at den alment praktiserende læge som gatekeeper selv kan behandle problemstillingen. Herefter kan patienten henvende sig i en reumatologisk speciallægepraksis, og patienten opstartes i et nyt forløb ved en 1. konsultation.

Ændring vedrørende udvidet henvisning

I henhold til Overenskomst om speciallægehjælp § 28, stk. 4, kan praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden og Region Midtjylland henvise til specialet radiologi i speciallægepraksis. Denne henvisningsret gælder alene for de førnævnte regioners egne borgere, som er bosiddende i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Herudover kan reumatologiske speciallæger ikke henvise direkte til andre praksisspecialer. Ved behov henviser den praktiserende speciallæge i reumatologi i dag patienten via egen læge til behandling hos for eksempel speciallæge i dermato-venerologi.

Arbejdsgruppen har i henhold til kommissoriet drøftet relevansen af at lade praktiserende reumatologer henvise direkte til andre praksisspecialer.

Arbejdsgruppen foreslår, at praktiserende speciallæger i reumatologi fremadrettet kan henvise patienter til praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi og dermato-venerologi. Til speciallæger i dermato-venerologi kunne det for eksempel være relevant for patienter med udslæt med henblik på at diagnosticere psoriasis, foruden lupus (SLE) i huden, sarkoidose i huden og vasculitis i huden. Til speciallæger i ortopædkirurgi kunne det for eksempel være relevant for patienter med behov for ortoser, det vil sige skoindlæg og andre kropsbårne hjælpemidler. Herudover patienter med behov for henvisning til mindre indgreb som eksempelvis knystoperation, karpaltunnelsyndrom og springfinger.

Speciallæger i reumatologi kan desuden henvise patienter direkte til fysioterapeut, der har tiltrådt overenskomsterne om henholdsvis almindelig og vederlagsfri fysioterapi.

Rekvisation af lægemidler

Arbejdsgruppen har afklaret, hvilke lægemidler der kan rekvireres i speciallægepraksis samt påført ATC-koder.

Arbejdsgruppen foreslår, at der i speciallægepraksis kan rekvireres markedsførte lægemidler indenfor nedenstående ATC-koder og lægemiddelstoffer. Der kan ikke rekvireres magistrelle lægemidler.

Jf. overenskomst	Lægemiddel	ATC-kode
Anæstetika til brug for injektionsbehandling		
	Bupivacain	N01BB01
	Lidocain	N01BB02
	Mepivacain	N01BB03
	Bupivacain komb.	N01BB51
	Ropivacain	N01BB09
Steroider til brug ved injektionsbehandling		
	Betamethason	H02AB01
	Methylprednisolon	H02AB04
	Triamcinolon	H02AB08
Opløsnings- og fortyndingsvæske til brug ved injektionsbehandling		
	Natriumklorid isotonisk	V07AB

Arbejdsgruppen foreslår desuden, at rekvisitionsmuligheden vedrørende tape jævnfør overenskomstens specielle del kapitel 14, § 2, stk. 2 frafalder, og at tape fremover bliver indeholdt i ydelse 2628 'Tapening'.

Kapitel 7 – Ydelsesbeskrivelser [Bemærk ydelserne 0131, 2635 og 0107 er tilrettet og ydelse 0121 er nedlagt pr. 1. april 2022]

Forord

Med moderniseringen foreslås en ny konsultationsstruktur for reumatologisk speciallægepraksis vedrørende patienter med inflammatorisk gigt/bindevævssygdom. Dette omfatter nye ydelser for 2.- og senere konsultation for patienter med kroniske inflammatoriske lidelser (0121 og 0131), såvel som en konsultationsydelse for kontrol af patienter i DMARD-behandling via telefon eller e-mail (0107). Igangværende forløb hos praktiserende speciallæger i reumatologi skal ikke opstartes på ny, men skal fortsætte i enten ydelse 0120, 0121, 0130, 0131 eller ydelse 0107 afhængigt af forløbets karakter.

Inflammatorisk gigtsygdom er defineret som artritssygdomme og rygsøjlegigt (spondylarthritis), muskelgigt og kæmpecellearteritis (polymyalgia reumatica og arteritis temporalis) samt inflammatoriske bindevævssygdomme, for eksempel lupus (SLE) og Sjögrens sygdom og uspecifik artrit/bindevævssygdom.

Anvendelse af inflammatoriske forløb

Patienter, som skal indgå i et inflammatorisk forløb, vil være patienter, som har en sikker, afklaret inflammatorisk diagnose efter 1. konsultation (0110), 2. konsultation (0120) eller senere konsultation (0130).

'2. konsultation - Inflammatorisk forløb' (0121) er forbeholdt patienter, der ved 2. konsultation har en sikkert diagnosticeret inflammatorisk gigtsygdom.

'Senere konsultation - Inflammatorisk forløb' (0131) er forbeholdt patienter med sikkert diagnosticeret inflammatorisk gigt/bindevævssygdom i en senere konsultation.

Er der ved 1. konsultation mistanke om inflammatorisk sygdom suppleres med tillægsydelsen 2634 'Diagnostik af inflammatorisk gigt/bindevævsslidelse'.

Såfremt en patient er tilset i en 1. konsultation (0110), 2. konsultation (0120) eller senere konsultation (0130) uden sikker diagnosticeret inflammatorisk sygdom, men efterfølgende viser sig at opfylde kriterierne for en inflammatorisk gigtsygdom, skifter denne patient 'spor' til det inflammatoriske forløb og overgår til henholdsvis ydelse 0121 eller 0131.

Patienterne fortsætter behandling i det inflammatoriske konsultationsspor. Patienterne afsluttes altså ikke med henblik på opstart i et nyt (inflammatorisk) forløb.

