

Praksisplan for special- lægehjælp 2023

Indholdsfortegnelse

1 INDLEDNING	2
1.1 Vision og målsætninger.....	2
1.2 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan	3
1.3 Introduktion til praktiserende speciallæger	4
1.4 Rammen for praksisplanen	6
2 KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED I SPECIALLÆGEPRAKSIS	7
2.1. Kapacitet på speciallægeområdet	8
2.2. Ventetider i speciallægepraksis.....	13
2.3. Aktivitet i speciallægepraksis	14
2.4. Tilrettelæggelse af kapaciteten i speciallægepraksis.....	17
2.5. Tilgængelighed i speciallægepraksis.....	20
2.6. Kapacitetsvurderinger 2022	22
2.7. Speciallægepraksis på Bornholm.....	23
3. SPECIALLÆGEPRAKSIS I DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN	27
3.1. Patientens livsbetingelser og behov som rettesnor for behandlingen i speciallægepraksis.....	28
3.2. Samarbejde og rådgivning om patienten.....	28
3.3. Digital kommunikation som redskab til samarbejde og rådgivning.....	29
3.4. Fælles forståelse for hensigtsmæssig henvisning af patienter	30
3.5. Videokonsultation kan give øget tilgængelighed for patienterne.....	30
4. KVALITET I SPECIALLÆGEPRAKSIS	31
4.1. Behandling af høj kvalitet i speciallægepraksis	31
4.2. Ny kvalitetsmodel.....	32
4.3. Patientsikkerhed	32
5. ORDLISTE.....	34

1 INDLEDNING

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige speciallægebetjening i Region Hovedstaden. Praksisplanen gælder fra 1. juli 2023 og er den fjerde speciallægepraksisplan i Region Hovedstaden. Planen er udarbejdet af Region Hovedstaden i et samarbejde med Foreningen af Praktiserende Speciallæger i Hovedstaden (FAPS Hovedstaden).

Jævnfør overenskomsten om speciallægehjælp¹ foretager regionen en samlet planlægning og tilrettelæggelse af den ambulante speciallægebetjening i regionen med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehuse og praksissektoren. Praksisplanen er et værktøj hertil, som skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i speciallægepraksis samt samarbejde mellem speciallæger og det øvrige sundhedsvæsen.

1.1 Vision og målsætninger

Praksisplanen skal være med til at sikre, at speciallægepraksis også fremadrettet har en central placering i sundhedsvæsenet som et specialiseret tilbud nær borgerne. Praksisplanen skal derfor understøtte, at speciallægepraksis også fremover indgår systematisk i opgaveløsningen sammen med hospitaler, den øvrige praksissektor og kommuner.

Som en del af praksissektoren i Region Hovedstaden ønskes speciallægepraksis fortsat udviklet efter følgende vision:

At speciallægepraksis i forpligtende tværfaglige og tværsektorielle samarbejder bidrager til, at borgerne i Region Hovedstaden har let og lige adgang til behandling af ensartet høj faglig kvalitet i et sammenhængende patientforløb, der tager udgangspunkt i patientens livsbetingelser, behov og ressourcer.

Vi har konkretiseret visionen i nedenstående målsætninger, som Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden i det fortsatte samarbejde vil arbejde for at opnå. Målsætningerne vil blive uddybet i de efterfølgende afsnit i praksisplanen.

Vores målsætninger er:

- 1) At behandlingskapaciteten øges, ved at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling mellem speciallægepraksis, øvrige praksisområder og hospitalerne.

¹ I praksisplanen benævnes overenskomsten om speciallægehjælp af 1. april 2022 flere steder som "overenskomsten".

- 2) At der er en geografisk hensigtsmæssig fordeling af speciallægepraksis i regionen under hensyntagen til bl.a. udviklingen i befolkningen og udviklingen af sundhedsvæsenet i øvrigt.
- 3) At det er let, hurtigt og tilgængeligt for borgerne i regionen at få kontakt til og behandling i speciallægepraksis på en måde, som passer til deres behov.
- 4) At speciallægepraksis tilrettelægger behandlingen under hensyntagen til patientens livsbetingelser og behov bl.a. ved at inddrage patienten og dennes pårørende når relevant.
- 5) At speciallægepraksis er til rådighed for og har adgang til sparring og rådgivning på tværs af sundhedsvæsenet, samt at tværsektorielt samarbejde understøtter god ressourceudnyttelse.
- 6) At kommunikationen mellem speciallægepraksis og øvrige behandlere på tværs af sektorer optimeres, ved at parterne etablerer og anvender hurtige, sikre og gerne digitale kommunikationsveje, så relevante og nødvendige informationer deles, og gentagelse af undersøgelser minimeres.
- 7) At patienterne i speciallægepraksis oplever behandling af høj kvalitet, og at speciallægerne understøtter høj patientoplevelse kvalitet.
- 8) At overenskomstens nye kvalitetsmodel udbredes i speciallægepraksis, og at regionale indsatser efter behov understøtter implementeringen.
- 9) At der sikres større grad af rapportering af utilsigtede hændelser i speciallægepraksis og læring af disse.

1.2 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan

Regionen har udarbejdet praksisplanen i samarbejde med repræsentanter for speciallægerne i en styregruppe, som er nedsat under samarbejdsudvalget for speciallæger.

Styregruppen består af repræsentanter fra Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden.

Der har som led i praksisplanarbejdet været afholdt et virtuelt dialogmøde med en workshop, hvor de praktiserende speciallæger, deres samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet (hospitaller, almen praksis og kommuner), samt repræsentanter for patienter og pårørende har deltaget og bidraget med input til praksisplanens afsnit om kapacitet samt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen er nu i høring blandt interessenter og skal efterfølgende godkendes i regionsrådet. Praksisplanen forventes at træde i kraft fra 1. juli 2023.

I forlængelse af praksisplanens vedtagelse udarbejder en implementeringsgruppe under samarbejdsudvalget en implementeringsplan, der sætter retning for, hvornår hvilke målsætninger skal omsættes til konkrete indsatser og implementeres. Indsatserne, som har til formål at indfri praksisplanens målsætninger, drøftes i implementeringsgruppen og med relevante samarbejdsparter, herunder patienter og pårørende.

1.3 Introduktion til praktiserende speciallæger

Praktiserende speciallæger er en del af praksissektoren og sikrer patienterne let og lige adgang til specialiseret behandling lokalt inden for en række sygdomsområder.

Praktiserende speciallæger varetager ydelser på såkaldt hovedfunktionsniveau. Dvs. ydelser, der er kendetegnet ved begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdom som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne.

Region Hovedstaden har speciallægepraksis indenfor følgende lægefaglige specialer under overenskomst om speciallægehjælp:

- Anæstesiologi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Dermato-venerologi
- Gynækologi-obstetrik
- Intern medicin
- Kirurgi
- Neurologi
- Ortopædisk kirurgi
- Plastikkirurgi
- Psykiatri
- Pædiatri
- Radiologi
- Reumatologi
- Øjenlægehjælp
- Ørelægehjælp

Indenfor gynækologisk speciallægepraksis har nogle gynækologer en stor del af deres aktivitet inden for udredning og behandling af infertilitet.

I anæstesiologi foretager nogle ydere udelukkende bedøvelse for andre speciallæger, mens andre ydere kun leverer smertebehandling. Nogle anæstesiologer leverer både bedøvelse og smertebehandling.

Specialet intern medicin er inddelt i grenspecialerne kardiologi, gastroenterologi og lunge-medicin, mens specialet kirurgi er inddelt i grenspecialerne kirurgi og urologi.

Inddeling af overenskomstens specialer

I specialerne øjenlægehjælp, ørelægehjælp og dermato-venerologi foregår hovedparten af aktiviteten vedr. udredning og behandling i speciallægepraksis, og størstedelen af patienterne færdigbehandles i speciallægepraksis.

Andre specialer har et stort overlap mellem de ambulante ydelser, der udføres på hoved-funktionsniveau på hospitalerne og de ydelser, der udføres i speciallægepraksis. De specialer, hvor der er kapacitet nok til at udgøre et væsentligt supplement til hospitalerne er: gynækologi, intern medicin, kirurgi, psykiatri og reumatologi. De mindre specialer er: børne- og ungdomspsykiatri, neurologi, ortopædisk kirurgi, plastikkirurgi og pædiatri.

Anæstesiologi og radiologi betegnes som støttespecialer. Det betyder, at anæstesiologer, som yder anæstesi (bedøvelse), bistår øre-, næse- og halslæger og ortopædkirurger ved operationer, mens radiologer understøtter almen praksis og speciallægepraksis med diagnostik.

Patienter i speciallægepraksis

Patienter i sikringsgruppe 1 kan henvises til speciallægepraksis fra egen læge. For patienter i sikringsgruppe 2 kræves ikke en henvisning til speciallæge. Dog er det muligt for borgere at henvende sig til praktiserende øjenlæger og øre-næse-hals-læger uden henvisning fra egen læge – uanset sikringsgruppe.

Patienterne kan som udgangspunkt frit vælge, hvilken speciallæge de søger behandling hos – både indenfor og udenfor bopælsregionen. I de tilfælde behandlingen er omfattet af en lokalaftale om særlige behandlinger, er det dog et krav, at behandlingen foregår hos en speciallæge i patientens bopælsregion.

Speciallægenes placering og faglige baggrund

Praktiserende speciallæger er placeret i hele regionen. For nogle borgere er speciallæger den nærmeste adgang til specialiseret behandling.

De praktiserende speciallæger har deres faglige baggrund og uddannelse fra hospitalerne. De praktiserende speciallægers faglige niveau er højt, og de varetager på lige fod med hospitalerne mange opgaver på hovedfunktionsniveau. Jf. overenskomsten om speciallægehjælp § 57 skal de praktiserende speciallæger gennem kontinuerlig efteruddannelse fastholde deres kompetencer på et højt fagligt niveau.

1.4 Rammen for praksisplanen

Der er i overenskomsten for speciallægehjælp en række planlægningsbestemmelser, som udgør rammen for udarbejdelse af praksisplanen for speciallægehjælp jf. boks 1.

Boks 1. Overenskomstens § 4, stk. 1-5

§ 4. Samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen

Stk. 1

Med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren foretager regionen, med udgangspunkt i de enkelte specialer, en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Stk. 2

Praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt.

