

*Praksisplan for
Speciallægepraksis 201~~8~~9-
202~~1~~2 i Region Hovedstaden*

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
1.1 Visioner og mål for fremtidens speciallægepraksis i Region Hovedstaden.....	3
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	3
1.3 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan	4
1.4 Praksisplanens opbygning.....	5
2. Speciallægers opgaver	6
3. Kapacitet på speciallægeområdet.....	8
3.1 Praksis indenfor speciallægeområdet	8
3.2 Kapaciteter indenfor speciallægeområdet	9
3.3 Planområder.....	10
3.3.1 Aldersfordeling blandt speciallæger.....	11
3.3.2 Kapacitet og dækning på speciallægeområdet	12
3.4 Udgifter til speciallægeområdet	14
3.5 Forbrug – antal ydelser i speciallægepraksis.....	15
3.6 Produktion i speciallægepraksis.....	17
3.7 Kapacitet – tværregional sammenligning.....	18
3.8 Aftaler efter overenskomstens §§ 64-66	21
3.9 Ventetider	22
3.10 Praksisformer.....	23
3.11 Tilgængelighed i speciallægepraksis.....	25
3.11.1 Fysisk tilgængelighed	25
3.11.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning.....	26
3.11.3 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed	27
4. Modernisering.....	29
4.1. De store praksisspecialer.....	29
4.1.1. Øjenlægehjælp	30
4.1.2. Ørelægehjælp.....	30
4.1.3 Dermato-venerologi (Hudsygdomme)	31
4.2. Praksisspecialer, hvor kapaciteten udgør et vægtigt supplement til hospitalernes kapacitet	32
4.2.1. Gynækologi-obstetrik	32
4.2.2 Intern Medicin	33
4.2.3 Psykiatri	35

4.2.4 Børne- og ungdomspsykiatri	36
4.3 Øvrige specialer som udgør et mindre supplement til hospitalerne	36
4.3.1 Pædiatri	36
4.4. Konklusion	37
5. Speciallægepraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen	38
5.1 Patienten og pårørende er vigtige samarbejdspartnere	38
5.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af speciallægepraksis	39
5.3 Henvisninger og epikriser	40
5.3.1 Kommunikation mellem almen praksis og speciallæger	40
5.3.2 Kommunikation mellem speciallæger og hospital	41
5.3.3 Samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis	41
5.4 Samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger	42
5.5 Pakkeforløb	42
5.6 Speciallægers rolle i forløbsprogrammer	44
5.7 Tværsektoriel kommunikation	44
5.8 Telemedicinske løsninger	45
6. Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis	47
6.1 Rammer for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis	47
6.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet	48
6.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for speciallægepraksis	48
6.3 Patientsikkerhed i speciallægepraksis	49
6.4 Kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser	50
6.5 Datadrevet kvalitetsudvikling – indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser	51
6.6 Efteruddannelse	51
Bilag - Ordforklaringsliste	53

1. Indledning

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige speciallægebetjening i Region Hovedstaden. Praksisplanen gælder i perioden 2018-2022 og er den tredje speciallægepraksisplan i Region Hovedstaden. Planen er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende speciallæger.

Praksisplanen skal understøtte en hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i speciallægepraksis samt samarbejde mellem speciallæger og det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev lagt med den forrige Praksisplan for speciallægehjælp ~~2013-2017~~, og de resultater som er nået i planperioden. Praksisplanen for 2018-2022 sætter endvidere fokus på nye udfordringer og sætter mål og anbefalinger i forhold til disse.

1.1 Visioner og mål for fremtidens speciallægepraksis i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med et øget krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. En stigende grad af specialisering og udvikling af ny teknologi gør det muligt at behandle mere komplekse sygdomme og flere patienter end tidligere, hvilket sætter sundhedsvæsenet under et stigende ressourcemæssigt pres.

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

Speciallægepraksis skal fortsat varetage sine behandlingsopgaver på højt fagligt niveau som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj faglig kvalitet og tryghed i patientforløbet. Det er centralt for patienterne og patientsikkerheden, at der er et aktivt samarbejde med god kommunikation og dialog dels mellem patienter og speciallægen og dels mellem speciallægen og de øvrige sundhedsaktører.

Med praksisplanarbejdet ønsker parterne at sætte rammerne for udviklingen af kapacitet og kvalitet i speciallægebehandling og endvidere arbejde med at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem speciallægepraksis og samarbejdspartnere på tværs af faggrupper og sektorer.

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

- *God og lige adgang til speciallægepraksis i regionen.*
- *At speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet og i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb.*
- *At speciallægepraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever ensartet høj faglig kvalitet i behandlingen.*
- *At speciallægepraksis differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

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.

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

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

1.3 Udarbejdelse, høring og implementering af praksisplan

Praksisplanen er udarbejdet af Samarbejdsudvalget vedr. speciallægehjælp på baggrund af et forberedende arbejde i Styregruppen for Praksisplan for speciallægehjælp nedsat af samarbejdsudvalget.

Der har som led i arbejdet været afholdt et inspirationsmøde, hvor praktiserende speciallæger, deres samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet og repræsentanter for patienter og pårørende har deltaget og bidraget

med input til, hvordan samarbejdet mellem speciallæger og det øvrige sundhedsvæsen kan styrkes i planperioden.

Praksisplanen har været i høring blandt interessenter og er efterfølgende godkendt af regionsrådet. Praksisplanen vil være gældende fra 1. januar 2019 ~~godkendelsestidspunktet~~ til og med 2024~~2~~.

I forlængelse af praksisplanens vedtagelse vil der blive udarbejdet en overordnet prioritering af planens anbefalinger. Desuden vil der i løbet af planperioden blive udarbejdet implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere som grundlag for implementering i de enkelte år.

1.4 Praksisplanens opbygning

Kapitel 2 beskriver speciallægers opgaver med udgangspunkt i den gældende overenskomst for speciallægehjælp samt de formelle rammer om praksisplanlægningen, som fastsat i overenskomsten.

I kapitel 3 præsenteres kapacitet og aktivitet, herunder målsætninger og anbefalinger bl.a. om tilgængelighed.

Kapitel 4 giver en status for moderniseringer, som er foretaget i 2014 – 2016, og en vurdering af, om moderniseringerne er blevet implementeret i overensstemmelse med hensigten.

Kapitel 5 omhandler samarbejdet mellem speciallæger og øvrige samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet, herunder også samarbejdet med patienten.

Kapitel 6 omhandler kvalitetsudvikling af speciallægepraksis bl.a. med fokus på at øge den faglige kvalitet af speciallægenes arbejde.

Planen består endvidere af en grundbeskrivelse (bilag 1), der indeholder tabeller og figurer fra praksisplanen samt et afsnit om hvert speciale. Data fra grundbeskrivelsen indgår i vurdering af den fremtidige kapacitet i speciallægepraksis samt den samlede ambulante speciallægebetjening i regionen og arbejdsdelingen mellem hospital og speciallægepraksis.

2. Speciallægers opgaver

Overenskomst om speciallægehjælp har til formål at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser.

Ifølge overenskomstens § 4 foretager regionen ”en samlet plan for tilrettelæggelse af den ambulante speciallægebetjening i regionen”. Planen har til formål ”at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren med udgangspunkt i de enkelte specialer”.

Overenskomsten omfatter undersøgelse og behandling af personer, der har adgang til vederlagsfri speciallægehjælp i henhold til Sundhedsloven, og omfatter følgende lægelige specialer:

- Anæstesiologi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Dermato-venerologi (hudsygdomme)
- Radiologi
- Gynækologi og obstetrik
- Intern medicin (endokrinologi, gastroenterologi, kardiologi og lungesygdomme)
- Kirurgi
- Neurologi
- Oftalmologi (øjnelægehjælp)
- Ortopædisk kirurgi
- Otologi (ørelægehjælp)
- Psykiatri
- Pædiatri

Desuden omfatter overenskomsten følgende grenspecialer:

- Plastikkirurgi
- Reumatologi

Ørelægehjælp, øjnelægehjælp og hudsygdomme kan karakteriseres som praksisrelevante specialer, hvor hovedparten af aktiviteten vedr. udredning og behandling foregår i speciallægepraksis, og hvor størstedelen af patienterne færdigbehandles i speciallægepraksis.