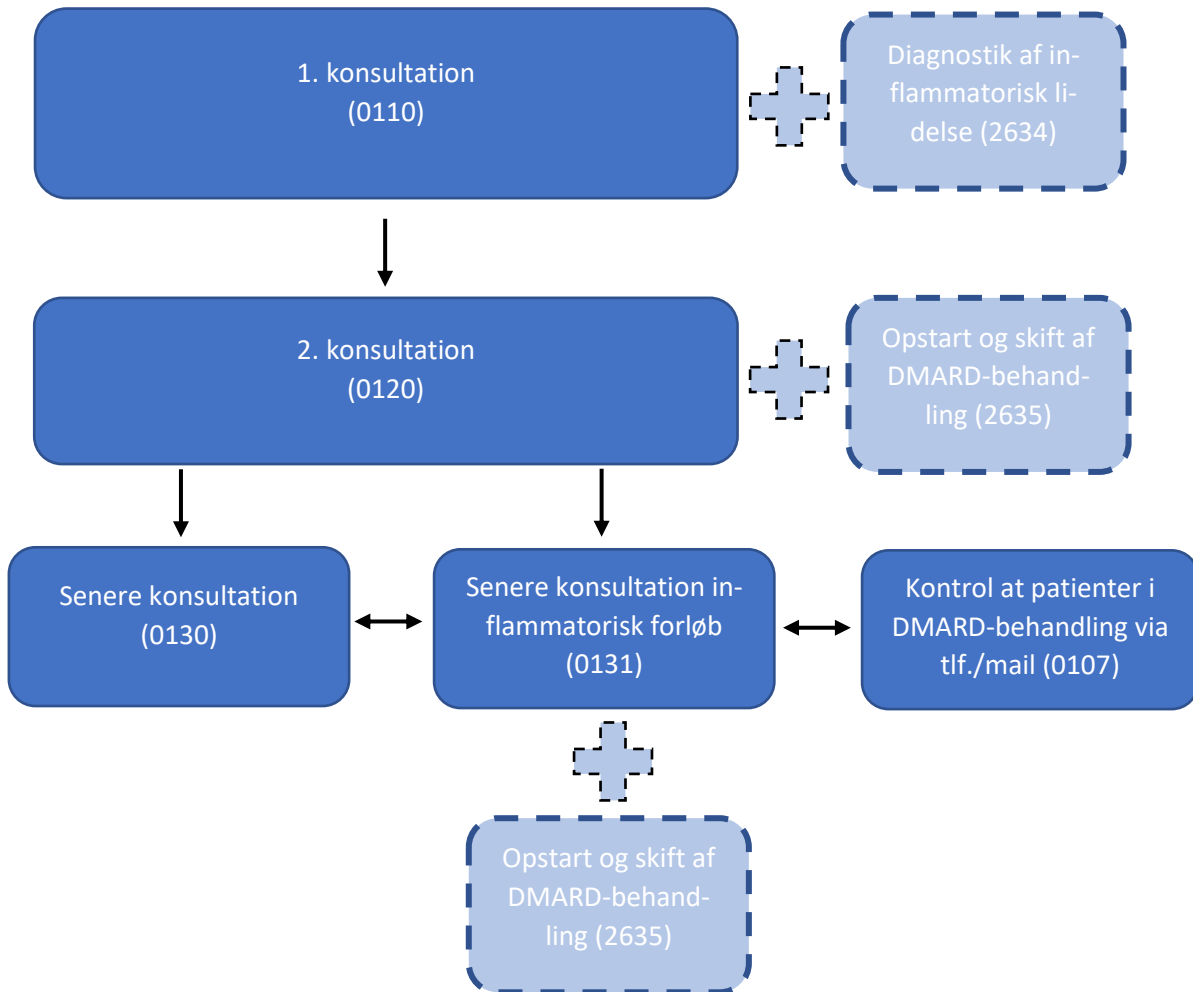
Er patienten tilset ved ydelse 0121 'Anden konsultation – inflammatoriske forløb' eller 0131 'Senere konsultation - inflammatoriske forløb' kan patienten ikke skifte spor tilbage til de almindelige konsultationsydelser.

Så længe mistanken om inflammatorisk gigtsygdom opretholdes, men ikke er endelig diagnosticeret, udredes patienten i 2. konsultation (0120) og eventuelt senere konsultation (0130).

I tilfælde, hvor mistanken om inflammatorisk lidelse afkræftes, fortsætter patienten i en almindelig 2. konsultation (0120) eller senere konsultation (0130) ved næste fremmøde hos speciallægen.

Det beskrevne ydelsesspor for inflammatoriske forløb ses illustreret nedenfor i figur 1.

Figur 1 Konsultationsstruktur for inflammatoriske forløb



§1, stk. 1 – Diagnostik og behandling

Ydelse 0110	1. konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Første konsultation i et undersøgelses- og eventuelt behandlingsforløb af patienter henvist med lidelser i bevægeapparatet.
Undersøgelse/ behandling	Første fremmøde i praksis inkluderer journaloptagelse med fokus på det, som patienten henvises for. Der optages relevant generel anamnese inklusive eventuelle almene symptomer, medikamentelle allergier samt medicinforbrug. Der optages smerteanamnese samt anamnese vedrørende funktionspåvirkning. Afhængigt af henvisningsårsagen foretages en objektiv undersøgelse omfattende vurdering af ryg og/eller perifere led og lednære bløddelsstrukturer herunder inspektion, ledpalpation, vurdering af bevægeudslag og muskelstyrke. I det omfang, det er relevant, suppleres med neurologisk undersøgelse. Der ultralydskannes, når dette er fagligt indiceret. Der lægges sammen med patienten en udrednings-, behandlings- og forebyggelsesplan. • Hvis relevant indhentes foreliggende undersøgelsesresultater fra egen læge og tidligere undersøgelser hos andre speciallæger/sygehuse • Hvis muligt iværksættes behandling • FMK anvendes jævnfør gældende overenskomst § 38 Patienten kan afsluttes, hvis opfølgende konsultation ikke skønnes nødvendig.
Særlige forhold	Kan ikke anvendes med ydelse 2632 - Ultralydsundersøgelse.
Apparatur	Ultralydsskanner, der muliggør vurdering af både overfladiske strukturer (eksempelvis fingersener) og dybe strukturer (eksempelvis hoftelæde), samt muliggør vurdering af inflammatorisk aktivitet (Doppler funktion).
Uddannelsesbehov	Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen. Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringsikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen.