Stk. 3

Praksisplanlægningen skal ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

Stk. 4

Ved planlægningen skal det tilstræbes, at der i regionen er et tilstrækkeligt antal speciallægepraksis, hvortil der er handicapvenlig adgang.

Stk. 5

Regionen udarbejder en beskrivelse af den ambulante speciallægebetjening i regionen som del af grundlaget for planlægningen. Samarbejdsudvalget kan meddele bemærkninger til udkast til beskrivelse samt den endelige beskrivelse.

Praksisplanen danner grundlag for beslutninger om overenskomstmæssige forhold vedrørende kapacitet på speciallægeområdet, herunder beslutninger om adgang til flytning/ændring af praksisadresse, nedlæggelse af praksis, nynedsættelser m.v.

Region kan dog løbende beslutte at oprette nye ydernumre og konvertere eksisterende deltidsydere til fuldtidsydere, hvis regionsrådet vurderer, at der er behov for det, jf. anmærkning til overenskomstens § 5.

Praksisplanen udgør en del af regionens samlede sundhedsplanlægning. Således er målsætningerne for speciallægepraksis i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen.

2 KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED I SPECIALLÆGEPRAKSIS

Den rette kapacitet og geografiske fordeling af kapaciteter er central for at sikre behandlingstilbud til alle borgere med behov i alle dele af regionen. I dette kapitel beskrives først praksisplanens målsætninger for kapacitet, aktivitet og tilgængelighed i speciallægepraksis, herefter beskrives den nuværende kapacitet, aktivitet og tilrettelæggelsen heraf. Dernæst beskrives processen for og konklusionen på kapacitetsvurderingen af speciallægepraksis, der er udarbejdet forud for praksisplanen. Afslutningsvis beskrives kapaciteten på Bornholm og praksisplanens fokus på Bornholm i den kommende planperiode.

Målsætninger jf. afsnit 1.1.:

- 1) At behandlingskapaciteten øges, ved at vi udvikler rammerne for organisering og digitalisering samt opgave- og ansvarsfordeling mellem speciallægepraksis, øvrige praksisområder og hospitalerne.
- 2) At der er en geografisk hensigtsmæssig fordeling af speciallægepraksis i regionen under hensyntagen til bl.a. udviklingen i befolkningen og udviklingen af sundhedsvæsenet i øvrigt.
- 3) At det er let, hurtigt og tilgængeligt for borgerne i regionen at få kontakt til og behandling i speciallægepraksis på en måde, som passer til deres behov.

I forhold til målsætning 1 vil Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden løbende forholde sig til, hvordan kapaciteten i speciallægepraksis udnyttes bedst muligt afhængigt af udviklingen i speciallægepraksis de øvrige praksisområder og hospitalerne.

Målsætning 2 betyder, at Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden vil arbejde for, at der så vidt muligt sikres en hensigtsmæssig geografisk fordeling af speciallægepraksis i regionen. Dette sker fx i forbindelse med ansøgning om flytning af speciallægepraksis, ansøgning om sammenlægning af deltidskapaciteter, etablering af satellitpraksis og oprettelse af nye kapaciteter. Regionen og FAPS Hovedstaden vil i planperioden vurdere, på hvilken måde etablering og drift af satellitpraksis kan understøtte målsætningen.

Målsætning 3 betyder bl.a., at Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden vil arbejde for, at der i planperioden sættes fokus på rettidig opdatering af ventetid til første ikke-akutte konsultation i speciallægepraksis. Valide oplysninger om ventetid er vigtigt for borgerne, når de skal vælge speciallægepraksis, ligesom det er vigtigt for regionens kapacitetsplanlægning. Overenskomst om speciallægehjælp § 42, stk. 4 forpligter speciallægerne til at tage imod regionens tilbud om gennemgang og rådgivning omkring, hvordan klinikken bedst sikrer handicapvenlig adgang. Målsætning 3 indebærer derfor bl.a. også, at Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden vil udbrede Region Hovedstadens tilbud om rådgivning til praksissektoren om handicaptilgængelighed.

2.1. Kapacitet på speciallægeområdet

2.1.1. Områdeinddeling i Region Hovedstaden

Til brug for kapacitets- og sundhedsplanlægning er Region Hovedstaden på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere inddelt i forskellige områdestørrelser. Patienterne kan frit søge speciallægehjælp udenfor det plan- eller nærområde, de bor i. Områdeinddelingen giver dog regionen mulighed for så vidt muligt at sikre speciallægetilbud i nærheden af borgernes bopæl.

Den største enhed er planområderne, som der findes fire af: Nord, Midt, Byen og Syd. Planområderne er inddelt i nærområder og planlægningsområder. Nærområder inddeler planområdet i mindre områder under hensyntagen til hospitalernes placering. Regionens planlægningsområder svarer til kommunerne og de københavnske bydele. Tabel 1 viser sammenhængen mellem regionens plan-, nær- og planlægningsområder.

I resten af praksisplanen er data opgjort selvstændigt for Bornholm på grund af den særlige geografiske placering.

Tabel 1: Oversigt over plan-, nær- og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nærområde	Planlægningsområder
Nord	Hillerød Hospital	Allerød Frederikssund Halsnæs Gribskov Hillerød
	Sundhedshuset i Helsingør	Fredensborg Hørsholm Helsingør
Midt	Herlev Hospital	Gladsaxe Ballerup Egedal Furesø Rødovre Herlev
	Gentofte Hospital	Lyngby-Taarbæk Rudersdal Gentofte
Byen	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Bispebjerg Brønshøj-Husum Indre By Nørrebro Østerbro Frederiksberg Vanløse
	Bornholms Hospital	Bornholm
Syd	Amager og Hvidovre Hospital	Amager Dragør Tårnby Brøndby Hvidovre Valby Vesterbro

	Glostrup Hospital	Albertslund Vallensbæk Ishøj Glostrup Høje-Taastrup
--	-------------------	---

2.1.2. Antal speciallægepraksis

Pr. 1 oktober 2020 var der i alt 446 speciallægepraksis med ydernummer i Region Hovedstaden. Af dem var 357 fuldtidspraksis og 89 deltidspaksis.

En fuldtidspraksis defineres bl.a. ved at have en årlig omsætning, der overstiger den nedre omsætningsgrænse for det pågældende speciale. En deltidspaksis defineres bl.a. ved at have en årlig omsætning, der ikke overstiger omsætningsloftet for det pågældende speciale.

Tabel 2 viser en oversigt over antal praksis fordelt på specialer. For de fire specialer radiologi, dermato-venerologi, øjenlægehjælp og ørelægehjælp findes kun fuldtidspraksis.

Tabel 2: Fordeling af speciallægepraksis på specialer, 2020.

Speciale	Praksis		
	Deltidspaksis	Fuldtidspaksis	Total
Total	89	357	446
Anæstesiologi	7	9	16
Børne- og ungdomspsykiatri	1	6	7
Dermato-venerologi		37	37
Gynækologi-obstetrik	8	41	49
Intern medicin	14	17	31
Kirurgi	10	27	37
Neuromedicin	4	11	15
Ortopædisk kirurgi	5	8	13
Plastikkirurgi	3	8	11
Psykiatri	21	43	64
Pædiatri	7	9	16
Radiologi		16	16
Reumatologi	9	21	30
Øjenlægehjælp		48	48
Ørelægehjælp		56	56

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020).

2.1.3. Antal speciallægekapaciteter

Hver speciallægepraksis råder over forskellige antal fuldtids- eller deltidskapaciteter. Derfor svarer antallet af praksis ikke helt til antallet af kapaciteter. Den samlede kapacitet i

speciallægepraksis i Region Hovedstaden udgør 402,68 kapaciteter, hvoraf der er 371 fuldtidskapaciteter og 31,68 deltidskapaciteter.²

En fuldtidspraksis svarer til minimum én fuldtidskapacitet. Kompagniskabspraksis og anpartsselskaber består af flere speciallæger, der har en fælles praksis under samme ydernummer, hvorved én praksis vil bestå af flere kapaciteter.

En deltidspødsis udgøres af en eller flere deltidskapaciteter. Én deltidspødsis vil derfor bestå af mindre end én kapacitet.

Én deltidskapacitet svarer til 0,33 kapacitet uanset speciale. Det kan give opfattelsen af, at tre deltidskapaciteter i en praksis betyder, at praksis råder over en fuldtidskapacitet og derfor betegnes som en fuldtidspraksis. Men som beskrevet i afsnit 2.1.2. er en fuldtidspraksis bl.a. defineret ud fra praksis' omsætning.

Af Tabel 3 fremgår fordelingen af fuldtids- og deltidskapaciteter på specialerne. Det ses, at specialerne ørelægehjælp, psykiatri, øjenlægehjælp samt dermato-venerologi er de største specialer i speciallægepraksis opgjort ud fra antal kapaciteter. Specialerne udgør hver en andel på mellem 12% og 14% af regionens samlede kapacitet i speciallægepraksis.

De mindste specialer er børne- og ungdomspsykiatri, plastikkirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi, pædiatri, neurologi og radiologi, som hver udgør en andel på mellem 2% og 4% af den samlede kapacitet i speciallægepraksis.

Tabel 3: Antal kapaciteter fordelt på speciale og fuld-/deltidskapacitet, 2020.

Speciale	Antal kapaciteter			
	Fuldtid (1 kap)	Deltid (0,33 kap)	Total	Andel af samlet kapacitet
Total	371	31,68	402,68	100%
Anæstesiologi	9	2,31	11,31	3%
Børne- og ungdomspsykiatri	6	0,33	6,33	2%
Dermato-venerologi	47		47	12%
Diagnostisk radiologi	17		17	4%
Gynækologi-obstetrik	41	2,64	43,64	11%
Intern medicin	18	4,62	22,62	6%
Kirurgi	27	3,3	30,3	8%
Neuromedicin	11	1,65	12,65	3%
Ortopædisk kirurgi	8	1,98	9,98	2%
Plastikkirurgi	8	1,32	9,32	2%
Psykiatri	43	7,59	50,59	13%
Pædiatri	9	2,31	11,31	3%
Reumatologi (Fysiurgi)	22	3,63	25,63	6%

² I kapacitetsberegningen er deltidspødsis normeret til 0,33 fuldtidspraksis.

Øjenlægehjælp	49		49	12%
Ørelægehjælp	56		56	14%

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020).