Indenfor specialerne intern medicin, neurologi, pædiatri, kirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi og gynækologi er der stort overlap mellem de ambulante ydelser, der udføres på hovedfunktionsniveau på hospitalerne og de ydelser, der udføres i speciallægepraksis.

Reumatologi er et grenspeciale under intern medicin, der varetager diagnostik, behandling og rehabilitering af gigtsygdomme, herunder bindevævssygdomme.

Der findes to støttespecialer; radiologi og anæstesiologi. Karakteristisk for radiologien er, at diagnostikken udføres af praktiserende radiologer, men at behandlingsansvaret ligger hos rekvirenten af diagnostikken, dvs. de praktiserende læger og speciallæger.

Et særligt arbejdsfelt indenfor anæstesiologien er at yde anæstesi (bedøvelse) i forbindelse med kirurgiske indgreb. Desuden udfører anæstesiologer smertebehandling.

Indenfor grenspecialet plastikkirurgi foretager speciallægerne operationer, som foretages ambulant og primært i lokal bedøvelse. Kosmetisk kirurgi er ikke omfattet af overenskomsten.

Patienter i speciallægepraksis

De praktiserende speciallægers patienter er henvist fra en alment praktiserende læge, dog er der direkte adgang til øjen- og ørelægehjælp.

Speciallægenes placering og faglige baggrund

Praktiserende speciallæger er tilstræbt fordelt 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 kan i dag varetage mange af de opgaver, der bliver eller tidligere blev varetaget på hospitalerne.

De praktiserende speciallæger efteruddanner sig løbende, så de tilegner sig nyeste viden. Det bevirker, at speciallæger har mulighed for at implementere nye behandlingsformer - til gavn for patienterne og et samlet sundhedsvæsen.

Modernisering

I overenskomst om speciallægehjælp er der fokus på faglig modernisering. Derfor er der centralt nedsat et moderniseringsudvalg, som understøtter den faglige udvikling og arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i speciallægepraksis. Ved en modernisering sikres, at ydelsesbeskrivelserne inden for specialerne afspejler den faglige og teknologiske udvikling og det aktuelle behov for ydelser set i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen.

I 2015 blev specialerne psykiatri, øjenlægehjælp samt gynækologi og obstetrik moderniseret, i 2016 blev specialerne intern medicin, pædiatri og dermatologi moderniseret og i 2017 er senest overenskomstens generelle laboratorieundersøgelser moderniseret. Regionen følger implementeringen af moderniseringerne for at sikre, at det sker efter hensigten. Regionen har bl.a. fokus på at understøtte samarbejdsrelationer mellem almen praksis, speciallægepraksis og hospitalerne i forhold til nye tiltag i moderniseringerne, samt fokus på at understøtte sammenhængende patientforløb. Arbejdet med modernisering beskrives i kapitel 4.

3. Kapacitet på speciallægeområdet

I dette kapitel beskrives kapaciteten og aktiviteten på speciallægepraksisområdet. Beskrivelsen danner grundlag for tilrettelæggelse af og principper for styring af speciallægekapaciteten i planperioden.

Den overordnede målsætning for kapaciteten i speciallægepraksis er:

- *At sikre tilstrækkelig speciallægepraksiskapacitet*
- *At sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitaler, så de samlede ressourcer benyttes bedst muligt til gavn for patienterne.*

3.1 Praksis indenfor speciallægeområdet

Pr. 1. december 2017 findes der i alt 453 speciallægepraksis med ydernummer i Region Hovedstaden. Ydernumrene fordeler sig på fuldtids- og deltidspraksis. Antal af praksis fordelt på specialer fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 1. Fordeling af speciallægepraksis på specialer

Speciale	PRAKSIS		
	Fuldtid	Deltid	Hovedtotal
Anæstesiologi	9	7	16
Børne- og ungdomspsykiatri	6	1	7
Dermato-venerologi	38		38
Gynækologi-obstetrik	41	8	49
Intern medicin	17	14	31
Kirurgi	27	10	37
Neurologi	11	5	16
Ortopædisk kirurgi	8	6	14
Plastikkirurgi	8	4	12
Psykiatri	43	21	64
Pædiatri	9	7	16
Radiologi	16		16
Reumatologi	20	13	33
Øjenlægehjælp	48		48
Ørelægehjælp	56		56
Hovedtotal	357	96	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Som det fremgår af tabellen, er der 357 fuldtidspraksis og 96 deltidspø. Specialt psykiatri har 21 deltidspø og er dermed det speciale med flest deltidspø efterfulgt af intern medicin og reumatologi.

Indenfor fire specialer (radiologi, hudsygdomme, øjenlægehølp, ørelægehølp) findes ikke deltidspø.

3.2 Kapaciteter indenfor speciallægeområdet

Som ovenfor nævnt, er der 453 speciallægepraksis med ydernummer i Region Hovedstaden. En fuldtidspø svarer til 1 kapacitet og en deltidspø svarer til 1/3 kapacitet.

Den samlede kapacitet på speciallægeområdet udgør 402,34 kapaciteter, heraf 370 fuldtidskapaciteter og 32,34 deltidskapaciteter.

Af tabellen nedenfor fremgår fordelingen af kapaciteter. Tallene er opgjort som fuldtidskapaciteter.

Tabel 2. Fordeling af speciallægekapaciteter

Speciale	KAPACITETER			
	Fuldtid (1 kap.)	Deltid (0,33 kap.)	Hovedtotal	Andel
Anæstesiologi	9	2,31	11,31	3%
Børne- og ungdomspsykiatri	6	0,33	6,33	2%
Dermato-venerologi	47		47	12%
Gynækologi-obstetrik	41	2,64	43,64	11%
Intern medicin	18	4,62	22,62	6%
Kirurgi	27	3,30	30,30	8%
Neurologi	11	1,65	12,65	3%
Ortopædisk kirurgi	8	1,98	9,98	2%
Plastikkirurgi	8	1,32	9,32	2%
Psykiatri	43	7,26	50,26	12%
Pædiatri	9	2,31	11,31	3%
Radiologi	17		17	4%
Reumatologi	21	4,62	25,62	6%
Øjenlægehølp	49		49	12%
Ørelægehølp	56		56	14%
Hovedtotal	370	32,34	402,34	100%

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Note: Omregningsfaktor vedr. deltidspø = 0,33 og fuldtidspø = 1