	For reumatologer, der er opstartet hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge. Der er aftalt en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning i speciallægepraksis, da de ikke har haft apparatur og/eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Speciallæger, som er omfattet af overgangsordningen, skal sende dokumentation for uddannelse til den region, hvori praksis er beliggende. Uddannelseskravet er beskrevet i kapitel 4.
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer/Dansk Reumatologisk Selskab. Ultralydsskanning udføres i henhold til de til enhver tid gældende EULAR-guidelines for ultralydsskanning.
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information

Ydelse 0120	2. Konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med behov for udredning og/eller behandling efter 1. konsultation 0110.
Undersøgelse/ behandling	Fortsættelse af udrednings- og/eller behandlingsforløb samt forebyggelsesplan. Opfølgning og information om undersøgelsesresultater for eksempel blodprøver, ledvæskeundersøgelse, radiologiske undersøgelser. Vurdering af behandlingseffekt og bivirkninger i tilslutning til behandling. Supplerende undersøgelser. Medicinændringer. FMK anvendes jævnfør den gældende overenskomst § 38.
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer/Dansk Reumatologisk Selskab.
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 0130	Senere konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med behov for yderligere udredning/behandling efter 1. og 2. konsultation (0110 og 0120), hvor der ikke er tale om inflammatorisk sygdom.
Undersøgelse/ behandling	Vurdering af effekt af behandling/bivirkninger i tilslutning til behandling. Medicinændringer. FMK anvendes jævnfør den gældende overenskomst § 38.
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer/Dansk Reumatologisk Selskab.
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 0105	E-mail konsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter som er i udrednings- eller behandlingsforløb, hvor der er tale om en velafgrænset problemstilling, enkle konkrete forespørgsler af ikke hastende karakter, samt svar på laboratorieundersøgelser, som ikke kræver supplerende information fra speciallægen.
Undersøgelse/ behandling	Kortfattet rådgivning af patient via e-mail, som skal journalføres.
Særlige forhold	E-mail konsultation kan bruges i det omfang, at denne service kan kobles til speciallægens ydelser og er relevant for disse jævnfør gældende overenskomst § 44. De nærmere vilkår for e-mail kommunikation med patienten er beskrevet i protokollat af 31-03-2011 om elektronisk kommunikation. Kræver sikker e-mail håndtering.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 0106 – ”2. og senere e-mail konsultation samme dag” foreslås nedlagt.

Ydelse 0201	Telefonkonsultation
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter som er i udrednings- eller behandlingsforløb.
Undersøgelse/ behandling	Kortfattet telefonisk rådgivning af patient, som skal journalføres. Hvis speciallægen ud over receptfornyelse foretager en faglig vurdering, som fremgår af journalen, er det relevant at benytte denne ydelse. Herudover kan speciallægen bruge ydelsen ved kontakt til patienten med information om undersøgelsesresultater, redegørelse for yderligere behandlingsplan, rådgivning, vejledning eller foreløbig hjælp ved akut ændring af sygdommen. Ydelsen kan ikke benyttes til receptfornyelse alene, tidsbestilling eller ændring af planlagt tid.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke forekomme uden forudgående 1. konsultation (0110).
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Konsultationen kan i nogle tilfælde udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Eksempelvis ved videregivelse af normale blodprøvesvar.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 0205 – ”Telefonisk rådgivning til praktiserende læge” foreslås ændret til ”Telefonisk rådgivning/rådgivning pr. EDIFACT til praktiserende speciallæge”.

Ydelse 0205	Telefonisk rådgivning/rådgivning pr. EDIFACT til praktiserende speciallæge
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Praktiserende speciallæger i almen medicin og andre praktiserende speciallæger, der retter henvendelse til speciallægen med spørgsmål vedrørende konkret patient.
Undersøgelse/ behandling	Vejledning fra speciallægen direkte til speciallæger i almen medicin og andre praktiserende speciallæger via telefon eller EDIFACT. Det forudsættes, at henvendelsen er af et omfang, som medfører, at der er journalføringspligt fra den reumatologiske speciallæge, og at henvendelsen ikke resulterer i, at den rådførende læge udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde. Krav om journalnotat jævnfør overenskomstens § 45.
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 2161	Tillæg for rekvirering af tolkebistand
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Ikke-dansktalende patienter, der kræver en af regionen godkendt sprogtolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret dækker alene rekvirering af sprogtolk.
Særlige forhold	Ydelsen kan kombineres med 2261 - tillæg til konsultation med tolk.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan varetage ydelsen efter speciallægens instruks.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 2261	Tillæg til konsultation med tolk
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Ikke-dansktalende patienter, der kræver en af regionen godkendt sprogtolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for det ekstra tidsforbrug ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Ydelse forudsætter anvendelse af ydelse 2161 – Tillæg for rekvirering af tolkebi-stand.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 2264	Tillæg til konsultation med døvetolk
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Hørehæmmede, hvor konsultationen kræver tolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for det ekstra tidsforbrug ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Døvetolken skal underskrive en erklæring som dokumentation for deltagelse i konsultationen. Opbevaringspligt af dokumentet i 2 år jævnfør § 40, stk. 8 inklusive note. Kan ikke anvendes med ydelse 2161 – Tillæg for rekvirering af tolkebistand. Patienten rekvirerer selv tolk.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

§ 1, stk. 2 – Tillægsydelser

Ydelse 2620 "Punktur af led" foreslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 2639 – "Aspiration fra led eller lednære strukturer.

Ydelse 2621 – ”Intraartikulære injektioner” forslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 2636 – ”Injektionsbehandling”.

Ydelse 2622 – ”Ledningsblokada” foreslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 2636 – ”Injektionsbehandling”.

2623 – "Manipulationsbehandling" foreslås ændret til "Manuel terapi".