Med 402,68 speciallægekapaciteter er Region Hovedstaden den region på landsplan, der har flest praktiserende speciallæger, hvilket fremgår af tabellen nedenfor. Det ses samtidig, at Region Hovedstaden er den region, der har færrest borgere pr. speciallægekapacitet sammenlignet med de øvrige regioner. Hospitalerne i de øvrige regioner varetager i højere grad opgaver, som i Region Hovedstaden primært varetages af speciallægepraksis. Derfor kan antallet af borgere pr. kapacitet ikke sammenlignes på tværs af regionerne.

Tabel 4: Borgere pr. kapacitet fordelt på regioner, 2020.

Region	Antal speciallægekapaciteter	Antal borgere	Borgere pr. kapacitet
Region Hovedstaden	402,7	1.854.176	4.605
Region Sjælland	122,3	838.129	6.855
Region Syddanmark	156,7	1.223.183	7.808
Region Midtjylland	149,3	1.330.866	8.915
Region Nordjylland	69,0	590.739	8.561
Total	899,9	5.837.093	6.486

Kilde: Oplysninger fra de enkelte regioner vedr. kapaciteter pr. 1. januar 2021, Danmarks Statistik pr. 1. oktober 2020.

2.3.1. Geografisk speciallægedækning

Tabel 5 viser, hvordan kapaciteterne indenfor de enkelte specialer fordeler sig på regionens planområder. Det ses heraf, at dækningen af speciallægepraksis på tværs af specialer ikke er ligeligt fordelt over regionens planområder.

Tabel 5: Antal kapaciteter fordelt på speciale og planområde, 2020.

Speciale	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
Total	6,66	128	113	67,31	87,28	402,68
Anæstesiologi	0,33	3,33	4	0,33	3,33	11,31
Diagnostisk radiologi		13			4	17
Dermato-venerologi	1	12	14	8	12	47
Reumatologi (Fysiurgi)		5,66	8,7	5	6,32	25,63
Gynækologi-obstetrik		17,3	11	8,33	7	43,64
Intern medicin		8,99	7,6	4,33	1,66	22,62
Kirurgi		8,66	9,3	4,66	7,66	30,3
Neuromedicin		4,33	3,7	2	2,66	12,65
Øjenlægehjælp	2	16	14	8	9	49

Ortopædisk kirurgi		3,33	3	2	1,66	9,98
Ørelægehjælp	2	14	16	11	13	56
Plastikkirurgi		1,66	2,3	1,33	4	9,32
Psykiatri	0,33	15,3	14	9,33	11,99	50,59
Pædiatri	1	2,66	3,7	2	2	11,31
Børnepsykiatri		2	2,3	1	1	6,33

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020).

Tabel 6 viser antallet af borgere pr. kapacitet fordelt på speciale og planområde. Grundet det høje indbyggertal har planområde Syd flest borgere pr. kapacitet på trods af, at der er flere speciallægekapaciteter end fx i planområde Nord. Planområde Byen har flest kapaciteter og færrest borgere pr. kapacitet.

Tabel 6: Antal borgere pr. kapacitet fordelt på speciale og planområde, 2020.

Speciale	Planområde					Hovedtotal
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	
Total	5.934	3.631	4.077	4.816	6.473	4.605
Anæstesiologi	119.755	139.577	115.167	982.409	169.671	163.941
Diagnostisk radiologi		35.753			141.251	109.069
Dermato-venerologi	39.519	38.733	32.905	40.524	47.084	39.451
Reumatologi (Fysiurgi)		82.119	52.950	64.839	89.399	72.344
Gynækologi-obstetrik		26.867	41.879	38.919	80.715	42.488
Intern medicin		51.701	60.614	74.872	340.364	81.971
Kirurgi		53.671	49.534	69.570	73.760	61.194
Neuromedicin		107.342	124.504	162.098	212.408	146.575
Øjenlægehjælp	19.760	29.050	32.905	40.524	62.778	37.840
Ortopædisk kirurgi		139.577	153.555	162.098	340.364	185.789
Ørelægehjælp	19.760	33.199	28.792	29.472	43.462	33.110
Plastikkirurgi		279.995	200.290	243.756	141.251	198.946
Psykiatri	119.755	30.379	32.905	34.748	47.123	36.651
Pædiatri	39.519	174.734	124.504	162.098	282.502	163.941
Børnepsykiatri		232.396	200.290	324.195	565.004	292.919

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020). Befolkningstal pr. 1. oktober 2020: Statistikbanken, Danmarks Statistik og Københavns Kommune.

Tabel 7 viser udviklingen i speciallægedækningen samlet for hele regionen og i de forskellige planområder – dvs. udviklingen i antal borgere pr. kapacitet samlet og i de forskellige planområder.

Det ses heraf, at der i 2020 i gennemsnit for hele regionen var 4.605 borgere pr. speciallægekapacitet. Sammenholdt med tal for 2017, er det en stigning på 2% flere borgere pr. kapacitet.

Planområde Byen har samlet set færrest borgere pr. kapacitet, mens planområde Syd har flest borgere pr. kapacitet. Sidstnævnte hænger bl.a. sammen med, at planområde Syd har haft den største befolkningstilvækst gennem de sidste fire år, samtidig med at kapaciteten har været stort set uændret. Bornholm har som det eneste område haft et fald i antal borgere pr. kapacitet pga. det tilsvarende fald i befolkningstallet på øen.

Tabel 7: Borgere pr. kapacitet fordelt på planområder, 2017-2020.

Planområde	2017	2018	2019	2020	Forskel 2017-2020 (%)
Total	4.513	4.554	4.592	4.605	2,0%
Bornholm	6.238	5.956	5.948	5.934	-4,9%
Byen	3.590	3.602	3.603	3.624	0,9%
Midt	4.046	4.098	4.117	4.070	0,6%
Nord	4.716	4.752	4.779	4.816	2,1%
Syd	6.198	6.279	6.415	6.473	4,4%

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020) og Danmarks Statistik pr. 1. oktober 2020.

2.2. Ventetider i speciallægepraksis

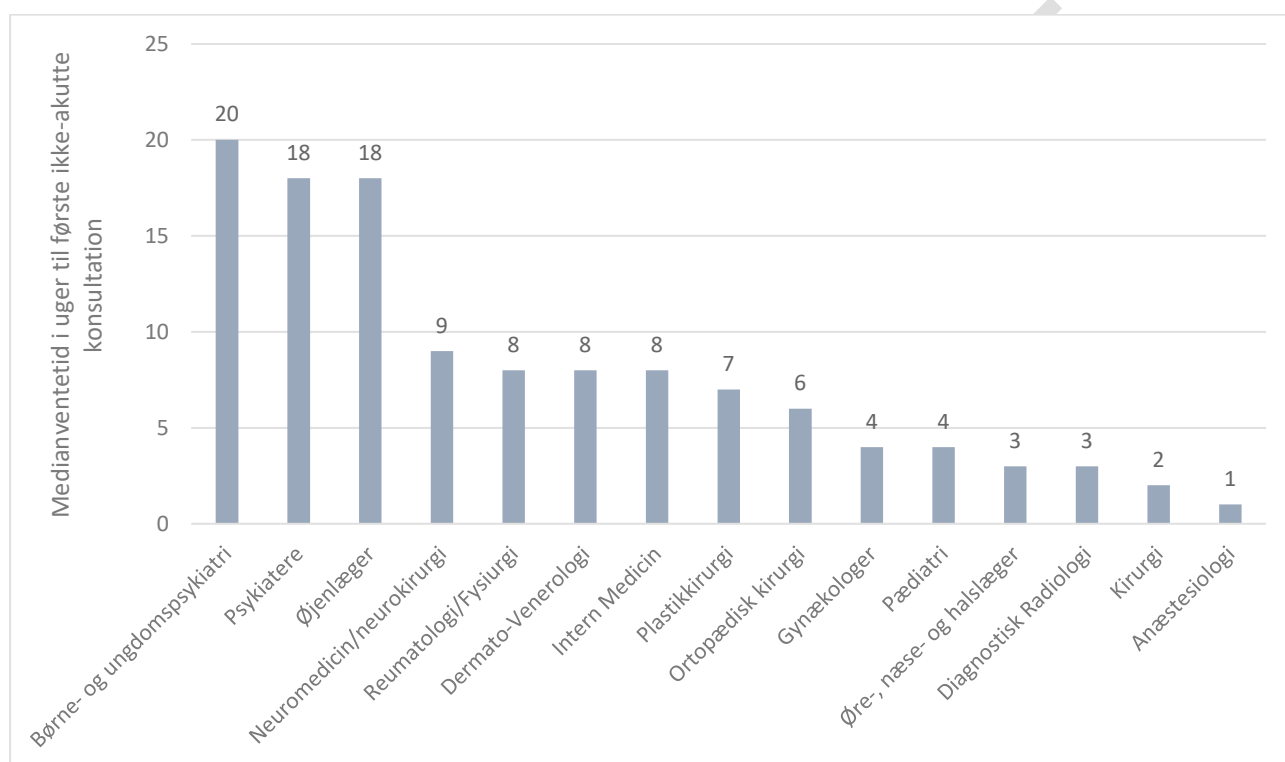
I henhold til overenskomstens § 39 skal speciallægepraksis indberette ventetider til første konsultation for ikke-akutte patienter på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Ifølge overenskomsten skal ventetiden opdateres hver anden måned. Ventetiden angivet på sundhed.dk er den 'subjektive' ikke-akutte ventetid. Ved den 'subjektive' ventetid forstås den ventetid, som speciallægen skønner, at der aktuelt vil gå, fra en ny patient første gang er i kontakt med speciallægens praksis til patientens første konsultation.

Ventetid til behandling i speciallægepraksis kan være afgørende for den enkelte borgers valg af speciallæge. Og på trods af det subjektive skøn er ventetiden registreret på sundhed.dk et vigtigt redskab for regionen ifm. kapacitetsvurderinger og planlægning. Som en del af målsætning 3 vil Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden arbejde for, at der i planperioden sættes fokus på rettidig og relevant opdatering af ventetid til første ikke-akutte konsultation i speciallægepraksis.

En opgørelse pr. 1. oktober 2020 viser, at 95% af speciallægerne, svarende til 432 praksis, havde indberettet ventetider til sundhed.dk. Dette er en stigning på 3 procentpoint siden opgørelsen i sidste praksisplan. Heraf lever 300 praksis, svarende til 69% af de indberettende praksis op til kravet om rettidig registrering.