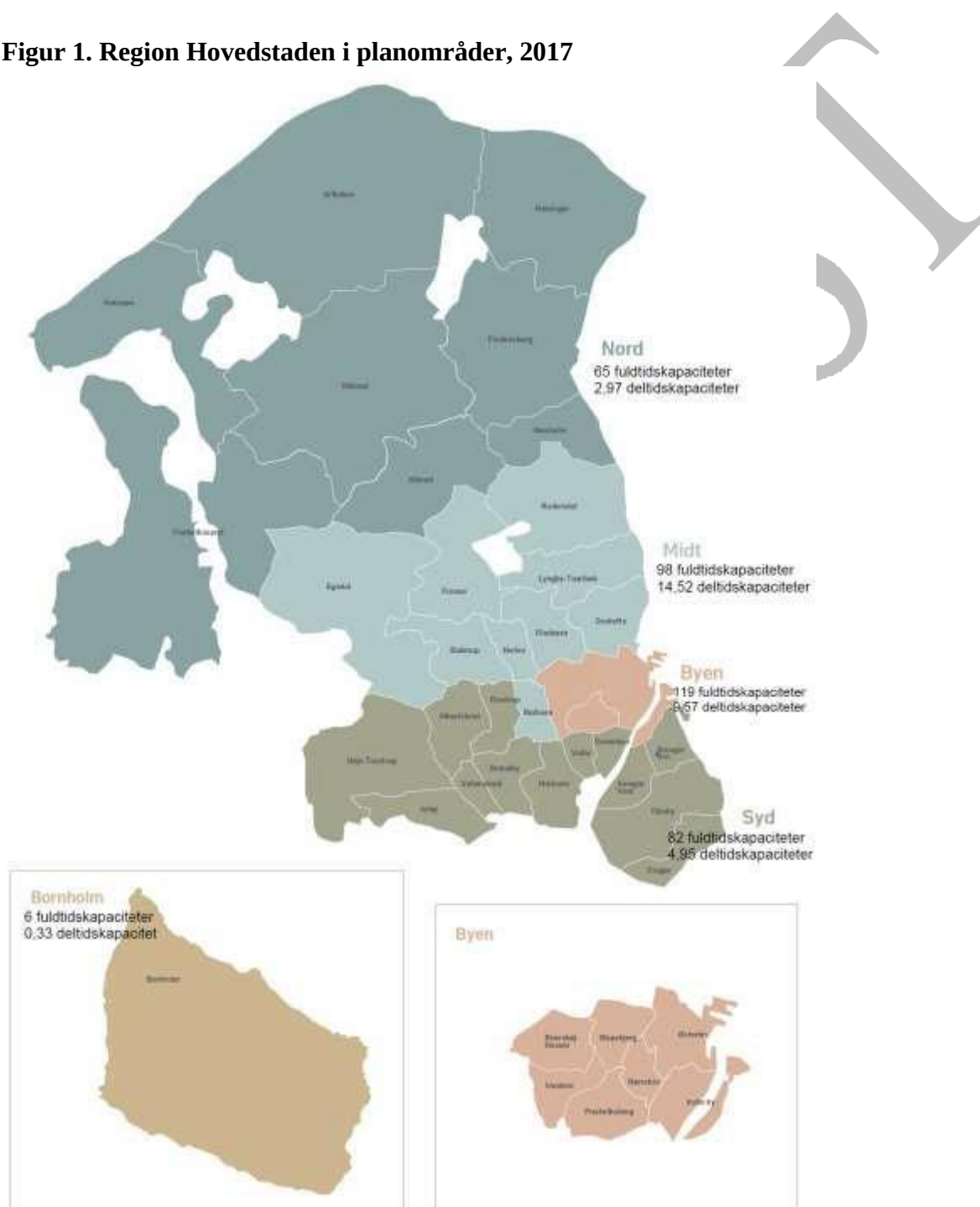
Specialerne ørelægehølp, psykiatri, øjenlægehølp samt hudsygdomme er de største specialer opgjort i antal kapaciteter, og udgør hver en andel på mellem 12-14 % af den samlede kapacitet. De mindste specialer er børne- ungdomspsykiatri, plastikkirurgi, ortopædkirurgi, anæstesiologi, pædiatri, neurologi og radiologi, som hver udgør en andel på mellem 2 og 4 % af den samlede kapacitet.

3.3 Planområder

Region Hovedstaden er delt op i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd. Bornholm hører til planområde Byen, men fremstår selvstændigt i de følgende tabeller og figurer.

Denne praksisplan anvender samme inddeling i planområder, som anvendes i regionens øvrige sundhedsplanlægning med henblik på at sikre gennemsigtighed i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere.

Figur 1. Region Hovedstaden i planområder, 2017



Konvertering af deltidskapaciteter til fuldtidskapaciteter

Hovedmålsætningen med overenskomsten er at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsagelig fuldtidspraktiserende speciallæger (jf. overenskomst om speciallægehjælp, § 2, stk. 2).

Med denne praksisplan ønsker parterne at understøtte en fortsat konvertering af speciallægepraksis fra deltidspraksis til fuldtidspraksis.

I den hidtidige kapacitetsplan fra 2012 har været anvendt varierende omregningsfaktorer for specialerne, hvor nogle specialer har vægtet mellem 1/2 og 1/7.

De uensartede omregningsfaktorer vanskeliggør konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis. Derfor er parterne bag praksisplanen enige om at arbejde henimod en ensartet konverteringsfaktor. I denne plan benyttes som udgangspunkt den konverteringsfaktor, som er anvendt i kapacitetsberegningen, nemlig 3 deltidspraksis til 1 fuldtidspraksis.

Dette kombineres med en individuel vurdering i forbindelse med det enkelte praksisopkøb. Fokus vil ligeledes være at sikre den geografiske fordeling af speciallægekapaciteten mellem planområderne samt på tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser.

Det er en forudsætning, at konverteringen fra deltidspraksis til fuldtidspraksis ikke medfører en kapacitetsudvidelse, eller belaster den økonomiske ramme for speciallægepraksis.

Det anbefales:

- *At der fortsat arbejdes med konvertering af eksisterende deltidspraksis til fuldtidspraksis uden at dette medfører en kapacitetsudvidelse og dermed belaster den økonomiske ramme for speciallægepraksis.*
- *At der i planperioden med henblik på at ensarte konverteringsfaktoren som udgangspunkt benyttes en omregningsfaktor med tre deltidspraksis til en fuldtidspraksis samt en individuel vurdering.*

3.3.1 Aldersfordeling blandt speciallæger

Aldersfordelingen blandt speciallægerne har betydning for, hvilket behov der forventes at være i forhold til rekruttering af nye speciallæger i de kommende år

Tabel 3 viser den gennemsnitlige aldersfordeling i speciallægepraksis. Det fremgår, at i 81 speciallægepraksis svarende til 17,9%, er den gennemsnitlige alder på speciallægerne 65 år og derover. I 10 praksis svarende til 2,2 % er gennemsnitsalderen 75 år og derover.

Tabel 3. Gns. aldersfordeling i speciallægepraksis opdelt på specialer 2017

Speciale	ALDERSGRUPPER										Hovedtotal
	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	
Anæstesiologi			1	2	4	5	2	2			16
Børne- og ungdomspsykiatri				1	3	3					7
Dermato-venerologi		3	6	11	6	7	4	1			38
Gynækologi-obstetrik	1	1	5	7	17	13	5				49
Intern medicin			2	2	8	9	4	1	3	2	31
Kirurgi			5	2	13	10	5	1	1		37
Neurologi			1	2	4	7	1	1			16
Ortopædisk kirurgi		2	4			5	1	2			14
Plastikkirurgi			1	3	2	4		2			12
Psykiatri	2	4	8	3	13	19	8	6	1		64
Pædiatri			1	2	6	5	2				16
Radiologi			1		5	3	6	1			16
Reumatologi	1	3	4	2	7	9	4	1	2		33
Øjenlægehjælp	1	7	7	10	9	10	2	2			48
Ørelægehjælp		9	8	12	11	8	6	1	1		56
Hovedtotal	5	29	54	59	108	117	50	21	8	2	453

Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Note: Der anvendes gns. aldersfordeling i speciallægepraksis, eftersom der er 18 delepraksis, hvor alderen fremgår som et gennemsnit af delekompanionerne. I de øvrige praksis er aldersfordelingen møntet på én speciallæge.

Den årlige vækst i antallet af speciallæger forventes ifølge Sundhedsstyrelsens prognose at være på 1,7 % frem mod 2035. Stigningen skyldes blandt andet, at speciallæger bliver uddannet hurtigere end tidligere, og et øget optag på medicinstudiet, samt at lægerne går senere på pension¹. Flest speciallæger er ansat på hospitalerne. Region Hovedstaden har ikke hidtidigt oplevet problemer med rekrutteringen til speciallægepraksis.

3.3.2 Kapacitet og dækning på speciallægeområdet

En af de overordnede visioner for speciallægepraksis ifølge overenskomsten er at sikre bæredygtige speciallægepraksis som det nære tilbud til patienter med behov for specialiseret behandling.

Praksisplan for speciallægepraksis 201~~9~~⁸-202~~1~~⁴ medfører ikke behov for en udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis. Der vurderes ikke at være sket væsentlige ændringer i forudsætningerne siden praksisplanen 2013-2017.

Som det fremgår af tabel 4, er antallet af borgere steget med 3 % i perioden 2014 - 2017. I planområderne Byen og Syd ses stigninger i befolkningstallet på hhv. 3 og 5 %, mens der er et lille fald på 1 % på Bornholm.

¹ Det fremgår af en prognose, som Sundhedsstyrelsen i 2013 har udarbejdet i samarbejde med Prognose- og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (sst.dk).