Ydelse 2623	Manuel terapi
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med forringet funktion eller smerter grundet muskelspændinger/bevægeindskrænkning i ryg eller ekstremitetsled. Kan anvendes hos patienter med kroniske smerter med en akut forværring på grund af muskelspændinger.
Undersøgelse/ behandling	Ved manuel terapi foretages en manuel behandling af bevægeapparatet for at skabe bedre bevægelighed (joint play) og fleksibilitet i bindevævet omkring muskler, sener og nerver. Dette kan gøres med forskellige teknikker som for eksempel mobilisering, traction, manipulation, Muskel Energi Teknik (MET), Myofasciel Release Teknik (MFR).
Særlige forhold	Første manuelle behandling udføres altid af speciallægen. Effekt af behandling vurderes af speciallægen. Ved manglende effekt efter 3 behandlinger afsluttes manuel behandling. Ved effekt kan gives op til 6 behandlinger for en given lidelse. Herefter afsluttes patienten og egen læge informeres i epikrisen om, at patienten kan søge fortsat manuelle behandlinger hos anden godkendt behandler. Ydelsen kan honoreres én gang pr. konsultation uanset antallet af manuelle behandlinger.
Apparatur	Behandlingsleje.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Ydelsen kan efter første behandling med manuel terapi udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Effekten af behandlingen vurderes af speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

2624 – "Akupunktur" foreslås ændret til " Triggerpunkt-akupunktur".

Ydelse 2624	Triggerpunkt-akupunktur
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter i et behandlingsforløb med akutte eller kroniske smerter, hvor der er indikation for at vurdere effekten af behandling med triggerpunkt-akupunktur. Typisk ved lidelser som muskelspændingssmerter, rygsmerter og senebetændelse (tendinit).
Undersøgelse/ behandling	Indstik af akupunktur nåle i triggerpunkter/tenderpoints.
Særlige forhold	Første akupunkturbehandling udføres altid af speciallægen. Effekten af behandlingen vurderes af speciallægen. Ved manglende effekt efter 3 behandlinger afsluttes behandlingen. Ved effekt kan gives op til 6 behandlinger for en given lidelse, hvorefter patienten afsluttes og egen læge informeres i epikrisen om, at patienten kan søge fortsat akupunktur hos anden godkendt behandler. Ydelsen kan honoreres én gang pr. dag.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	Ved uddelegering til klinikpersonale skal dette have gennemført uddannelse i akupunktur godkendt af DRFO. Uddannelseskrevet er beskrevet i kapitel 4.
Klinikpersonale	Ydelsen kan efter første behandling, som udføres af speciallægen, udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks og efter uddannelse i akupunktur godkendt af DRFO. Nålesætning på brystkassen/ryg (thorax), hvor der kan være risiko for at ramme lungen, udføres af speciallægen.
Utensilier	Sterile akupunktur nåle.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 2626 – ”Injektioner i bursae og senenære strukturer” foreslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 2636 – ”Injektionsbehandling”.

Ydelse 2627	Afsluttende samtale
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med smerter i bevægeapparatet og/eller funktionstab, hvor der ved afslutning af forløb i speciallægepraksis er indikation for vejledning i videre tiltag på baggrund af det aktuelle forløb.
Undersøgelse/ behandling	Ved den afsluttende samtale og afrunding af forløb kan følgende elementer indgå: • Arbejdsmedicinske forhold • Vejledning i forhold til genoptræning • Vejledning i forhold til generel motion • Vejledning i forhold til vægttab/kost Desuden drøftes realistiske forventninger omkring fremtiden og mestring af lidelsen. Egen læge informeres om ovenstående i epikrisen. Derudover fremgår af epikrisen, hvad patienten selv kan gøre i forhold til sin lidelse/tilstand, samt vejledning til egen læges håndtering af patientens problemstilling, for eksempel vedrørende smertebehandling eller henvisning til smerteklinik.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med følgende ydelser: • 0110 – 1. konsultation • 0120 – 2. konsultation • 0131 – Senere konsultation – inflammatorisk forløb • 2637 – Afsluttende vejledning og behandling af kroniske, regionale eller generaliserede smerter Ydelsen kan tages én gang i et behandlingsforløb, hvorefter patienten afsluttes.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuel skriftlig information. Eksempelvis ved udlevering af journalkopi til patienten.

Ydelse 2628	Tapening
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med ledlidelser, overbelastningslidelser og vridtraumer hvor der er behov for stabilisering af led og aflastning af muskulatur/sener og led.
Undersøgelse/ behandling	Patienten undersøges for dysfunktioner og fejlstillinger og deraf følgende tilstande i bevægeapparatet. Patienten behandles med sportstape eller kinesiotape. Sportstapen anvendes primært til stabilisering og korrigerende af fejlstillinger. Kinesiotapen understøtter ligeledes stabilisering og korrigerende af fejlstillinger, men forbedrer også cirkulationen i et område, hvor der pågår inflammatorisk aktivitet.
Særlige forhold	Ydelsen kan honoreres én gang pr. konsultation.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Ydelsen kan varetages af klinikpersonale efter lægens instruks.
Utensilier	Kinesiotape og/eller sportstape.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 2629 – ”Mikroskopi af ledvæske” foreslås nedlagt som tillægsydelse. Indeholdes i ny laboratorieydelse 7301 – ”Mikroskopi af ledvæske”.

Ydelse 2630	Instruktion i øvelsesterapi
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med inflammatoriske og non-inflammatoriske, lokaliserede smerter og dysfunktioner i bevægeapparatet, hvor der er indikation for at vurdere effekten af behandling med øvelser.
Undersøgelse/ behandling	Instruktion i hensigtsmæssig aflastning og stimulerende øvelser af den skadede vævstruktur og de dysfunktioner, som er en årsag til eller konsekvens heraf. Der instrueres i gradvis progredierende øvelser. Formålet er ikke at udføre supervision af øvelserne, indtil skaden er fuldt optrænet, men at give patienten indsigt i øvelsesterapiens formål og instruere i øvelsernes praktiske udførelse.
Særlige forhold	Første øvelsesinstruktion udføres altid af speciallægen. Ved manglende effekt afsluttes behandlingen. Ved effekt kan gives op til 3 øvelsesinstruktioner for en given lidelse. Ydelsen kan honoreres én gang pr. konsultation.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Kan efter første øvelsesinstruktion udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Effekten af behandlingen vurderes af speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig eller digital information.