Som det fremgår af Figur 1, findes den længste medianventetid til ikke-akut behandling indenfor børne- og ungdomspsykiatrien (20 uger) efterfulgt af psykiatrien (18 uger) og øjenlægehjælp (18 uger). De korteste ventetider findes til sammenligning indenfor anæstesiologi (1 uge) og kirurgi (2 uger). Samme mønster i ventetidsopgørelserne var gældende ved sidste praksisplan med ventetidsdata fra 2017.

Figur 1: Medianventetider (hele uger) til ikke-akut behandling i speciallægepraksis for de enkelte specialer, oktober 2020.



Kilde: Speciallægenes indberettede ventetider på sundhed.dk pr. 1. oktober 2020. Data er fremsendt af Danske Regioner.

Note: Ventetiderne er opgjort som medianventetid indenfor hvert enkelt speciale.

2.3. Aktivitet i speciallægepraksis

Da aktiviteten i speciallægepraksis i 2020 kan være præget af corona-epidemien vil der i dette afsnit refereres til tal fra 2019.

Produktion er udtryk for speciallægerne i Region Hovedstadens behandling af borgere bosat både i og udenfor regionen. Forbruget er udtryk for borgere i Region Hovedstadens anvendelse af speciallæger både i og udenfor regionen.

2.3.1. Produktion i 2019 fordelt på specialer

I alt har speciallægepraksis i Region Hovedstaden i 2019 udført 4,7 mio. ydelser i forbindelse med behandling af ca. 750.000 unikke patienter. Det betyder, at speciallægepraksis i gennemsnit har udført 6,3 ydelser pr. patient. Speciallægepraksis i Region Hovedstaden har i alt modtaget 1,62 mia. kr. i bruttohonorar i 2019, svarende til 2.155 kr. pr. patient.

Tabel 8 viser antallet af patienter (unikke cpr.), antal ydelser og bruttohonorar, der er produceret i speciallægepraksis i 2019 fordelt på specialer. Heraf ses det, at øjenlægehjælp er det speciale, hvor der ses flest unikke patienter, og hvor den gennemsnitlige udgift pr. patient er mindst, mens børne- og ungdomspsykiatrien er det speciale, hvor der ses færrest unikke patienter, og hvor den gennemsnitlige udgift pr. patient er højest.

Variationen mellem specialernes bruttohonorar pr. patient skyldes blandt andet, at bruttohonoraret pr. patient vil være højere for de specialer, hvor patienterne kommer flere gange som en del af et længere forløb. Derudover er bruttohonoraret højere for de ydelser, der betegnes som lægefaglige kerneydelser og kun kan varetages af speciallæger, end de ydelser som kan uddelegeres til hjælpepersonale. Specialer med mange lægefaglige kerneydelser kan derfor også have et højere bruttohonorar pr. patient.

Tabel 8: Produktionsdata, 2019

Speciale	Patienter	Ydelser	Ydelser pr. patient	Bruttohonorar	Bruttohonorar pr. patient
Total	751.718	4.725.249	6,3	1.620.188.127 kr.	2.155 kr.
Anæstesiologi	17.562	115.211	6,6	29.039.674 kr.	1.654 kr.
Diagnostisk radiologi	107.342	239.286	2,2	114.314.731 kr.	1.065 kr.
Dermato-venerologi	184.227	736.823	4,0	200.962.689 kr.	1.091 kr.
Reumatologi (Fysiurgi)	33.683	247.946	7,4	63.131.960 kr.	1.874 kr.
Gynækologi-obstetrik	116.443	545.528	4,7	192.243.634 kr.	1.651 kr.
Intern medicin	39.174	287.151	7,3	127.030.472 kr.	3.243 kr.
Kirurgi	54.108	261.932	4,8	161.008.817 kr.	2.976 kr.
Neuromedicin	17.867	47.716	2,7	25.489.246 kr.	1.427 kr.
Øjenlægehjælp	212.531	820.748	3,9	210.401.802 kr.	990 kr.
Ortopædisk kirurgi	23.342	79.502	3,4	41.281.256 kr.	1.769 kr.
Ørelægehjælp	204.868	986.696	4,8	236.099.084 kr.	1.152 kr.
Plastikkirurgi	19.294	76.990	4,0	38.217.072 kr.	1.981 kr.
Psykiatri	28.104	196.680	7,0	130.916.738 kr.	4.658 kr.
Pædiatri	15.448	65.639	4,2	35.497.161 kr.	2.298 kr.
Børne- og ungdomspsykiatri	1.613	17.401	10,8	14.553.792 kr.	9.023 kr.

Kilde: Targit, produktion, antal personer, antal ydelser og bruttohonorar, 2019. Data er trukket d. 20. oktober 2021.

2.3.2. Forbrug i 2019 fordelt på specialer

I 2019 modtog ca. 710.000 borgere i Region Hovedstaden 4,5 mio. ydelser i speciallægepraksis enten i eller udenfor Region Hovedstaden. Det betyder, at borgere i Region Hovedstaden i gennemsnit har modtaget 6,4 ydelser pr. patient. Region Hovedstaden betaler

honorar til speciallægepraksis, som yder en ydelse til patienter bosat i Region Hovedstaden, uanset om speciallægepraksis er beliggende i eller udenfor Region Hovedstaden. I 2019 udbetalte Region Hovedstaden 1,56 mia. kr. i brutthonorar til speciallæger, svarende til 2.191 kr. pr. patient.

Tabel 9 viser antallet af patienter (unikke cpr.), antal ydelser og brutthonorar, der er forbrugt i speciallægepraksis i 2019 fordelt på specialer.

Variationen mellem specialernes brutthonorar pr. patient skyldes ligesom for produktionsdata forskelle i antal ydelser pr. patient og mængden af lægefaglige kerneydelser.

Tabel 9: Forbrugsdata, 2019

Speciale	Patienter	Ydelser	Ydelser pr. patient	Brutthonorar	Brutthonorar pr. patient
Total	710.196	4.544.796	6,4	1.556.099.613 kr.	2.191 kr.
Anæstesiologi	14.263	102.845	7,2	24.336.259 kr.	1.706 kr.
Diagnostisk radiologi	107.201	239.008	2,2	114.176.445 kr.	1.065 kr.
Dermato-venerologi	172.784	699.003	4,0	189.980.976 kr.	1.100 kr.
Reumatologi (Fysiurgi)	31.964	236.163	7,4	60.145.421 kr.	1.882 kr.
Gynækologi-obstetrik	113.256	526.663	4,7	185.405.703 kr.	1.637 kr.
Intern medicin	35.390	262.480	7,4	115.680.258 kr.	3.269 kr.
Kirurgi	52.073	251.706	4,8	155.964.580 kr.	2.995 kr.
Neuromedicin	17.712	46.447	2,6	25.108.484 kr.	1.418 kr.
Øjenlægehjælp	205.970	795.850	3,9	203.447.968 kr.	988 kr.
Ortopædisk kirurgi	22.668	77.649	3,4	40.417.296 kr.	1.783 kr.
Ørelægehjælp	201.179	969.018	4,8	232.446.464 kr.	1.155 kr.
Plastikkirurgi	15.651	63.035	4,0	31.171.230 kr.	1.992 kr.
Psykiatri	27.273	191.084	7,0	127.218.398 kr.	4.665 kr.
Pædiatri	15.396	66.565	4,3	35.766.906 kr.	2.323 kr.
Børne- og ungdomspsykiatri	1.609	17.280	10,7	14.833.225 kr.	9.219 kr.

Kilde: Targit, forbrug, antal personer, antal ydelser og brutthonorar, 2019. Data er trukket d. 20. oktober 2021.

Nedenfor ses fordelingen af udgifter for de enkelte specialer i perioden 2017 til 2020. Priserne er faste med udgangspunkt i 2020-niveau³.

Tabel 10: Samlede udgifter til speciallægepraksis i perioden 2017-2020 (faste priser, 2020-niveau).

Samlede udgifter	2017	2018	2019	2020
Total	1.554.213.140 kr.	1.583.040.170 kr.	1.579.502.631 kr.	1.550.597.722 kr.
Anæstesiologi	24.451.955 kr.	25.285.055 kr.	24.918.168 kr.	20.676.663 kr.
Diagnostisk radiologi	116.968.054 kr.	118.939.574 kr.	116.875.888 kr.	114.446.978 kr.
Dermato-venerologi	185.318.411 kr.	185.105.823 kr.	194.523.647 kr.	185.775.855 kr.
Reumatologi (Fysiurgi)	64.180.215 kr.	64.791.366 kr.	60.042.696 kr.	62.165.493 kr.
Gynækologi-obstetrik	187.878.236 kr.	190.809.593 kr.	189.838.973 kr.	192.248.593 kr.
Intern medicin	116.328.907 kr.	120.637.791 kr.	118.446.310 kr.	118.421.040 kr.
Kirurgi	154.162.849 kr.	155.664.407 kr.	159.693.878 kr.	152.710.870 kr.
Neuromedicin	26.209.635 kr.	26.427.209 kr.	25.558.764 kr.	27.316.881 kr.
Øjenlægehjælp	199.490.952 kr.	202.340.909 kr.	203.100.491 kr.	198.216.317 kr.
Ortopædisk kirurgi	41.416.354 kr.	41.097.621 kr.	41.383.722 kr.	35.997.525 kr.
Ørelægehjælp	238.538.448 kr.	241.291.972 kr.	232.049.459 kr.	222.678.339 kr.
Plastikkirurgi	30.589.652 kr.	30.997.689 kr.	31.916.571 kr.	31.047.299 kr.
Psykiatri	121.086.326 kr.	130.109.295 kr.	130.260.341 kr.	133.489.559 kr.
Pædiatri	32.669.554 kr.	35.349.099 kr.	35.705.818 kr.	38.055.730 kr.
Børnepsykiatri	14.923.592 kr.	14.192.766 kr.	15.187.905 kr.	17.350.580 kr.

Kilde: Targit, forbrug, bruttohonorar, 2017-2020. Data er trukket d. 28. juni 2022. Bruttohonoret er omregnet til 2020-niveau på baggrund af de enkelte specialers reguleringssats i takstmapperne pr. 1. april pågældende år.