Tabel 4. Antal borgere fordelt på planområder 2014-2017

Planområde	2014	2015	2016	2017	Diff. i pct 2014-17
Bornholm	39.842	39.706	39.601	39.489	-1%
Byen	446.201	452.761	458.289	461.611	3%
Midt	446.760	449.905	452.491	455.236	2%
Nord	314.936	317.514	319.123	320.566	2%
Syd	512.628	520.607	528.974	538.905	5%
Hovedtotal	1.760.367	1.780.493	1.798.478	1.815.807	3%

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede, gr. 1,2 og 6) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 27. februar 2018)

Tabel 5 viser, hvordan kapaciteterne indenfor hvert speciale er fordelt i forhold til planområderne i regionen.

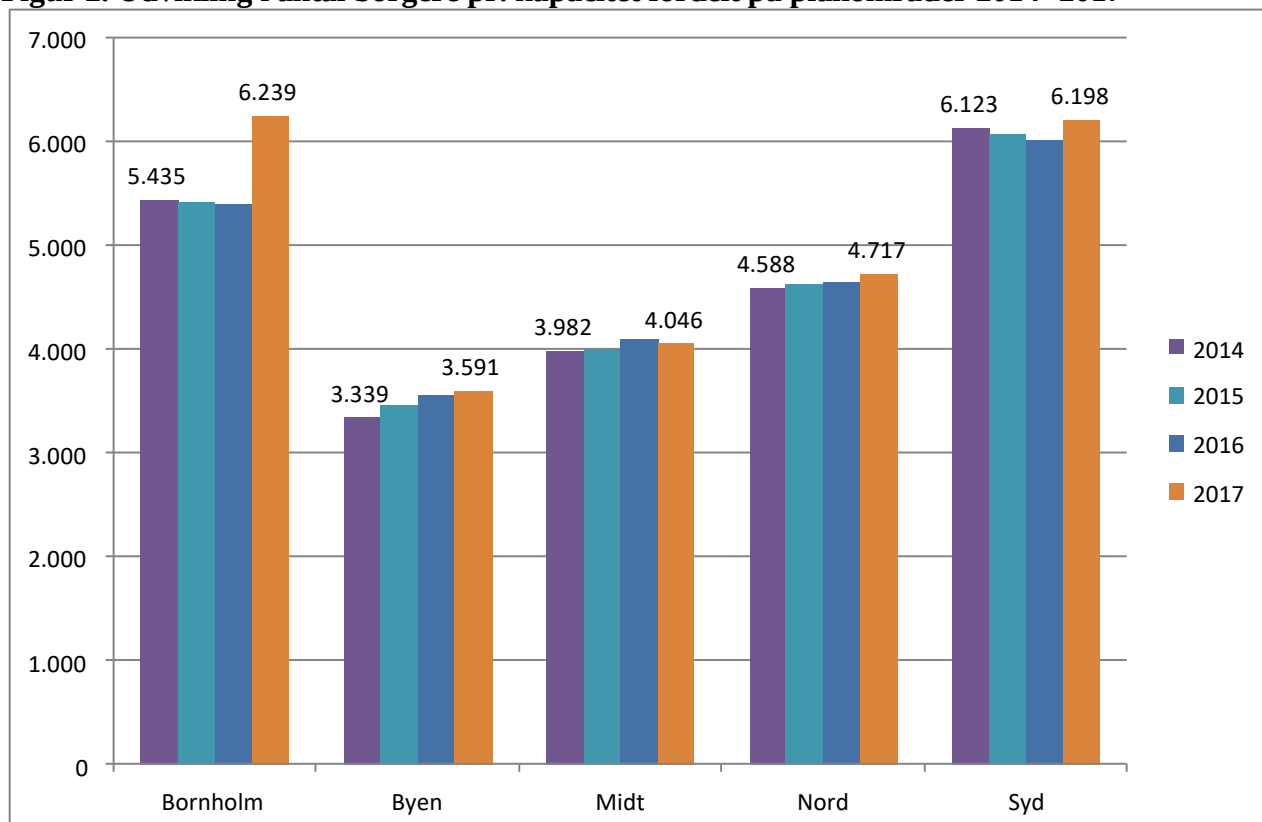
Tabel 5. Antal kapaciteter fordelt på speciale og planområde 2017

Speciale	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd	Hovedtotal
Anæstesiologi	0,33	3,33	3,99	0,33	3,33	11,31
Børne- og ungdomspsykiatri		2	2,33	1	1	6,33
Dermato-venerologi	1	12	14	8	12	47
Gynækologi-obstetrik		17,32	10,99	8,33	7	43,64
Intern medicin		9,65	6,98	4,33	1,66	22,62
Kirurgi		8,33	9,65	4,66	7,66	30,30
Neurologi		4,33	3,99	2,33	2	12,65
Ortopædisk kirurgi		3,66	2,66	2	1,66	9,98
Plastikkirurgi		1,66	2,33	1,33	4	9,32
Psykiatri		15,31	14,30	9,66	10,99	50,26
Pædiatri	1	2,66	3,65	2	2	11,31
Radiologi		12			5	17
Reumatologi		5,32	8,65	5	6,65	25,62
Øjenlægehjælp	2	16	14	8	9	49
Ørelægehjælp	2	15	15	11	13	56
Hovedtotal	6,33	128,57	112,52	67,97	86,95	402,34

Kilde: Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. december 2017 (trukket 19. februar 2018)

Der er flest speciallægekapaciteter i planområde Byen og Midt. Der er en relativ ujævn fordeling af specialerne på planområderne med ca. dobbelt så mange speciallægekapaciteter i planområde Byen som i planområde Nord. Samtidig viser tabellen, at der er en uensartet dækning af specialerne indenfor planområderne. I regi af samarbejdsudvalget vedrørende speciallægepraksis arbejdes der løbende på at sikre en mere ensartet geografisk fordeling.

Figur 2. Udvikling i antal borgere pr. kapacitet fordelt på planområder 2014- 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Notus Regional, antal kapaciteter pr. 1. dec. 2014-17 (trukket den 19. februar 2018)

Det anbefales:

- *At der fortsat arbejdes for en geografisk hensigtsmæssig dækning med speciallægepraksis i regionen*

3.4 Udgifter til speciallægeområdet

Region Hovedstadens udgifter til speciallægeområdet var 1,5 mia.kr i 2016 og nedenfor ses fordelingen af udgifter på praksisform og specialer.

Tabel 6. Udvikling i bruttohonorar (forbrug) fordelt på speciale 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	kr. 22.506.274	kr. 21.802.124	kr. 21.370.678	kr. 23.350.699
Radiologi	kr. 123.482.026	kr. 123.580.726	kr. 113.298.002	kr. 111.674.772
Dermato-venerologi	kr. 178.723.412	kr. 176.474.718	kr. 170.483.379	kr. 176.972.127
Reumatologi	kr. 49.763.920	kr. 49.786.198	kr. 56.873.648	kr. 62.862.572
Gynækologi-obstetrik	kr. 168.496.540	kr. 172.786.591	kr. 166.045.986	kr. 179.416.664
Intern medicin	kr. 98.871.828	kr. 104.366.797	kr. 106.627.028	kr. 111.089.740
Kirurgi	kr. 141.344.266	kr. 137.765.926	kr. 144.314.875	kr. 147.219.735
Neurologi	kr. 24.930.359	kr. 25.623.485	kr. 25.217.855	kr. 25.176.201
Øjenlægehjælp	kr. 179.394.910	kr. 182.917.674	kr. 189.636.180	kr. 195.395.329
Ortopædisk kirurgi	kr. 38.593.014	kr. 37.938.372	kr. 40.963.803	kr. 39.551.064
Ørelægehjælp	kr. 214.249.479	kr. 221.311.715	kr. 227.249.987	kr. 233.641.166
Plastikkirurgi	kr. 29.705.920	kr. 29.826.396	kr. 29.493.741	kr. 29.211.970
Psykiatri	kr. 94.634.120	kr. 109.020.202	kr. 115.809.056	kr. 115.632.897
Pædiatri	kr. 29.925.730	kr. 30.821.021	kr. 29.969.326	kr. 31.998.836
Børne- og ungdomspsykiatri	kr. 12.521.352	kr. 12.755.389	kr. 14.704.976	kr. 14.251.470
Hovedtotal	kr. 1.407.143.149	kr. 1.436.777.334	kr. 1.452.058.519	kr. 1.497.445.242

Kilde: Targit, Forbrug (Bruttohonorar) 2014-17, trukket den 21. februar 2018

Forbruget opgjort som bruttohonorar afspejler specialernes størrelse, men variation mellem specialerne hænger også sammen med andre forhold som honorarstruktur, omkostningsniveau, udstyr mv. Bruttohonoraret er størst for specialerne ørelægehjælp og øjenlægehjælp samt hudsygdomme svarende til, at hvert speciale står for 12 – 15 % af de samlede udgifter til speciallægeområdet.