Ydelse 2631 – ”Ultralydsundersøgelse” foreslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 0110 – ”1. konsultation”.

2632 – " Ultralydsundersøgelse flg. ydelser" foreslås ændret til "Senere ultralydsundersøgelse".

Ydelse 2632	Senere ultralydsundersøgelse
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med behov for opfølgning på allerede foretaget ultralydsskanning med henblik på vurdering af behandlingseffekt. Patienter med behov for revurdering af diagnosegrundlag. Patienter med artrit, hvor der er behov for ultralydsskanning.
Undersøgelse/ behandling	Ultralydsskanning af det/de afficerede strukturer eksempelvis sener, slimsække, led.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med følgende ydelser: • 0110 – 1. konsultation Ydelsen kan honoreres én gang pr. konsultation.
Apparatur	Ultralydsskanner, der muliggør vurdering af både overfladiske strukturer (eksempelvis fingersener) og dybe strukturer (eksempelvis hofteled) samt muliggør vurdering af inflammatorisk aktivitet (Doppler funktion).
Uddannelsesbehov	Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen. Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringens ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen. For reumatologer, der er opstartet hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge. Der er aftalt en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning i speciallægepraksis, da de ikke har apparatur og/ eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Speciallæger, der er omfattet af overgangsordningen, skal sende dokumentation for uddannelse til den region, hvori praksis er beliggende. Uddannelseskravet er beskrevet i kapitel 4.

Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Ydelsen udføres i henhold til de til enhver tid gældende EULAR guidelines for ultralydsskanning
Patientinformation	Relevant mundtlig information.

Ydelse 2633 – ”Ultralydsvejledt injektion” foreslås nedlagt. Indeholdes fremover i ydelse 2638 – ” Ultralyds-vejledt procedure”.

2701 - "Behandlingskontrol af kronisk inflammation" foreslås nedlagt. Ny ydelse 2634 anvendes fremover i forbindelse med diagnostik af inflammatorisk forløb.

Nye ydelser - Konsultationsydelser

Nye ydelser – Diagnostik og behandling

Ydelse 0121 – ”2. konsultation – Inflammatorisk forløb” er nedlagt pr. den 1. april 2022.

Ydelse 0131	Senere konsultation – Inflammatorisk forløb for patienter i DMARD-behandling
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Senere konsultation i et undersøgelses- og behandlingsforløb af patienter, hvor der diagnosticeres sikker inflammatorisk gigt/bindevævslidelse og opstartes DMARD-behandling.
Undersøgelse/ behandling	Ved første senere konsultation i det inflammatoriske forløb informeres patienten om sikker diagnose af inflammatorisk gigt/bindevævslidelse og om opstart af DMARD-behandling. Samtale om nye interkurrente lidelser, som kunne være af betydning for den medicinske behandling/opdatering af FMK samt lægemiddelallergi. Samtale om symptomer med udgangspunkt i relevant DANBIO registrering, hvor patienten har givet oplysninger om smerter, træthed, generel påvirkning af almentilstand samt funktionsniveau. Vurdering af effekt af iværksat behandling og bivirkninger. Specifik undersøgelse af led og relevant DANBIO registrering. Vurdering af behov for intensivering af behandling/skift i behandling, for social-medici-nske tiltag, og indikation for supplerende radiologisk undersøgelse, herunder DEXA-skanning. Vurdering af behov for henvisning til for eksempel kirurg/bandagist/fodterapeut/fysioterapeut. Hvis relevant informeres patienten om vigtigheden af egenomsorg og mulighed for yderligere information, for eksempel via Gigtforeningen. Planlægning af medicinsk behandling. Planlægning af blodprøvekontroller, som logges.
Særlige forhold	Forløb for patienter, der modtager denne ydelse, er ulimiterede. Ved første konsultation efter denne ydelse kombineres ydelsen altid med ydelse 2635 Opstart og skift af DMARD-behandling.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	

Kvalitetssikring	Patienter med inflammatorisk gigtsygdom rapporteres til DANBIO databasen, i henhold gældende indberetningsforpligtigelse fra Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med deres godkendelse af databasen DANBIO. Behandlingen udføres i overensstemmelse med de til enhver tid gældende guidelines fra Dansk Reumatologisk Selskab (www.danskreumatologi.dk).
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Konsultationsydelse 0104	Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation
Målgruppe/indikation	• Patienter hvor der er usikkerhed om ledsymptomer skyldes artrit eller artrose. • Patienter med forværring af kendt knæartrose eller kendt degenerativ skulderlidelse.
Beskrivelse	Speciallægen anvender sin specialviden og/eller sit specialudstyr til én konsultation med patienten og giver derefter via korrespondancemeddelelse almen praksis en tilbagemelding på den konkrete problematik almen praksis har ønsket vurderet samt en anbefaling om det videre forløb, som gør det muligt for almen praksis at lægge en behandlingsplan for patienten.
Særlige behov	Kun én konsultation pr. henvisning. Må gerne forekomme sammen med relevante til-lægsydelser. Må ikke forekomme sammen med øvrige konsulta-tionsydelser på samme henvisning.
Tilbagemelding til almen praksis	Tilbagemeldingen til almen praksis skal ske via en korrespondancemeddelelse. Tilbagemeldingen skal indeholde resultatet af den ønskede undersøgelse/vurdering, og med anbefa-ling om patientens videre forløb.
Patientinformation	Relevant information om den hurtige vurdering, at det drejer sig om en enkelt konsultation, og tilba-gemeldingen til almen praksis.