2.4. Tilrettelæggelse af kapaciteten i speciallægepraksis

Tilrettelæggelsen af kapaciteten i speciallægepraksis reguleres overordnet af planlægningsbestemmelserne i overenskomsten om speciallægehjælp (se boks 1 i afsnit 1.4), og derudover af lokale retningslinjer i Region Hovedstaden indenfor overenskomstens rammer.

³ Regionens udgifter til speciallægepraksis i 2019 i hhv. tabel 9 og 10 stemmer ikke overens, da udgifterne i tabel 9 er opgjort i løbende priser, hvor udgifter i tabel 10 er opgjort i faste priser 2020-niveau af hensyn til at kunne se udviklingen i udgifterne til speciallægepraksis.

2.4.1. Årlig kapacitetsvurdering på tværs af specialer

En gang årligt foretager regionen en vurdering af kapaciteten i speciallægepraksis på tværs af specialerne. Vurderingen baseres på en screening af særlig medianventetid til første ikke-akutte konsultation samt geografisk lighed og forventet udvikling i patientpopulationen. Andre faktorer kan have indflydelse på vurderingen.

Et mindre antal specialer udtages årligt til nærmere analyse af kapacitet og aktivitet på tværs af speciallægepraksis og hospital, inden der træffes beslutning om eventuel kapacitetsudvidelse. Ved nærmere analyse af et speciale vil arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og hospital blive beskrevet. Jævnfør praksisplanens fokus på Bornholm vil det desuden blive beskrevet, om arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og hospital på Bornholm afspejler arbejdsdelingen i de øvrige planområder.

Hvis den årlige kapacitetsvurdering fører til udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis, orienteres speciallæger, der har ansøgt om varig kapacitetsudvidelse indenfor det/de pågældende speciale(r), om muligheden for at søge om kapacitetsudvidelse og processen herfor. Ligeså vil ansøgere indenfor specialer, hvor kapacitetsvurderingen ikke giver anledning til kapacitetsudvidelse, blive orienteret om dette, og at deres ansøgning derfor afvises.

2.4.2. Ansøgning om flytning af speciallægepraksis

Praktiserende speciallæger skal ved ønske om flytning af speciallægepraksis anmode regionen om tilladelse hertil. Regionen vurderer løbende ansøgninger om flytning.

Boks 2: Overenskomstens bestemmelser vedr. flytning af praksis:

Det fremgår af speciallægeoverenskomstens § 11, stk. 1, at regionen skal godkende flytning af praksis, medmindre flytningen ud fra en konkret vurdering:

- Ændrer væsentligt ved praksisforholdene i regionen
- Er i modstrid med en af regionen foretaget inddeling af regionen i områder, inden for hvilke flytning umiddelbart kan finde sted, eller
- Flytningen er i modstrid med en vedtaget praksisplan

Det fremgår desuden af anmærkningen til speciallægeoverenskomstens § 11, stk. 1, at det er væsentligt, at praktiserende speciallæger så vidt muligt gives mulighed for at flytte til lokaler med moderne faciliteter eller god tilgængelighed, og at der gives mulighed for etablering af praksisfællesskaber.

Det fremgår også af anmærkningerne, at overenskomstens § 42, stk. 1 om tilgængelighed i henhold til bygge- og lovgivningens regler altid skal være opfyldt.

Regionen lægger i afgørelsen vægt på, at der jf. målsætning 2 tilstræbes en hensigtsmæssig speciallægedækning mellem regionens planområder, så alle borgere i regionen har let adgang til behandling i speciallægepraksis. Det betyder, at flytning mellem områder ikke må bidrage til en ulige geografisk fordeling af speciallægekapaciteter inden for regionens planområder og nærområder i forhold til befolkningstallene.

Ved flytninger mellem planområder

Ved flytninger mellem to planområder sammenlignes antallet af borgere pr. kapacitet for planområderne.

Ved flytninger indenfor samme planområde

Ved flytninger indenfor samme planområde sammenlignes antallet af borgere pr. kapacitet for nærområderne indenfor planområdet. Flytninger indenfor det samme nærområde ændrer ikke på kapacitetsforholdene.

Afgørelseskompetence

I tilfælde, hvor flytning bidrager til mere lige geografisk fordeling af speciallæger på tværs af plan- og nærområder, jf. ovenfor, og hvor de ansøgte lokaler er i overensstemmelse med byggelovgivningens regler om tilgængelighed, har regionsrådet delegeret kompetence til administrationen til at godkende flytningen. Ved administrativt afslag på flytning kan speciallægepraksis anke afgørelsen til regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som har mulighed for at foretage en konkret vurdering og vægte andre hensyn end den geografiske tilgængelighed fx etablering af praksisfællesskaber, lokaler med moderne faciliteter eller god tilgængelighed m.v.

2.4.3. Ansøgninger om kapacitetsudvidelse

Regionen modtager jævnligt ansøgninger fra praktiserende speciallæger, som ønsker sammenlægning af deltidskapaciteter, oprettelse af nye kapaciteter eller udvidelse af omsætningsloftet mv.

Ansøgninger af midlertidig karakter, fx forhøjelse af knækgrænse/omsætningsloft, vurderes løbende, og der træffes beslutning i samarbejdsudvalget for speciallæger på baggrund af kendskab til fx langtidssygemeldinger inden for et speciale, rekrutteringsudfordringer, aflastning af hospitaler m.v.

For ansøgninger af varig karakter foretages vurderingen én gang årligt, hvor regionen efter drøftelse i samarbejdsudvalget for speciallæger træffer beslutning om evt. kapacitetsudvidelse. Vurderingen af ansøgninger om varig kapacitetsudvidelse sker på baggrund af en årlig kapacitetsvurdering. Se afsnit 2.4.1.

2.4.4. Etablering af satellitpraksis

I overenskomsten pr. 1. april 2022 er muligheden for etablering af satellitpraksis beskrevet. Etablering af satellitpraksis giver mulighed for at eksisterende praktiserende speciallæger en eller flere dage om ugen kan behandle patienter fra andre lokaler, fx i et sundhedshus eller på et nærhospital. Det kan være særlig relevant i de områder, hvor der er langt til speciallæge eller hvor patientunderlaget ikke giver basis for at have en praktiserende speciallæge tilgængelig hele ugen. Regionen og FAPS Hovedstaden vil derfor i planperioden vurdere mulighederne for etablering og drift af satellitpraksis med udgangspunkt i overenskomstens § 16 og protokollat om nære tilbud og behandling på en ekstra geografisk lokation (satellitpraksis).

2.5. Tilgængelighed i speciallægepraksis

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for borgere med funktionsnedsættelse. Tilgængelighed betyder, at borgere med funktionsnedsættelser kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelser. Tilgængelighed betyder også, at det skal være let at komme i kontakt med speciallægepraksis.

2.5.1. Fysisk tilgængelighed i speciallægepraksis

Overenskomsten beskriver rammerne for speciallægenes forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til speciallægepraksis.

§42. Retningslinjer for handicapvenlig adgang:

Stk. 1 " Ved nybygning, nyhedsættelse, flytning, væsentlig ombygning af praksis eller væsentlig ændret benyttelse af lokalerne eller bebyggelsen skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler".

I tilfælde, hvor lokalplanbestemmelser, fredninger mv. viser sig at være en hindring for at en speciallæge kan finde anvendelige lokaler, medvirker regionen til at finde egnede lokaler. Dette kan ske ved, at regionen og speciallæge i fællesskab henvender sig til de relevante myndigheder om problemstillingen. Regionen er desuden opmærksom på muligheden for, at praktiserende speciallæger vil kunne leje sig ind i de sundhedshuse som regionen etablerer.

I forlængelse af ovenstående er praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden forpligtet til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning.

Generelt er praktiserende speciallæger jf. § 42, stk. 3 forpligtet til at gennemføre mindre tiltag, som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede. Det kan f.eks. være at fjerne fodlister, aftage gulvtæppe, flytte knager m.m. for herved i videst muligt omfang at sikre bedre adgang gennem mindre ændringer.

Patienterne skal let kunne få viden om tilgængeligheden i praksis. Derfor skal speciallægepraksis jf. § 42, stk. 2 sikre opdaterede oplysninger om egen praksis på sundhed.dk.

2.5.2. Tilgængelighedsmærkning

Jævnfør overenskomsten om speciallægehjælp § 42, stk. 4, er de praktiserende speciallæger forpligtet til at modtage tilbud om gennemgang og rådgivning omkring, hvordan klinikken bedst sikrer handicapvenlig adgang, hvis regionen stiller det til rådighed.

Region Hovedstaden tilbyder alle praktiserende ydere i regionen tilgængelighedsmærkning ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes en uvildig vurdering af adgangen til praksis samt forslag til, hvordan tilgængeligheden kan forbedres.

Besøg af mærkningsordningen 'God Adgang' indebærer/giver mulighed for:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser baseret på mærkeordningen 'God Adgang'
- At give patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden vil jf. målsætning 3 arbejde for at udbrede Region Hovedstadens tilbud om rådgivning til praksissektoren om handicaptilgængelighed.

2.5.3. Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Telefonisk tilgængelighed

Ifølge overenskomsten for speciallægehjælp skal speciallæger normalt have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af minimum 2 timers varighed (§ 40, stk. 1). I det tidsrum praksis har åbent for telefonisk tidsbestilling, er speciallægen forpligtet til at anvende et telefonsystem med en kø-funktion, der giver mulighed for, at flere opkald kan vente i kø på samme tid. Speciallægen er samtidig forpligtet til at afvikle den fulde telefonkø, der venter, når tidsrummet for telefonisk tidsbestilling er afsluttet (anmærkning til § 40, stk. 1).

Derudover er der krav om, at speciallægen på sin praksisdeklaration på sundhed.dk skal oplyse sine træffetider, herunder tidsrum for tidsbestilling (§ 39, stk. 3), og at oplysningerne i praksisdeklarationen skal vedligeholdes (§ 39, stk. 2).

Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden vil, jf. målsætning 3, når relevant undersøge den telefoniske tilgængelighed blandt speciallægepraksis.

Elektronisk tilgængelighed

IT kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med speciallægepraksis, samt til information og tidsbestilling. Som det fremgår af overenskomsten, er speciallægerne forpligtet til at oplyse, hvis speciallægepraksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysninger om, hvordan man som patient får adgang til at anvende disse muligheder (jf. 39, stk. 3).