3.5 Forbrug – antal ydelser i speciallægepraksis

Hvert besøg hos en praktiserende speciallæge udløser én eller flere ydelser, som honoreres af regionen. Som det fremgår af tabel 7, er antallet af speciallægeydelser pr. patient faldet med 12 pct. i perioden 2014 – 2017.

Tabel 7. Udvikling i ydelser pr. patient fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	99	90	96
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	77	71
Intern medicin	100	100	86	46
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	101	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	93	117	117
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Forbrug (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkronedydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Der er sket et fald i antallet af ydelser pr. patient i over halvdelen af specialerne. Der er især sket et markant fald indenfor specialerne gynækologi-obstetrik (29%), intern medicin (54%), pædiatri (47%), psykiatri (15%) og dermatologi (13%), hvilket givetvis er følger af moderniseringerne af specialerne i hhv. 2015 og 2016 (jf. afsnit 4).

Tabel 8. Udvikling i antal patienter fordelt på specialer 2014-17

Speciale	2014	2015	2016	2017	Diff i pct. 2014-17
Anæstesiologi	14.526	13.747	13.682	14.648	1%
Radiologi	100.328	101.830	99.261	96.129	-4%
Dermato-venerologi	174.977	174.380	172.715	169.753	-3%
Reumatologi	30.267	29.501	31.514	32.846	9%
Gynækologi-obstetrik	106.301	107.996	108.010	112.728	6%
Intern medicin	32.650	33.635	34.548	34.486	6%
Kirurgi	53.326	53.230	52.832	52.780	-1%
Neurologi	18.587	18.821	18.408	18.191	-2%
Øjenlægehjælp	204.317	205.394	206.793	203.286	-1%
Ortopædisk kirurgi	24.775	23.535	23.573	22.142	-11%
Ørelægehjælp	186.860	189.776	194.670	200.385	7%
Plastikkirurgi	13.769	13.904	14.204	15.053	9%
Psykiatri	25.472	25.620	25.041	25.271	-1%
Pædiatri	13.829	13.788	14.027	14.448	4%
Børne- og ungdomspsykiatri	1.374	1.436	1.538	1.412	3%
Hovedtotal	687.290	692.134	695.232	696.586	1%

Kilde: Targit, Forbrug (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af patienter kan ikke summeres. En patient godt kan tælle med indenfor flere specialer samtidigt. Totalen viser antallet af unikke patienter.

Fra 2014 til 2017 er antallet af patienter fra Region Hovedstaden, der har modtaget behandling hos speciallæge steget med 1 %, hvilket er mindre end stigningen i antallet af borgere. Stigningen er procentvis størst indenfor specialerne reumatologi (9%), plastikkirurgi (9%) samt ørelægehjælp (7%). Ortopædkirurgi oplever det største fald i antal patienter (-11%) (jf. tabel 8).

Tabel 9. Udvikling i samlet antal nye patienter (1. konsultation) 2014 – 2017

Speciale	2014	2015	2016	2017	Diff i pct. 2014-17
Anæstesiologi	5.001	4.575	5.158	5.915	18%
Dermato-venerologi	152.058	148.441	148.727	145.764	-4%
Reumatologi	26.392	26.085	28.538	29.179	11%
Gynækologi-obstetrik	92.116	93.505	93.622	96.373	5%
Intern medicin	29.034	28.933	29.292	28.855	-1%
Kirurgi	41.007	41.427	41.896	41.304	1%
Neurologi	15.139	15.064	14.626	13.787	-9%
Øjenlægehjælp	203.273	204.750	206.313	202.181	-1%
Ortopædisk kirurgi	23.179	22.143	21.716	20.058	-13%
Ørelægehjælp	171.341	171.910	177.097	182.012	6%
Plastikkirurgi	7.942	8.090	8.430	8.256	4%
Psykiatri	9.544	10.870	10.871	11.357	19%
Pædiatri	8.620	8.624	8.769	9.590	11%
Børne- og ungdomspsykiatri	596	728	630	507	-15%
Hovedtotal	602.468	603.740	611.235	610.210	1%

Kilde: Targit, Produktion (Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 29. august 2018.

Der ses en stigning på 12% i antallet af nye patienter (1. konsultationer), der konsulterer en speciallæge. Den største stigning i antallet af nye patienter fra 2014- 2017 er på 1920 % indenfor psykiatri og 185% indenfor anæstesiologi og børne- og ungdomspsykiatri. For det anæstesiologiske speciale er der stor forskel på antallet af nye patienter (5.915 i 2017) i forhold til det samlede antal patienter (14.648 i 2017) (jf. tabel 8 og 9). Det skyldes, at anæstesiologer udfører smertebehandling og yder bistand til operationer ved praktiserende øre-næse-halslæger og øjenlæger. Sidstnævnte registreres ikke som 1. konsultation. I tabel 9 indgår overvejende patienter, der modtager smertebehandling.

3.6 Produktion i speciallægepraksis

Udviklingen i ydelser, der produceres pr. patient i speciallægepraksis er faldet i perioden 2014 – 2017 (jf. tabel 10). Denne udvikling dækker dog over store variationer imellem specialerne. Det er indenfor de specialer, der blev moderniseret i 2015 og 2016, at der ses de største fald i antallet af ydelser pr. patient.

Tabel 10. Udvikling i antal ydelser pr. patient fordelt på speciale 2014-17 (indeks 100=2014)

Speciale	2014	2015	2016	2017
Anæstesiologi	100	97	93	98
Radiologi	100	99	96	96
Dermato-venerologi	100	98	96	87
Reumatologi	100	100	105	110
Gynækologi-obstetrik	100	101	76	70
Intern medicin	100	100	87	47
Kirurgi	100	96	100	102
Neurologi	100	100	104	104
Øjenlægehjælp	100	99	101	106
Ortopædisk kirurgi	100	104	114	120
Ørelægehjælp	100	99	99	98
Plastikkirurgi	100	99	97	92
Psykiatri	100	92	89	85
Pædiatri	100	102	96	53
Børne- og ungdomspsykiatri	100	94	124	127
Hovedtotal	100	99	95	88

Kilde: Targit, Produktion (Ydelser, Patienter (unikke CPR nr.)) 2014-17, trukket den 21. februar 2018.

Note: Antallet af ydelser fra og med 2015 er korrigeret for ændringer i registreringspraksis (nulkroneydelser) indenfor specialerne psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, dermatologi, gynækologi-obstetrik og kirurgi.

Det er dog ikke tilfældet for børne- og ungdomspsykiatri, som blev moderniseret i slutningen af 2015, hvor der ses en betydelig stigning i producerede ydelser pr. patient på 27%. Ortopædisk kirurgi skal først moderniseres indenfor overenskomstaftalen 2018-2022, hvorfor der har været en stigning på 20% i perioden.

3.7 Kapacitet – tværregional sammenligning

Der er frit valg af speciallæger, og nogle borgere fra andre regioner vælger at blive behandlet i Region Hovedstaden, ligesom borgere i Region Hovedstaden kan vælge at blive behandlet af praktiserende speciallæger i andre regioner.