Ydelse 0107	Kontrol af patienter i DMARD-behandling via telefon eller e-mail
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter i behandling med DMARD, hvor patientsikkerhedsprocedurer er særligt omfattende. For eksempel patienter med leddegigt, psoriasgigt, rygsøjlegigt, bindevævslidelse og muskelgigt.
Undersøgelse/ behandling	Patienter informeres vedrørende blodprøveresultater via telefonsamtale eller sikker e-mail. Ved start og skift af behandlingsforløb/DMARD kan der være tale om hyppig kontakt til patienten med ned til 1 uges interval, mens patienter i stabil fase kontaktes hver 8.-12 uge. Formidling af prøvesvar samt eventuelt vejledning vedrørende medicinregulering og yderligere opfølgning. Relevant reaktion, hvis patienten undlader blodprøvekontrol eller udebliver fra kontrol.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke forekomme uden forudgående 0120 '2. konsultation' og/eller 0131 'Senere konsultation - inflammatoriske forløb'. Ydelsen kan ikke kombineres med tillægsydelser.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Klinikpersonale kan varetage dele af ydelsen under supervision af speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter med inflammatorisk gigtsygdom rapporteres til DANBIO databasen, i henhold til gældende indberetningsforpligtigelse fra Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med deres godkendelse af databasen DANBIO. Behandlingen udføres i overensstemmelse med gældende guidelines fra Dansk Reumatologisk Selskab (www.danskreumatologi.dk).
Patientinformation	

Ydelse 0140	Telemedicinsk videokonsultation
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter som er diagnostisk udredt, men er i et længerevarende behandlingsforløb, hvor der er tale om en velafgrænset problemstilling, og hvor patienten ikke behøver eller ikke kan møde frem fysisk til klinisk kontrol. For eksempel patienter med et handicap som gør det vanskeligt for patienten at komme frem til klinikken, eller patienter der har lang afstand til reumatolog.
Undersøgelse/ behandling	Kontrollen består i opfølgning på symptomer, behandling, compliance og bivirkninger samt svar på blodprøvekontrol og eventuel receptudskrivelse. Vurdering af interkurrent sygdom og ny medicinsk behandling iværksat af egen læge eller anden specialist afdækkes.
Særlige forhold	Patienten skal forud for brug af denne ydelse være set i praksis til en 1. konsultation. Ydelsen kan ikke kombineres med andre tillægsydelser. Tolke- og døvetolkeydelserne er undtaget herfor.
Apparatur	Telemedicinsk udstyr (sikker forbindelse)
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig information.

Nye ydelser – Tillægsydelser

2634	Diagnostik af inflammatorisk gigt/bindevævslidelse
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter, hvor der ved første konsultation i et undersøgelsesforløb, er indikation for udredning på mistanke om inflammatorisk gigt/bindevævslidelse.
Undersøgelse/ behandling	Supplerende optagelse af relevant reumatologisk sygehistorie. Der optages udvidet anamnese i forhold til inflammatorisk gigt eller bindevævslidelse. Der spørges specifikt indtil dispositioner for led og bindevævslidelser, ekspositioner herunder forudgående infektion. Der optages specifik anamnese vedrørende symptomer fra bevægeapparat, herunder karakteren af ledsmerter, ledhævelse, udbredning og hyppigheden heraf. Udover led- og muskel symptomer foretages uddybende anamnese med beskrivelse af ekstraartikulære manifestationer. Der er særligt fokus på symptomer fra øjne, næse/mundslimhinder, lymfeknudehævelse, hjerte/lungesymptomer, mave/tarmsymptomer, urogenitale symptomer, hudsymptomer. Der foretages generel undersøgelse af patienter specifikt omfattende led og lednære bløddelsstrukturer herunder inspektion, palpation, vurdering af ledhævelse, vurdering af varmeøgning, vurdering af bevægeudslag og oftest ultralydsskanning af led, hvor man mistænker ledinflammation. Palpation af lymfeknuder og spytkirtler. Inspektion af øjne, slimhinder, hud og negle samt neglevoide, vurdering af hårtab. Hjerte/lungestetoskopi, palpation af abdomen. I det omfang det er relevant suppleres med neurologisk undersøgelse. Der lægges sammen med patienten en udredningsplan. Denne kan omfatte blodprøver, herunder specifikke immunologiske blodundersøgelser, undersøgelse for reaktiv gigt, undersøgelse for stofskiftelidelse, D-vitaminmangel. Desuden radiologisk undersøgelse, primært røntgen af lunder og perifere led: håndled, hænder og fødder, MR-skanning, DEXA-skanning, PET- CT-skanning, ledvæskeundersøgelse. Ved diagnostik af inflammatorisk gigt, herunder reumatoid arthritis og spondylartropatier, registreres patienten i DANBIO i henhold til Sundhedsdatastyrelsens godkendelse af databasens indberetningsforpligtigelse.
Særlige forhold	Kan kun anvendes ved kombination med ydelse 0110 - 1. konsultation. Kan ikke anvendes til udredning af lokaliserede fysiurgiske minor problematikker, for eksempel skulderlidelser.

Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 2635	Opstart og skift af DMARD-behandling
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med kroniske inflammatoriske gigtsygdomme, som opstarter i eller skifter DMARD-behandling eller tillægges nyt DMARD-præparat.
Undersøgelse/ behandling	Anamneseoptagelsen fokuserer på komorbiditet og medicininteraktioner. Undersøgelsen afdækker, om der er objektive tegn på komorbiditet, herunder specielt lever-, lunge- og nyresygdom samt betydende kognitive deficiitter. Ved opstart af DMARD-behandling informeres patienten om kontrolforanstaltninger herunder krav om regelmæssige blodprøver samt konsekvenser af manglende blodprøveundersøgelser. Der gives information om medicinsk behandling (DMARD), om dens effekt og mulige bivirkninger, om nødvendige forundersøgelser, herunder blodprøver og røntgenundersøgelser, samt DEXA-skanning. Der informeres om osteoporoseprofylakse. For alle parametre informeres om de nødvendige opfølgende kontroller.
Særlige forhold	Ydelsen kan anvendes én gang ved opstart af DMARD-behandling og derefter én gang pr. skift i DMARD-behandling. Kan ikke anvendes ved almindelig dosisøgning af allerede ordineret præparat. Kan maksimalt anvendes 4 gange pr. forløb. Kan anvendes med ydelse 0120 – 2. konsultation eller ydelse 0131 – senere konsultation – inflammatorisk forløb.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter med inflammatorisk gigtsygdom rapporteres til DANBIO databasen, i henhold til gældende indberetningsforpligtigelse fra Sundhedsdatastyrelsen i forbindelse med deres godkendelse af databasen DANBIO. Behandlingen udføres i overensstemmelse med de til enhver tid gældende guidelines fra Dansk Reumatologisk Selskab (www.danskreumatologi.dk).
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 2636	Injektionsbehandling
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med lokal inflammation og/eller systemisk inflammatorisk sygdom, hvor injektion med registreret lægemiddel muliggør en bedring af bevægeapparatfunktionen.
Undersøgelse/ behandling	Med steril no-touch teknik injiceres registreret lægemiddel, om nødvendigt med lokalanalgetikum eller steril NaCl, i og omkring led og lednære strukturer som sener, seneskeder, slimsække og ganglier, eller intramuskulært.
Særlige forhold	Ydelsen kan maksimalt honoreres 4 gange pr. konsultation uanset antallet af injektioner. Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2639 – Aspiration fra led eller lednære strukturer, for indgreb i samme led.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Uensilier	Sprøjter, kanyler, desinfektionsmidler.
Kvalitetssikring	Behandlingen følger de til enhver tid gældende retningslinjer for injektionsbehandling.
Patientinformation	Relevant mundtlig og evt. skriftlig information.