Tilgængeligheden omfatter også E-konsultation, receptfornyelse og tidsbestilling via speciallægens hjemmeside. Kommunikation med og om patienten skal foregå via sikker kommunikation. Speciallægen skal anvende et lægesystem, som kan håndtere alle MedComs standarder samt en sikker og hurtig internetadgang, der er beskyttet af firewall og antivirusprogrammer.

Speciallægenes IT-systemer skal understøtte relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen efter de gældende officielle standarder, herunder MedCom, og kommunikation skal foregå via det internetbaserede sundheds-datanet.

2.6. Kapacitetsvurderinger 2022

Forud for praksisplanen har regionen i samarbejde med repræsentanter for speciallægepraksis udarbejdet kapacitetsanalyser af de 15 praksisspecialer, der findes i Region Hovedstaden.

Analyserne beskriver og vurderer kapaciteten i speciallægepraksis for hvert speciale. I vurderingen af det enkelte speciales kapacitet er der lagt særlig vægt på ventetiden til første ikke-akutte konsultation, den geografiske lighed i speciallægedækningen mellem planområderne og den forventede udvikling i specialets patientpopulation. Derudover er den ambulante speciallægekapacitet på hospitalerne inddraget på forskellig vis.

Analyserne af specialerne psykiatri og øjenlægehjælp er foretaget i arbejdsgrupper bestående af repræsentanter fra hhv. regionsadministrationen, speciallæger, hospitalerne, FAPS og almen praksis. Analyserne beskriver arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og hospital og indeholder data om kapacitet og ambulant aktivitet i speciallægepraksis og på hospital. De to specialer er udvalgt til nærmere analyse, da det begge er specialer, hvor hovedparten af aktiviteten vedr. udredning og behandling foregår i speciallægepraksis, og hvor størstedelen af patienterne færdigbehandles i speciallægepraksis. Derudover er de to specialer blandt de specialer med længst ventetid til første ikke-akutte konsultation.

For de øvrige specialer har regionsadministrationen beskrevet kapacitet og aktivitet i speciallægepraksis suppleret med regionens viden om hospitalernes aktivitet, herunder fx lokalafgifter og hospitalernes brug af aftalen om udlægning af sygehusydelser til speciallægepraksis. På baggrund af analyserne og efter drøftelse med repræsentanter for speciallægepraksis har regionen vurderet speciallægekapaciteten.

På baggrund af kapacitetsanalyserne anvendes demografimidlerne afsat i overenskomsten om speciallægehjælp til kapacitetsudvidelse indenfor følgende specialer:

- Børne- og ungdomspsykiatri
- Psykiatri
- Øjenlægehjælp
- Neurologi
- Intern medicin: lungemedicin

For en række øvrige specialer indikerede kapacitetsanalysen ikke behov for kapacitetsudvidelse på nuværende tidspunkt. Det er derimod vurderet, at der i løbet af den kommende planperiode eventuelt er behov for en nærmere analyse af kapaciteten og aktiviteten på tværs af hospital og speciallægepraksis, inden der kan tages stilling til et behov for kapacitetsudvidelse, visitationsretningslinjer eller andre indsatser for at sikre den bedst mulige ambulante speciallægedækning. Det gælder for følgende specialer:

- Gynækologi
- Kirurgi
- Ortopædkirurgi
- plastikkirurgi

- radiologi.

Regionsrådet godkendte 23. august 2022 følgende kapacitetsudvidelser, der iværksættes i løbet af planperioden:

	2022	2023	2024	2025	Permanent
Psykiatri: konvertering af deltid- til fuldtidspraksis	1		1		2
Øjenlæge: Ny fuldtidskapacitet		1			1
Børne- og ungdomspsykiatri: Ny fuldtidskapacitet		1			1
Neurologi: konvertering af deltid- til fuldtidspraksis			1		1
Lungemedicin: konvertering af deltid- til fuldtidspraksis				1	1

Sideløbende med de planlagte kapacitetsudvidelser, vil kapaciteten i speciallægepraksis i planperioden som udgangspunkt blive vurderet årligt jf. afsnit 2.4.1.

2.7. Speciallægepraksis på Bornholm

Bornholm har en geografisk placering, der betyder, at der kan være udfordringer med at sikre dækning på Bornholm inden for flere yderområder i praksissektoren. Det gælder også speciallægepraksis, hvor det er svært at rekruttere speciallæger til øen bl.a. ved praksissalg og opslag af ydernumre.

FAKTABOKS

Indbyggere: 1. januar 2022 havde Bornholm 39.552 indbyggere. I 2033 forventes det samlede indbyggertal på Bornholm at være steget til 40.470 indbyggere⁴.

Gennemsnitsalder: I 2022 var gennemsnitsalderen for befolkningen på Bornholm 48,6 år (40,5 år for hele Region Hovedstaden)⁵.

Prævalens af udvalgte kroniske sygdomme (Sundhedsprofilen 2021):

- Diabetes: Bornholm 7,9 %, Region Hovedstaden 5,3 %
- Hjertesygdom: Bornholm 6,6 %, Region Hovedstaden 3,6 %
- Kræft: Bornholm 5,0 %, Region Hovedstaden 3,7 %
- KOL: Bornholm 6,6 %, Region Hovedstaden 4,7 %
- Allergi: Bornholm 26 %, Region Hovedstaden 31 %
- Kroniske smerter: Bornholm 41 %, Region Hovedstaden 32 %
- Depression: Bornholm 8,8 %, Region Hovedstaden 6,4 %
- Demens: Bornholm 3,0 %, Region Hovedstaden 3,4 %

⁴ Befolkningsprognose for Bornholms Regionskommune: <https://www.brk.dk/Om-Kommunen/tal-og-fakta/sider/befolknings-prognose.aspx>

⁵ Danmarks statistik: <https://www.statistikbanken.dk/20015>

Der er speciallægepraksis på Bornholm inden for følgende seks af 15 praksisspecialer: Øjenlægehjælp, ørelægehjælp, dermato-venerologi, psykiatri, pædiatri og anæstesiologi.

Tabel 11: Kapacitet og praksis på Bornholm fordelt på speciale, 2020

	Kapaciteter			Praksis		
	Deltid	Fuldtid	I alt	Deltid	Fuldtid	I alt
Anæstesiologi	0,33		0,33	1		1
Dermato-venerologi		1	1		1	1
Psykiatri	0,33		0,33	1		1
Pædiatri		1	1		1	1
Øjenlægehjælp		2	2		2	2
Ørelægehjælp		2	2		2	2
Hovedtotal	0,66	6	6,66	2	6	8

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020).

For de specialer, der er på øen, er speciallægedækningen ift. borgere pr. kapacitet lige så god (dermato-venerologi) eller bedre (anæstesiologi, øjenlægehjælp, ørelægehjælp og pædiatri) end gennemsnittet for hele regionen. Kun for psykiatri er der væsentligt flere borgere pr. kapacitet på Bornholm end for de øvrige planområder.

Dog adskiller forholdene for borgerne på Bornholm sig fra resten af regionen ved, at borgerne på grund af øens geografi ikke har samme adgang til at søge speciallæge i et andet område. Der ydes kun kommunal rejsegodtgørelse til patienter fra Bornholm, som søger speciallæge i den øvrige region, hvis patienten er henvist til speciallæge via egen læge, og der ikke findes en tilsvarende speciallæge på Bornholm.

Tabel 12: Borgere pr. kapacitet for specialer med yder på Bornholm, fordelt på specialer

Speciale	Planområde	
	Bornholm	Hovedtotal
Total	5.934	4.605
Anæstesiologi	119.755	163.941
Dermato-venerologi	39.519	39.451
Øjenlægehjælp	19.760	37.840
Ørelægehjælp	19.760	33.110
Psykiatri	119.755	36.651
Pædiatri	39.519	163.941

Kilde: NOTUS Regional pr. 1. oktober 2020 (trukket d. 9. dec. 2020). Befolkningstal pr. 1. oktober 2020: Statistikbanken, Danmarks Statistik og Københavns Kommune.

Ventetid er en kompleks variabel, der afhænger af flere faktorer og vurderes subjektivt af den enkelte speciallæge. Tabel 13 viser medianventetiden til første ikke akutte konsultation i praksis på Bornholm sammenholdt med medianen for hele regionen.

Tabel 13: Medianventetid pr. oktober 2020 til første ikke-akutte konsultation hos ydere på Bornholm alle ydere i hele regionen

Speciale	Bornholm	Hele regionen
Anæstesiologi	0	1
Dermato-Venerologi	6	8
Psykiatere	12	18
Pædiatri	2	4
Øjenlæger	31,5	18
Ørelægehjælp	9	3

Kilde: Speciallægenes indberettede ventetider på sundhed.dk pr. 1. oktober 2020. Data er fremsendt af Danske Regioner.

2.7.1. Samarbejde mellem speciallægepraksis, Bornholms Hospital og andre hospitaler

Organiseringen af speciallægepraksis på Bornholm er anderledes end for den øvrige region. Én af øjenlægerne samt pædiateren på Bornholm varetager opgaver, som andre steder i regionen alene varetages på hospital, fx grå stæroperationer og diabetesbehandling af børn. I forhold til høreapparatbehandling er organiseringen også anderledes, da høreapparatbehandling og tilpasning varetages af Regionskommunens kommunikationscenter på Bornholm og ikke hos øre-, næse- og halslægerne, som alene sikrer, at der fagligt er indikation for høreapparatbehandling inden henvisning til Kommunikationscentret. For specialer uden speciallægepraksis på Bornholm betyder øens særlige geografiske placering, at Bornholms Hospital indenfor nogle specialer varetager hovedfunktioner, som i den øvrige region ville kunne være behandlet i speciallægepraksis. Bornholms hospital og Psykiatrisk Center Bornholm mærker derfor, når der fx ved lange ventetider til speciallægepraksis sker en øget henvisning af patienter til hospitalet.

Bornholms Hospital varetager selv de fleste funktioner på hovedfunktionsniveau. Hospitalet har en akutafdeling, tilbyder behandling på en række områder inden for kirurgi og medicin samt varetager fødsler for Bornholm. Med henblik på at sikre, at så mange patientforløb som muligt kan varetages på Bornholms Hospital, er der etableret et tæt samarbejde med regionens øvrige hospitaler. Desuden varetager særligt Rigshospitalet og Bispebjerg Hospital de hoved-og specialfunktioner, som ikke kan varetages på Bornholm. For nogle funktioner sikres den lægelige bemanding på Bornholms Hospital ved samarbejdsaftaler og konsulentfunktioner, ligesom hospitalet anvender telemedicin til en række opgaver.