Tabel 11. Sammenligning af speciallægers forbrug og produktion fordelt på specialer 2017

Speciale	Forbrug (Bruttohonorar) 2017	Produktion (Bruttohonorar) 2017	Diff.	Diff. i pct
Anæstesiologi	kr. 23.350.699	kr. 30.351.298	kr. -7.000.599	-30,0%
Radiologi	kr. 111.674.772	kr. 112.156.442	kr. -481.670	-0,4%
Dermato-venerologi	kr. 176.972.127	kr. 187.741.374	kr. -10.769.247	-6,1%
Reumatologi	kr. 62.862.572	kr. 66.353.143	kr. -3.490.571	-5,6%
Gynækologi-obstetrik	kr. 179.416.664	kr. 185.826.339	kr. -6.409.674	-3,6%
Intern medicin	kr. 111.089.740	kr. 122.172.042	kr. -11.082.302	-10,0%
Kirurgi	kr. 147.219.735	kr. 151.542.206	kr. -4.322.471	-2,9%
Neurologi	kr. 25.176.201	kr. 25.660.582	kr. -484.382	-1,9%
Øjenlægehjælp	kr. 195.395.329	kr. 201.804.558	kr. -6.409.229	-3,3%
Ortopædisk kirurgi	kr. 39.551.064	kr. 40.477.314	kr. -926.249	-2,3%
Ørelægehjælp	kr. 233.641.166	kr. 237.403.034	kr. -3.761.868	-1,6%
Plastikkirurgi	kr. 29.211.970	kr. 34.919.907	kr. -5.707.937	-19,5%
Psykiatri	kr. 115.632.897	kr. 117.875.018	kr. -2.242.121	-1,9%
Pædiatri	kr. 31.998.836	kr. 31.886.829	kr. 112.007	0,4%
Børne- og Ungdomspsykiatri	kr. 14.251.470	kr. 14.258.281	kr. -6.810	0,0%
Total	kr. 1.497.445.242	kr. 1.560.428.364	kr. -62.983.122	-4,2%

Kilde: Targit, Forbrug og Produktion (Bruttohonorar 2017) (trukket den 21. februar 2018)

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

Produktion er udtryk for speciallægerne i Region Hovedstadens behandling af borgere både i og udenfor Region Hovedstaden. Af tabel 11 fremgår differencen mellem forbrug og produktion, hvilket svarer til værdien af de leverede ydelser til borgere udenfor Region Hovedstaden.

Nedenstående oversigt viser fordelingen af kapaciteter regionerne imellem og antal borgere pr. kapacitet.

Tabel 12. Antal borgere pr. kapacitet fordelt på regioner 2017

Region	Antal kapaciteter 2017	Andel kapaciteter 2017	Antal borgere 2017	Antal borgere pr. kapacitet 2017
Region Hovedstaden	402,34	45%	1.815.807	4.513
Region Midtjylland	150,38	17%	1.307.516	8.695
Region Nordjylland	68,33	8%	585.809	8.573
Region Sjælland	119,94	13%	831.450	6.932
Region Syddanmark	151,98	17%	1.214.405	7.991
I alt	892,97	100%	5.754.987	6.445

Kilde: Targit, Landstal (Antal kapaciteter, antal borgere (sikrede) pr. 1. december 2017 (trukket den 27. februar 2018)

Som det fremgår af tabel 12, udgør antallet af fuldtidskapaciteter i Region Hovedstaden 45 % af det samlede antal fuldtidskapaciteter i Danmark.

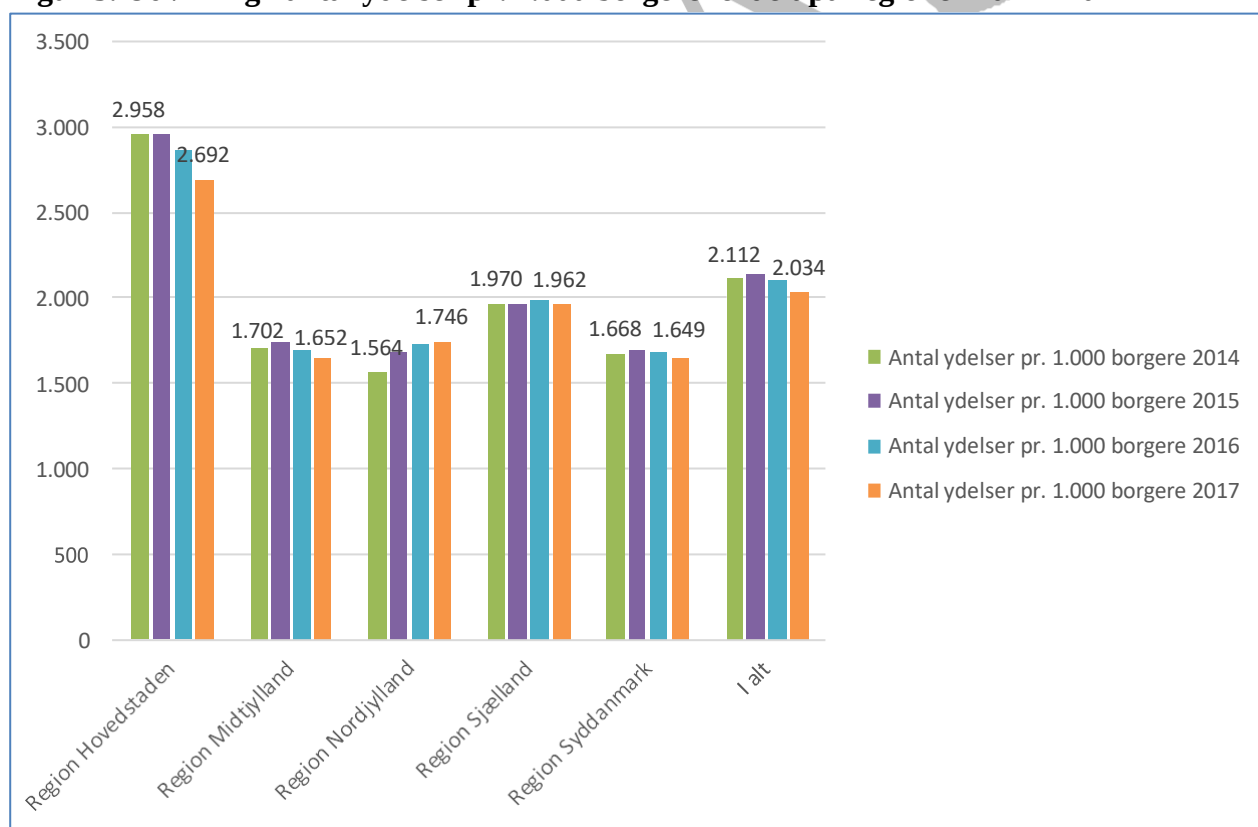
Tabel 13. Bruttohonorar (forbrug) pr. borger fordelt på regioner 2017

I alt	Bruttohonorar (Forbrug 2017)	Antal borgere (Forbrug 2017)	Bruttohonorar pr. borger 2017
Region Hovedstaden	kr. 1.497.445.242	1.815.807	kr. 825
Region Midtjylland	kr. 631.429.132	1.307.516	kr. 483
Region Nordjylland	kr. 279.956.798	585.809	kr. 478
Region Sjælland	kr. 512.904.308	831.450	kr. 617
Region Syddanmark	kr. 567.974.279	1.214.405	kr. 468
I alt	kr. 3.489.709.759	5.754.987	kr. 606

Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og bruttohonorar 2017 (trukket den 27. februar 2018))

Tabel 13 viser, at der er forskelle imellem regionerne på forbruget af speciallæger. Region Hovedstaden har de største udgifter til speciallægehjælp med et forbrug på 825 kr. pr. borger i 2017, mens de laveste udgifter til speciallæger findes i Region Syddanmark med et gennemsnitligt forbrug på 468 kr. pr. borger i 2017. Forskellene i forbrug hænger bl.a. sammen med arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis.

Figur 3. Udvikling i antal ydelser pr. 1.000 borgere fordelt på regioner 2014 - 2017



Kilde: Targit, Forbrug (antal borgere (sikrede) pr. 1. dec. 2017 og antal ydelser 2017 (trukket den 27. februar 2018))

3.8 Aftaler efter overenskomstens §§ 64-66

§ 64 og § 65-aftaler

Ifølge overenskomsten kan der lokalt indgås § 64 og § 65-aftaler, som vedrører honorering af ydelser ud over overenskomsten. Der kan være mange årsager til at indgå den type lokalaftaler. Nogle aftaler indgås om ydelser, der udlægges fra hospital til praksis, bl.a. som opfølgning på behandling foretaget på hospital. Set fra et patientperspektiv kan det være med til at skabe øget sammenhæng i patientforløbet og bidrage positivt til et sammenhængende sundhedsvæsen.