Ydelse 2637	Afsluttende vejledning af patienter med kroniske, regionale eller generaliserede smerter
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter hvor reumatologen bekræfter allerede diagnosticeret kronisk smertesyndrom og har udelukket anden årsag til smerterne. Patientgruppen inkluderer regionale kroniske bevægeapparatsmerter og fibromyalgi.
Undersøgelse/ behandling	Ydelsen indeholder en pædagogisk hjælp med grundig forklaring af symptomerne, herunder smerternes godartede karakter samt vurdering og anerkendelse af, hvilke konsekvenser de har for funktion og erhvervsmæssige muligheder. Derudover er et element i ydelsen, at patienten ud fra en kognitiv tilgang gøres forståeligt, at videre undersøgelser eller behandlinger ikke vil ændre patientens tilstand. Der lægges i konsultationen vægt på de relevante negative fund og herunder hvilke diagnoser der er afkræftet. Der opfordres til kontakt til egen læge, kommunen eller anden relevant instans med henblik på at afsøge muligheder for andet smertebehandlingstilbud. En væsentlig forudsætning for denne ydelse er grundig udredning inkluderende indhentning af og vurdering af tidligere foretaget undersøgelser med henblik på at undgå dobbeltundersøgelser og dermed ressourcespild.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med følgende ydelser: • 0131 – Senere konsultation – inflammatorisk forløb • 2627 – Afsluttende samtale Ydelsen kan tages én gang pr. patient pr. speciallæge.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Uensilier	
Kvalitetssikring	Der henvises til Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer for udredning af generaliserede smerter.
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse 2638	Ultralydsvejledt procedure
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter hvor der foretages aspiration eller injektion, hvor ultralydsvejledt procedure findes indiceret.
Undersøgelse/ behandling	Med ultralydsskanner vurderes området og lægen lader sig vejlede af billedet under injektionen for at sikre præcis anlæggelse af kanyle både ved aspiration fra led og bursae og ved injektion omkring sener, seneskeder eller bursae samt led.
Særlige forhold	Ydelsen kan anvendes maksimalt 4 gange pr. konsultation Ydelsen skal kombineres med én eller begge af nedenstående ydelser: • 2639 – Aspiration fra led eller lednære strukturer • 2636 – Injektionsbehandling
Apparatur	Ultralydsskanner, der muliggør vurdering af både overfladiske strukturer (som eksempelvis fingersener) og dybe strukturer (som eksempelvis hofteled).
Uddannelsesbehov	Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen. Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringen ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen. For reumatologer, der er opstartet i hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge. Der er aftalt en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning i speciallægepraksis, da de ikke har apparatur og/ eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Godkendt uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen. Speciallæger, der er omfattet af overgangsordningen, skal sende dokumentation for uddannelse til den region, hvori praksis er beliggende. Uddannelseskravet er beskrevet i kapitel 4.
Klinikpersonale	

Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Ydelse 2639	Aspiration fra led eller lednære strukturer
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med symptomgivende ledhævelse eller betydelig ansamling i led eller lednær struktur, der vil have lindring ved udtømmelse, og/eller der er indikation for efterfølgende mikroskopisk diagnostik for krystaller og/eller indsendelse til dyrkning.
Undersøgelse/ behandling	Kanyler placeres med steril no-touch teknik i led eller lednær struktur, hvorefter ledvæske aspireres.
Særlige forhold	Ydelsen kan maksimalt honoreres 2 gange pr. konsultation. Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2636 – Injektionsbehandling, for indgreb i samme led.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Engangskanyler, engangssprøjter, desinfektionsmidler
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Nye ydelser – Laboratorieydelser

7301	Analyse: Mikroskopi af ledvæske
Ny/eksisterende	Ny laboratorieydelse.
Målgruppe/ indikation	Patienter mistænkt for arthritis urica, pyrophosphat artrit, eller uspecifik artrit.
Undersøgelse/ behandling	Mikroskopi af ledvæske i et polarisationsmikroskop med henblik på identifikation af urinsyreigt (arthritis urica) samt pyrofosfatkrystaller.
Særlige forhold	
Apparatur	Polarisationsmikroskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Objektglas og dækglas.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

Bilag 1 - Deltagere i arbejdsgruppen

Følgende personer har deltaget i arbejdsgruppen for moderniseringen af reumatologisk speciallægepraksis og bidraget til udarbejdelsen af nærværende rapport.