Region Hovedstadens Psykiatri har et psykiatrisk center på Bornholm, som varetager psykiatrisk behandling på hovedfunktionsniveau. Den akutte psykiatri varetages på den somatiske akutmodtagelse. I forhold til børne- og ungdomspsykiatri har Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center et ambulatorium på Bornholm for alle aldersgrupper fra 0-17 år.

2.7.2. Speciallægepraksis på Bornholm i regionens samlede sundhedsplanlægning

Som beskrevet er der et vigtigt samspil mellem de funktioner, der på Bornholm varetages i speciallægepraksis, på Bornholms Hospital og af andre hospitaler eller aktører. Regionens planlægning af speciallægepraksis på øen afhænger derfor særligt af de funktioner, der er på Bornholms Hospital. Region Hovedstaden har derfor, og vil særligt i den kommende planperiode have fokus på Bornholm og samspillet mellem speciallægepraksis, hospital og andre praksisområder. Dette gælder bl.a. i forbindelse med den årlige kapacitetsvurdering, ligesom regionen løbende vil have fokus på muligheden for forskellige praksis- og tilknytningsformer, herunder satellitpraksis.

Ved muligheden for etablering af satellitpraksis og/eller udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis på Bornholm, vil Region Hovedstaden sammen med Bornholms Hospital og relevante samarbejdsparter drøfte, hvordan øens borgere bedst muligt samlet set sikres ambulant speciallægedækning.

HØRINGSUDKAST

3. SPECIALLÆGEPRAKSIS I DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

Praksisplanen skal understøtte udviklingen af speciallægepraksis som en fortsat integreret del af et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor ressourcerne bruges mest hensigtsmæssigt til glæde for patienterne, og hvor speciallægepraksis indgår i et gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb. Borgere, der bliver patienter i sundhedsvæsenet, skal opleve udrednings- og behandlingsindsatsen som sammenhængende og koordineret.

For nogle patienter er mødet med en praktiserende speciallæge en enkeltstående og kortvarig behandling. For andre patienter er en praktiserende speciallæge en enkelt brik i et til tider kompliceret puslespil af behandlinger. Uanset i hvilken situation patienten møder en praktiserende speciallæge, skal den praktiserende speciallæge bidrage til patientens oplevelse af et effektivt og sammenhængende forløb med koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Målsætninger jf. afsnit 1.1.:

- 4) At speciallægepraksis tilrettelægger behandlingen under hensyntagen til patientens livsbetingelser og behov bl.a. ved at inddrage patienten og dennes pårørende når relevant.
- 5) At speciallægepraksis er til rådighed for og har adgang til sparring og rådgivning på tværs af sundhedsvæsenet, samt at tværsektorielt samarbejde understøtter god ressourceudnyttelse.
- 6) At kommunikationen mellem speciallægepraksis og øvrige behandlere på tværs af sektorer optimeres, så relevante og nødvendige informationer deles, og gentagelse af undersøgelser minimeres.

Målsætning 4 betyder, at Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden så vidt muligt vil understøtte arbejdet med PRO-data i speciallægepraksis samt eventuelle andre initiativer, der sikrer inddragelse af patienter og pårørende.

Ligeså vil Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden jf. målsætning 5 understøtte og udbrede overenskomstens og eventuelle andre muligheder for rådgivning og sparring på tværs af sundhedsvæsenet. Fx ved at øge alment praktiserende lægers bevidsthed om muligheden for rådgivning hos praktiserende speciallæger.

I forhold til målsætning 6 om kommunikationen mellem sundhedsvæsenets parter vil Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden arbejde for, at god og tilstrækkelig information

sendes på tværs til relevante parter. Dette med henblik på, at patienten modtager behandling der, hvor det giver mening for patienten, og sundhedsvæsenets ressourcer udnyttes bedst muligt.

3.1. Patientens livsbetingelser og behov som rettesnor for behandlingen i speciallægepraksis

Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden betragter patienter og pårørende som centrale, aktive samarbejdspartnere, med hvem speciallægen aftaler og planlægger behandlingen afhængigt af patientens behov, livssituation, ønsker og ressourcer. Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden er derfor enige om, at patientens oplevelse af mødet med en praktiserende speciallæge så vidt muligt fortsat skal bidrage til værdi for patienten ved at være præget af medbestemmelse og fælles beslutningstagning i forhold til den behandling, som passer bedst til patientens livsbetingelser og behov. Inddragelse af patienten og dennes livsbetingelser bidrager til øget lighed i sundhed.

Som et redskab til at øge patientinddragelsen arbejdes der i regi af den nationale enhed for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS) med at etablere projekter om PRO-data i speciallægepraksis. Region Hovedstaden ønsker i relevant omfang at understøtte brugen af PRO-data og andre værktøjer til patientinddragelse i speciallægepraksis. Værdibaseret sundhed er samtidig med til at sikre, at vi ikke overbehandler patienterne, men anvender ressourcerne til størst gavn og værdi for patienterne i forhold til deres livsbetingelser.

3.2. Samarbejde og rådgivning om patienten

De praktiserende speciallæger fungerer som støttefunktion for almen praksis. Når den alment praktiserende læge og den praktiserende speciallæge er i dialog om patienten, medfører det ofte et hurtigere og bedre forløb og giver i en række tilfælde mulighed for at undgå en henvisning. Faglig konferering kan både foregå via telefon, korrespondance-meddelelser eller video. Hvis relevant kan patienten deltage i den faglige konferering. Ved behov skal det være let for almen praksis og speciallægepraksis at komme i kontakt med hinanden. I overenskomsten af 1. april 2022 er det aftalt at FAPS og PLO indgår i et samarbejde om at lave en fælles digital telefonbog.

Fra 1. oktober 2022 kan alment praktiserende læger desuden henvise patienter til en hurtig enkeltstående konsultation hos praktiserende speciallæger. Formålet er, at speciallægen anvender sin specialviden eller sit specialudstyr og derefter via korrespondancemeddelelse giver almen praksis en tilbagemelding med anbefaling om det videre forløb, som gør det muligt for almen praksis at fastlægge en behandlingsplan for patienten. Patienter

henvist til hurtig enkeltstående vurdering ved praktiserende speciallæge skal ses i praksis senest indenfor 30 dage.

I nogle tilfælde er det naturligt, at speciallægepraksis stiller sin specialiserede viden til rådighed for almen praksis. Andre gange kan speciallægepraksis have brug for rådgivning og sparring fra det endnu mere specialiserede hospitalsvæsen, fx for at afklare behovet for en viderehenvvisning til hospitalet.

Også andre praksisområder og kommunerne er vigtige samarbejdspartnere, fx kan praktiserende speciallæger henvise til kommunernes rehabiliterende og forebyggende tilbud. Ved behov står praktiserende speciallæger til rådighed for sparring med den øvrige praksissektor og samarbejdspartnere. Ligesom der ved behov kan nedsættes samarbejdsfora med deltagelse af relevante parter fra speciallæge samt fx hospitalssektoren og andre praksissektorer.

3.3. Digital kommunikation som redskab til samarbejde og rådgivning

Let adgang til kommunikation på tværs af sundhedsvæsenet giver det bedste patientflow. Kommunikationen mellem parterne i sundhedsvæsenet, herunder praktiserede speciallæger, almen praksis og hospitaler, foregår ofte elektronisk og skal ske via de fælles Med-Com-standarder. I forhold til speciallægepraksis er de mest almindelige standarder korrespondancemeddelelser, henvisnings- og epikrise standard. Almen praksis sender henvisninger til speciallægepraksis, ligesom speciallægepraksis sender henvisninger til hospitaler. Speciallægepraksis sender epikriser til almen praksis efter endt udrednings- eller behandlingsforløb, ligesom speciallægepraksis kan være kopimodtager af en epikrise, når hospitalet afslutter en patient, som speciallægepraksis har henvist til hospitalet.

Det er vigtigt, at informationen følger patienten, herunder at både henvisninger og epikriser indeholder god og tilstrækkelig information, uden at de bliver for lange eller indeholder unødvendig information. Både henvisninger og epikriser skal give modtageren de bedst mulige betingelser for at sikre patienten et optimalt forløb.

Allerede i dag anvender praktiserende speciallæger digitale løsninger til at samarbejde med andre om en patient. Muligheden for at udveksle diagnostiske undersøgelser mellem behandlere og sektorer indenfor regionen og på tværs af regioner kan forebygge dobbeltundersøgelser og optimere patientens behandling. Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden er derfor enige om i planperioden fortsat at arbejde for let udveksling af relevante patientoplysninger og undersøgelser i forbindelse med udredning eller behandling. Den digitale understøttelse af området skal udvikles i takt med at ny teknologi og nye systemer udvikles, så speciallægerne hele tiden er opdateret og følger den nyeste udvikling på området.

3.4. Fælles forståelse for hensigtsmæssig henvisning af patienter

For at understøtte patientens oplevelse af et sammenhængende forløb, er det vigtigt, at patienten henvises rigtigt fra starten af et behandlingsforløb. Ved korrekt henvisning undgås også unødigt gentagelse af undersøgelser, så sundhedsvæsenets ressourcer udnyttes bedst muligt.

Korrekt henvisning kræver, at der er klarhed over opgavefordelingen i forhold til, hvilke patienter almen praksis skal henvise til hhv. hospitalerne og speciallægepraksis samt til hvilken type speciallægepraksis. En sådan klarhed kan sikre effektiv ressourceudnyttelse, og at patienterne får behandling det rigtige sted hurtigst muligt. Region Hovedstaden og FAPS Hovedstaden og andre relevante samarbejdspartnere vil derfor arbejde for at øge den fælles forståelse af hensigtsmæssig henvisning af patienterne og opgave- og ansvarsfordelingen mellem speciallægepraksis, andre praksisområder og hospitalerne.