I den enkelte aftale drøftes det, hvilke uddannelsesmæssige kvalifikationer, der skal være til stede hos speciallægerne, som skal udføre ydelserne, hvor mange undersøgelser og behandlinger, der årligt skal udføres af den enkelte speciallæge for at sikre den nødvendige kvalitet i behandlingen, samt specifikke kvalitetskrav til apparatur og indberetninger til nationale kvalitetsdatabaser mv.

Det skal bemærkes, at udgifter vedr. § 64 og § 65 ikke er inkluderet i den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp.

Med henblik på at aflaste hospitalerne har regionen indgået to aftaler med Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS). Den ene aftale er en § 64 aftale, som giver hospitalerne mulighed for at viderehenvise patienter, der skal udredes ved koloskopi som led i et kræftpakkeforløb. Aftalen har været i fuld drift siden 1. oktober 2017.

Derudover har regionen pr. 1. september 2017 indgået en § 65 aftale med FAPS om udredning og behandling af børn og unge med let til moderat ADHD. Rammeaftalen stiller i forlængelse af Sundhedsstyrelsens retningslinjer krav til, at de praktiserende pædiatere skal konferere med børne- og ungdomspsykiatrien ved opstart af medicinsk behandling.

Hospitalerne udfører ikke sterilisationer af mænd. Der er i forhold til sterilisation af mænd efter udbud indgået en aftale med en speciallæge i kirurgi og et privathospital, der træder i kraft 1. januar 2018. Patienterne visiteres via egen læge til speciallægen i kirurgi, som viderevisiterer til privathospital ved behov. De to aftaler er ikke indgået inden for speciallægeoverenskomsten.

Der er endvidere efter udbud pr. 1. januar 2018 indgået en aftale med en øjenlæge om behandling af efterstær med YAG-laser. Patienterne har mulighed for at henvende sig direkte til øjenlægen med henblik på at få foretaget efterstærbehandlingen, eller de kan visiteres via egen læge eller anden øjenlæge.

Friholdelse af kapacitet (80-20 model) - §66-aftale

Overenskomstens § 66 giver mulighed for at indgå aftaler med praktiserende speciallæger om varetagelse af opgaver, som regionen har behov for at få løftet. Regionen har således mulighed for at råde over op til 20 % af speciallægernes kapacitet til opgaver, som parterne er enige om skal udføres.

Det giver mulighed for en større integrering af speciallægepraksis i den samlede sundhedsplanlægning, fx til at understøtte overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantien.

Region Hovedstaden har i den foregående planperiode indgået en § 66 aftale med de praktiserende psykiatere, som trådte i kraft den 1. oktober 2016. Formålet med aftalen er, at patienter med psykiske sygdomme af moderat grad behandles i speciallægepraksis i psykiatri, når det er fagligt relevant.²

Regionen har på foranledning af hospitalerne indgået en § 66 aftale, der vedrører viderehenvvisning af øvrige skopier (ikke kræftpakkepatienter) herunder gastroskopier, sigmoideskopier, koloskopier og polypkontroller. Aftalen trådte i kraft 1. juni 2017.

Parterne er enige om, at overenskomstens muligheder for at indgå lokalaftaler skal benyttes, hvor det er relevant.

Det anbefales:

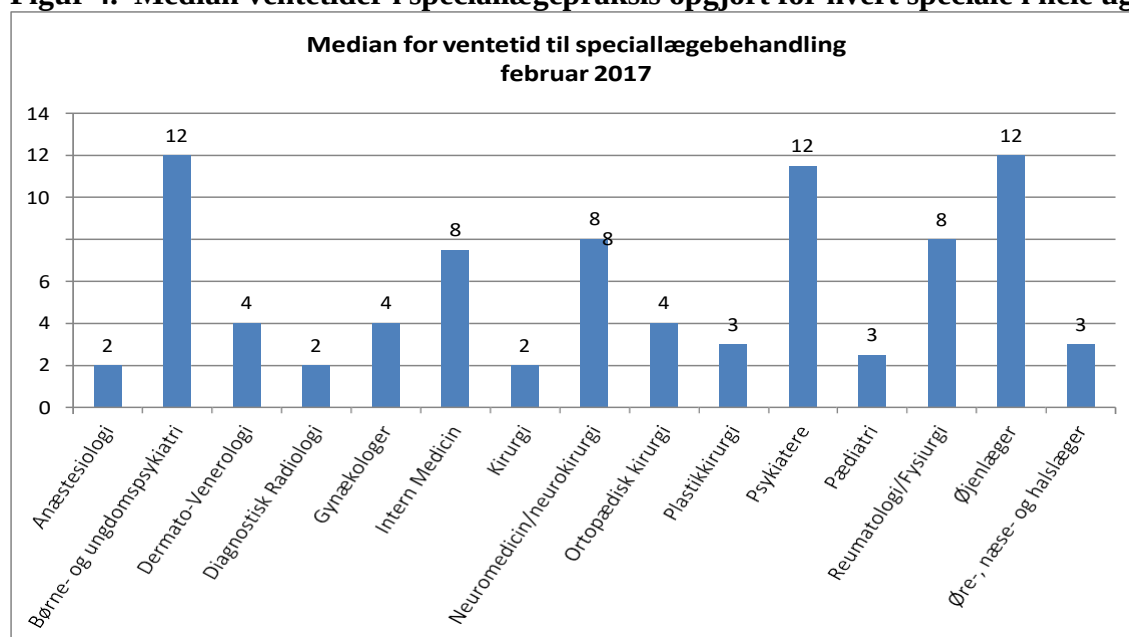
- *At der i planperioden benyttes §66-aftaler, hvor det er fagligt relevant, med henblik på at sikre en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer*
- *At der i planperioden følges op på indgåede aftaler efter overenskomstens §§ 64-66.*

3.9 Ventetider

Ifølge overenskomstens § 39 er alle speciallæger forpligtet til at indberette ventetid til ikke akut første konsultation via praksisdeklarationen på sundhed.dk. Speciallægerne skal opdatere oplysninger om ventetid mindst hver 2. måned. En opgørelse pr. 1. februar 2017 viser, at 92 % af speciallægerne (224 praksis) indberetter til Sundhed.dk, og heraf lever i alt 155 praksis op til kravet om rettidige ventetidsoplysninger.

² Jf. Modernisering i psykiatri i speciallægepraksis, s. 21-22.

Figur 4. Median ventetider i speciallægepraksis opgjort for hvert speciale i hele uger.



Kilde: Specialernes indberettede ventetider på www.sundhed.dk, data fremsendt af Danske Regioner, status per 1. februar 2017.
 Note: Ventetiden er opgjort som medianventetiden inden for hvert speciale.

Som det fremgår af figur 4, er den højeste medianventetid indenfor børne- og ungdomspsykiatri øjenlæger samt psykiatri i speciallægepraksis med en medianventetid på 12 uger.

Opfølgning i forhold til indberetning af ventetid har været et fokusområde i praksisplansarbejdet, hvor der løbende er blevet drøftet kvartalsvise opgørelser over ventetider i speciallægepraksis.