Fra Foreningen af Speciallæger:

- Ann-Louise Reventlow-Mourier, medlem af FAPS' bestyrelse
- Jeppe Launbjerg, medlem af FAPS' bestyrelse
- Per Flesner, medlem af FAPS' bestyrelse
- Berit Broholm, speciallæge i reumatologi, (formand for Danske Reumatologers og Fysiurgers Organisation)
- Jannie Bejer, speciallæge i reumatologi
- Karen Lisbeth Faarvang, speciallæge i reumatologi
- Finn Johannsen, faglig ressourceperson, speciallæge i reumatologi
- Pia Fog Winsløw, Chefkonsulent FAS' sekretariat
- Andreas Grønnegaard, Chefkonsulent FAS' sekretariat
- Anne Mette Mertz Marker, Chefkonsulent, FAS' sekretariat

Fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn:

- Kirsten Jørgensen, Centerchef, Danske Regioner
- Helle Nørtoft Laursen, Seniorkonsulent, Danske Regioner
- Pia Lund Lunøe, Fuldmægtig, Danske Regioner
- Henrik Røgind, Klinikchef, Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Rigshospitalet
- John Bonde Knudsen, Overlæge, Odense Universitetshospital, Reumatologisk afdeling
- Bodil Vestergaard, Chefkonsulent, Region Sjælland
- Christoffer Rommedal Bidstrup, Fuldmægtig, Region Nordjylland
- Nina Kagenow-Andersen, Konsulent, Det regionale moderniseringssekretariat
- Elisabeth Ankersen, Konsulent, Det regionale moderniseringssekretariat

Bilag 2 – Nye behandlingsformer - afventer evidens

Arbejdsgruppen har drøftet relevansen af at indføre to nye behandlingsformer henholdsvis 'Ultralydsvejledt punktur og udtømmelse af forkalkning i senevæv (tenditis calcarea lavage – barbotage)' og 'Ultralydsvejledt High Volume Injection (HVI)' i reumatologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen har for nuværende ikke fundet evidensen for behandlingseffekten tilstrækkelig i forhold til at indføre behandlingsformerne som ydelser i speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen foreslår, at behandlingsmulighederne tages op til drøftelse mellem parterne, når der foreligger evidens fra Dansk Reumatologisk Selskab for effekten af behandlingerne. Parterne bør i drøftelserne på det givne tidspunkt tage stilling til, hvorvidt og hvordan ydelserne indføres i reumatologisk speciallægepraksis.

Der er udarbejdet nedenstående udkast til ydelsesbeskrivelser for de to behandlinger, som kan danne grundlag for drøftelserne.

Ydelse III	Ultralydsvejledt punktur og udtømmelse af forkalkning i senevæv (tendinitis calcarea lavage – barbotage)
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter med symptomgivende tendinitis calcarea, som ikke responderer på forudgående behandling med aflastning med kontrolleret optræning suppleret med blokade.
Undersøgelse/ behandling	Med patienten liggende foretages ultralydvejledt punktur af påvirkede sene (ofte supraspinatus). Inden senepunkturen gives lokal bedøvelse. Forkalkningen punkteres og der laves overtryk ved injektion af lokalbedøvelse efterfulgt af aspiration. Hele forkalkningen punkteres med gentagen injektion og aspiration. Efterfølgende lægges binyrebarkhormon lige uden for senen i reglen i bursa subacromiale. Behandlingen er tredjevalgsbehandling, hvor forudgående behandling ikke har hjulpet patienten.
Særlige forhold	Kan udføres to gange pr. forløb.
Apparatur	Ultralydsskanner af en kvalitet der muliggør vurdering af overfladiske strukturer (for eksempel fingersener) og dybe strukturer (for eksempel hoftelæde).
Uddannelsesbehov	Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen. Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringen ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug

	skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen. For reumatologer, der er opstartet i hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge. Der er aftalt en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning i speciallægepraksis, da de ikke har apparatur og/ eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Uddannelseskravet er beskrevet i kapitel 4.
Klinikpersonale	
Utensilier	Sprøjter, kanyler.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.

Ydelse JJJJ	Ultralydsvejledt High Volume Injection (HVI)
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/indikation	Patienter med akillestendinopati, som ikke responderer på aflastning med kontrolleret optræning eventuelt med blokade.
Undersøgelse/ behandling	Injektionen foretages ultralydvejledt. Nålen placeres lige under senen i tenosynovium svt neovaskulariseringer. Der injiceres først 0,5 ml binyrebarkhormon i 9.5 ml lidokain 1%. Herefter injiceres 2 x 20 ml isotonisk saltvand samme sted, hvorved neovaskulariseringerne sprænges. Behandlingen er tredjevalgsbehandling, hvor forudgående behandling ikke har hjulpet patienten.
Særlige forhold	Kan udføres én gang pr. akillessene pr. forløb.
Apparatur	Ultralydsskanner af en kvalitet der muliggør vurdering af overfladiske strukturer (eksempelvis fingersener) og dybe strukturer (eksempelvis hoftelæde).

Uddannelsesbehov	Praktiserende speciallæger, der i dag udfører ultralydsskanning under overenskomsten, skal fortsat levere ydelsen, og der er ikke krav om dokumentation for uddannelsen. Speciallæger i reumatologi, der tiltræder overenskomsten efter moderniseringen ikrafttræden, skal ligeledes levere ultralydsskanning. For at tage ydelsen i brug skal dokumentation for gennemført uddannelse godkendes af DRFO. Uddannelse dokumenteres på anmodning fra regionen. For reumatologer, der er opstartet i hoveduddannelse i 2010 eller senere, stilles der ikke krav om dokumentation for uddannelse i ultralydsskanning, da kompetencer i ultralydsskanning vil være erhvervet gennem uddannelsen til speciallæge. Der er aftalt en overgangsordning for praktiserende speciallæger i reumatologi, der indtil nu ikke har udført ultralydsskanning. Overgangsordningen medfører, at de praktiserende speciallæger, der ikke har anvendt ultralydsskanning i speciallægepraksis, da de ikke har apparatur og/ eller uddannelsen i anvendelse af ultralyd, får 3 år, fra moderniseringen er trådt i kraft, til at anskaffe det nødvendige udstyr og gennemføre den nødvendige uddannelse. Uddannelseskravet er beskrevet i kapitel 4.
Klinikpersonale	
Utensilier	Sprøjter, kanyler.
Kvalitetssikring	
Patientinformation	Relevant mundtlig og eventuelt skriftlig information.