Danske Regioner og Foreningen af Praktiserende speciallæger indgik pr. 1. januar 2022 en permanent tillægsaftale til speciallægeoverenskomsten om "Udlægning af hospitalsbehandling til speciallægepraksis", og aftalen er implementeret i Region Hovedstaden. Det betyder, at hospitaler i Region Hovedstaden med patientens samtykke kan viderehenvise patienten til speciallægepraksis. Med aftalen understreges udviklingen af praktiserende speciallægepraksis som en integreret del af det nære sundhedsvæsen, at speciallæger i det tværsektorielle samarbejde understøtter god ressourceudnyttelse. Det skal bemærkes, at aftalen ikke ændrer på gældende visitationspraksis. Det betyder, at patienter, som hospitalet normalt vil tilbagehenvise til almen praksis, fordi der ikke er indikation for behandling på hospital, fortsat skal tilbagehenvises. Mens patienter, som hospitalet normalt vil tage imod, fortsat skal indkaldes til en tid på hospital, eller via udlægningsaftalen viderevisiteres til speciallægepraksis med patientens samtykke. Det gælder både i forhold til nye patienter og for patienter, der skal følges i kontrolforløb.

3.5. Videokonsultation kan give øget tilgængelighed for patienterne

Under covid-19 afprøvede flere speciallægepraksis videokonsultationer fremfor fremmødekonsultationer. Fremover skal videokonsultation iflg. overenskomsten være et tilbud hos alle praktiserende speciallæger i det omfang, det er fagligt relevant for specialet, og patienterne ønsker det. Det er vurderingen, at øget brug af videokonsultationer samt øvrig virtuel kommunikation vil medføre, at speciallægepraksis vil blive oplevet som mere tilgængelig for samarbejdspartner og de patienter, som ønsker at anvende tilbuddet.

4. KVALITET I SPECIALLÆGEPRAKSIS

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre, at borgerne i regionen tilbydes behandling af høj faglig kvalitet, som giver værdi for patienten. Arbejdet skal helt overordnet tage afsæt i den nye overenskomstbestemte kvalitetsmodel. Kvalitetsmodellen understøtter det fortsatte arbejde med kvalitet og fastholder de forbedringer, som er opnået med akkrediteringen efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis understøttes overvejende i regi af den nationale enhed for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS), som er etableret af overenskomstens parter med det formål at koordinere kvalitetsarbejdet og implementere de kvalitetstemaer, der er fastlagt i overenskomsten for speciallæger. Region Hovedstaden understøtter når relevant den regionale udvikling af kvalitet i speciallægepraksis.

I dette afsnit skitseres den aftalte kvalitetsmodel og Region Hovedstadens målsætninger i relation til denne. Regionen kan iværksætte regionale indsatser, der understøtter den nationale kvalitetsmodel.

Målsætninger jf. afsnit 1.1.:

- 7) At patienterne i speciallægepraksis oplever behandling af høj kvalitet, og at speciallægerne understøtter høj patientoplevelt kvalitet.
- 8) At overenskomstens nye kvalitetsmodel udbredes i speciallægepraksis, og at regionale indsatser efter behov understøtter implementeringen.
- 9) At der sikres større grad af rapportering af utilsigtede hændelser i speciallægepraksis og læring af disse.

4.1. Behandling af høj kvalitet i speciallægepraksis

Speciallægepraksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidssvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning. Alle speciallægepraksis udvikler løbende relevante nye kompetencer og fastholder eksisterende kompetencer på et højt fagligt niveau gennem efteruddannelse i regi af fx relevant fagligt selskab, FAPS, Dagens Medicin eller regionen.

4.2. Ny kvalitetsmodel

Siden 2015 har kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis været bundet op på akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der blev i regi af DDKM gennemført to akkrediteringsrunder i speciallægepraksis mellem 2015 og 2022. Der trådte i 2022 en ny overenskomst i kraft, og i den forbindelse er der aftalt en ny kvalitetsmodel, som afløser Den Danske Kvalitetsmodel og akkreditering. Den nye kvalitetsmodel understøttes primært af eKVIS, men med mulighed for regionale tiltag.

Parterne bag overenskomsten er enige om at en ny kvalitetsmodel har følgende mål. At:

- understøtte den faglige udvikling i speciallægepraksis
- sikre ensartet høj kvalitet og minimere uhensigtsmæssig variation
- udvikle og dokumentere den kliniske kvalitet i udredning og behandling
- skabe værdi for patienterne
- bidrage til videndeling
- udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet effektivt
- understøtte dialogen mellem klinikker/netværk og regionerne i forhold til det regionale tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- sikre at kvalitetsarbejdet er i tråd med det overordnede nationale kvalitetsprogram og øvrige politiske ønsker og prioriteringer for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet.

Hovedelementerne i en ny kvalitetsmodel er:

- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske databaser
- Arbejde med PRO i alle specialer
- Arbejde med organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen
- Etablering af kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger

Regionens arbejde med kvalitetsudvikling i den kommende planperiode kommer i høj grad til at fokusere på implementering af den nye kvalitetsmodel og eventuelt igangsættelse af pilotprojekter i forlængelse af aktiviteterne i eKVIS.

4.3. Patientsikkerhed

Patientsikkerhed handler om forebyggelse af utilsigtede hændelser gennem læring og at sikre løbende forbedringer af patientsikkerheden i det samlede sundhedsvæsen.

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder praktiserende speciallæger, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Utilsigtede hændelser kan også indrapporteres af patienter og pårørende.

Der arbejdes i den regionale patientsikkerhedsorganisation med analyse og læring af rapporterede utilsigtede hændelser i samarbejde med de involverede parter. Denne analyse kan være monofaglig eller gå på tværs af flere professioner og sektorer. Praksissektorens patientsikkerhedsorganisation understøtter den enkelte praksis i arbejdet med at øge patientsikkerheden.

Der skal i planperioden fortsat arbejdes med at sikre rapportering af utilsigtede hændelser fra praktiserende speciallæger med henblik på læring og kvalitetsforbedring, lige som at patientsikkerhed så vidt muligt indtænkes i øvrige kvalitetsindsatser.

HØRINGSUDKAST

5. ORDLISTE

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her speciallæge) registreres med centrale data. En del af praksisplanens data bygger på data fra dette register.
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst. Ydernummeret anvendes til afregning.
Kapacitet:	Kapaciteten er det antal speciallæger, der har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. Flermandspraksis vil typisk have et ydernummer og en kapacitet svarende til antallet af speciallæger i praksis.
Fuldtidspraksis:	En praksis, der drives på fuldtid og hvor man ikke kan have fuldtidsansættelse i andet regi, og hvor det forudsættes, at praksis har en årlig omsætning, der overstiger en for specialet fastsat nedre omsætningsgrænse.
Deltidspraksis:	En praksis på deltid, hvor omsætningen i praksis ikke kan overstige et for specialet fastsat omsætningsloft. (En deltidspatients praksis vægter med 1/3 ved beregning af fuldtidsenheder)
Delepraksis:	En praksis, hvor 2 eller flere speciallæger efter tilladelse sammen driver en fuldtidspraksis, men hvor det forudsættes, at mindst en af speciallægerne ikke har fuldtidsansættelse ved siden af. Omsætningen i delepraksis reguleres som fuldtidspraksis.
Enkeltmandspraksis:	Ved enkeltmandspraksis forstås speciallægegerning udøvet af enkeltperson uden fællesskab med andre speciallæger om økonomi.
Kompagniskabspraksis:	En praksis, der drives af 2 eller flere speciallæger og/eller anpartsselskaber, der har fælles økonomi, lokaler og personale. Speciallæger i kompagniskab kan kun praktisere under et og samme ydernummer.
Anpartsselskab:	Ved anpartsselskab forstås praksis, der drives af en eller flere speciallæger ansat i et anpartsselskab. Speciallæger, der driver praksis som anpartsselskab, kan kun praktisere under et og samme ydernummer.
Samarbejdspraksis:	Ved samarbejdspraksis forstås praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis

og/eller anpartsselskaber med fællesskab om lokaler og helt eller delvis om personale. Speciallæger, der driver samarbejdspraksis, praktiserer under hver sit ydernummer.

Assisterende speciallæge: Efter ansøgning til Det Regionale Samarbejdsudvalg kan praktiserende speciallæger gives tilladelse til at ansætte 1 praktiserende speciallæge. Det er et krav, at 50 % af ydelserne i praksis udføres af den ansættende speciallæge.

§ 64-aftale: Aftale mellem regionen og en eller flere praktiserende speciallæger om forhold, der supplerer eller erstatter bestemmelser i speciallægeoverenskomsten. Aftalen indgås med hjemmel i overenskomstens § 64.

Rammeaftale/§65-aftale: En overenskomstfastsat ydelse, der kan leveres efter, at regionsrådet har truffet konkret beslutning herom.

§ 66-aftale: Aftale mellem overenskomstens parter om at friholde 20 procent af kapaciteten i speciallægepraksis til udførsel af bestemte opgaver.

Limitering: Det antal behandlinger hos den praktiserende speciallæge, som henvisningen fra patientens praktiserende læge giver ret til. Omsætningsloft for deltidspraktiserende speciallæger.

Knækgrænser: Efter speciallægeoverenskomsten reduceres speciallægernes honorarer med en vis procentdel, når den samlede omsætning når en for specialet fastlagt grænse. Dette princip kaldes "knækmodellen" og de fastsatte grænser er knækgrænserne.

Sikrede: Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper. Forbrugs-tallene i denne praksisplan er trukket for sikringsgrupperne 1, 2 og 6.

Sikringsgruppe 1: Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor. Tilskud til medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.

Sikringsgruppe 2: Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en læge-henvisning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog for at få tilskud.

Regionen yder samme tilskud som til en gruppe 1-sikret patient. Læger, speciallæger, fodterapeuter, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.

Sikringsgruppe 6:	Tilsvarende som gruppe 1, men sikrede i denne gruppe er institutionsanbragt.
Produktion:	Aktivitet ydet af Region Hovedstadens speciallæger, uafhængigt af borgerens bopæl.
Forbrug:	Regionens udgifter til Region Hovedstadens borgeres forbrug af speciallægelige ydelser (også ydet af speciallæger uden for Region Hovedstaden). Alle forbrugstal vedr. sikringsgruppe 1, 2 og 6.
Bruttohonorar:	Bruttohonorar er det honorar, der er aftalt i overenskomsten for en speciallægelig ydelse.
Planområder:	Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fem planområder, som hver er indeholder en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune.
Unikke patienter:	Har én patient modtaget flere speciallægelige ydelser i en klinik i ét planlægningsområde, tælles patienten som 1 unik patient i dette område. Har patienten modtaget speciallægelige ydelser i tre forskellige planlægningsområder, tælles patienten som 1 unik patient i hvert af de tre områder.