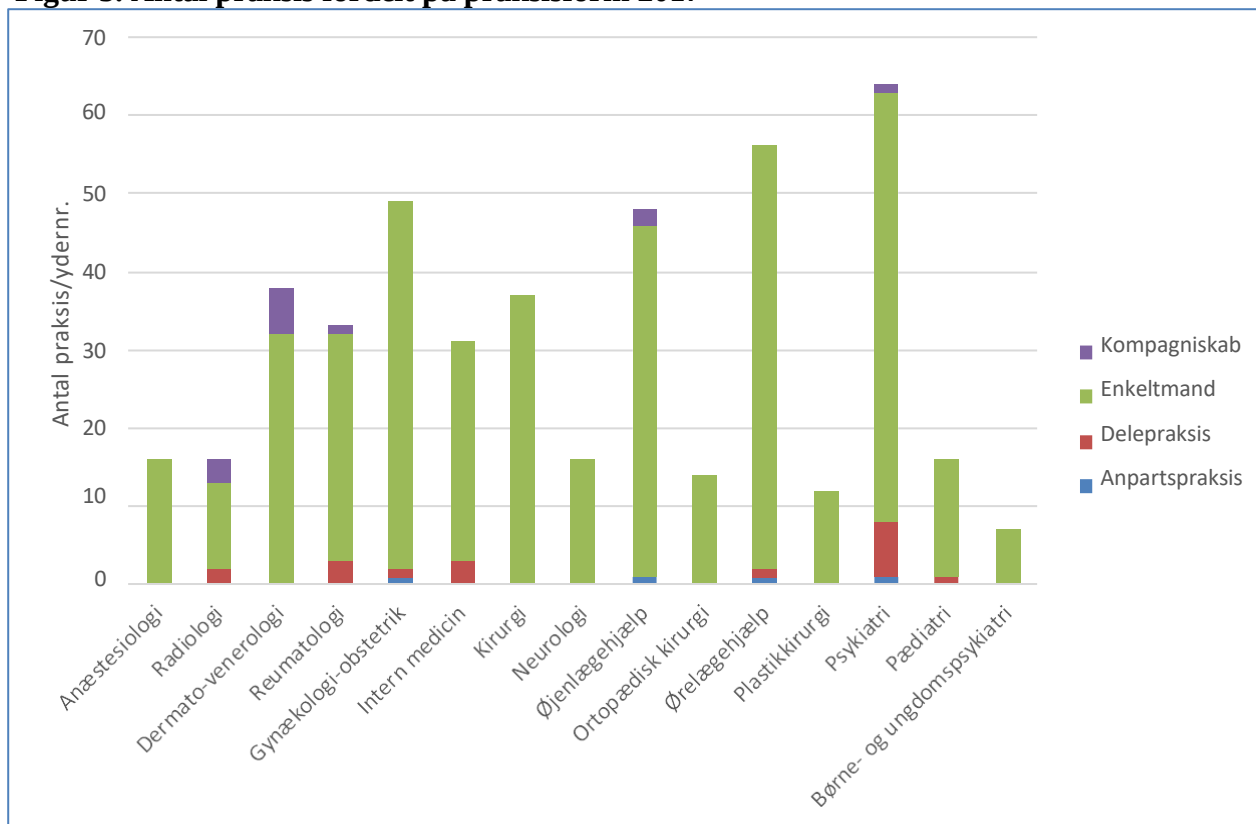
Det anbefales:

- At der fortsat følges op på indberetninger af ventetider til ikke-akut behandling på sundhed.dk.
- At udviklingen i ventetider løbende drøftes imellem regionen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger med henblik på evt. tiltag.

3.10 Praksisformer

Ifølge overenskomstens § 9 kan en speciallæge tilrettelægge sin praksis som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller anpartsselskab (jf. ordliste). Alle praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis.

Figur 5. Antal praksis fordelt på praksisform 2017



Kilde: Notus Regional, antal praksis pr. 1. december 2017 (trukket den 19. februar 2018)

Som det fremgår af ovenstående figur 5, er langt de fleste speciallæger i enkeltmandspraksis, mens delepraksis er mest udbredt indenfor specialet psykiatri (7 praksis). Kompagniskabspraksis findes indenfor 5 specialer, men er mest udbredt blandt dermatologi-venerologi (6 praksis). Derudover er der et enkelt anpartsselskab.

Med henblik på at udvikle og sikre bæredygtige praksis er det en generel målsætning for regionen at ændre praksisstrukturen hen imod større enheder, således at praktiserende speciallæger i højere grad end i dag praktiserer sammen med andre speciallæger eller andre faggrupper fx andre ydergrupper i praksissektoren og/eller kommunale tilbud.

Derved skabes mulighed for at fremme faglig sparring såvel monofagligt som tværfagligt og styrke sammenhængen til andre tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Det anbefales:

- *At muligheden for etablering af praksisfællesskaber tilgodeses ved relevante sager i samarbejdsudvalget, fx i forbindelse med flytning.*

3.11 Tilgængelighed i speciallægepraksis

Den overordnede målsætning for tilgængelighed i speciallægepraksis er:

- *Øget tilgængelighed til speciallægepraksis, herunder tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser og let adgang til telefonisk og elektronisk kontakt.*

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse, så de tilbydes de samme ydelser og muligheder som personer uden funktionsnedsættelse.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden. Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres, herunder at de praktiserende speciallæger er tilgængelige ved akut behov for behandling.

3.11.1 Fysisk tilgængelighed

Det er vigtigt at sikre god adgang til speciallægepraksis. Overenskomsten beskriver rammerne for speciallægenes forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til speciallægepraksis.

§42. Retningslinjer for handicapvenlig adgang:

Stk. 1

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

Anmærkningerne til overenskomstens § 42, stk. 1 præciserer, at ved flytning skal byggelovgivningens tilgængelighedskrav være opfyldt, hvis der i tilknytning til flytningen sker en væsentlig ombygning af den bebyggelse, der flyttes til, eller hvis flytningen indebærer en ændring i benyttelsen af bebyggelsen, som er væsentlig.

Derudover fremgår det af bemærkninger til § 42, at speciallægepraksis i videst muligt omfang skal tilgodeses etablering af handicapvenlige adgangsforhold, enten i form af etablering af praksis i lokaler, der rummer mulighed for en indretning, som tilgodeser hensigtsmæssige forhold for bevægelseshæmmede eller i form af etablering af adgangsforhold og indretning i øvrigt i eksisterende praksislokaler. Lokalbestemmelser kan imidlertid være en hindring for at fremfinde egnede lokaler hertil. Regionen bidrager i samarbejde med kommunerne og speciallægerne til at finde egnede lokaler.

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

Patienterne skal let kunne få viden om tilgængeligheden i praksis. Derfor skal speciallæger i praksissektoren sikre opdaterede oplysninger om egen praksis på www.sundhed.dk (overenskomst for speciallægehjælp, §42, stk. 2).

~~Samarbejdsudvalget for speciallægepraksis har udarbejdet administrative retningslinjer, der understøtter, at der bliver taget stilling til ansøgninger om flytning administrativt, såfremt der er uændret eller forbedret fysisk tilgængelighed, og der er uændret eller forbedret geografisk dækning mv.~~

3.11.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2014-2019 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.

Speciallægepraksis får følgende tilbud:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser³ baseret på mærkeordningen 'God Adgang'
- Mulighed for at give patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud er frivilligt, og der er ingen sanktioner forbundet med efterlevelse af forslag til forbedring af tilgængeligheden. Kravene til tilgængeligheden er beskrevet i overenskomsten, samt

³ De funktionsnedsættelser, som mærkeordningen er rettet mod er; kørestolsbrugere, gang- arm og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astma og allergi, udviklingshandicappede, læsevanskeligheder.

af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Der ~~er~~var i september 2017 i alt 6 speciallægeklinikker, der har taget mod tilbuddet om God Adgang mærkning.

Det anbefales:

- *At udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i speciallægepraksis løbende følges gennem status for speciallægers tilmelding til og status i mærkeordningen 'God Adgang'*
- *At speciallægernes praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse.*
- *At tilgængelighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutninger vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser.*
- *At klinikker ved flytning har fokus på let adgang*

3.11.3 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Telefonisk tilgængelighed

Speciallægepraksis skal normalt have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af ikke under to timers varighed. Der skal desuden, jf. overenskomstens §39, stk. 3, oplyses om træffetider, herunder tidsbestilling og telefonkonsultation, via praksisdeklarationen på sundhed.dk. Oplysninger om telefontid fremgår synligt af praksisdeklarationen på sundhed.dk, mens kravet om to timers telefonisk tilgængelighed for blandt andet tidsbestilling på konsultationsdagene ikke altid oplyses af speciallægerne.

Elektronisk tilgængelighed

IT kan understøtte, at patienterne har let adgang til kontakt med speciallægepraksis, samt til information og tidsbestilling. Ved benyttelse af en digital signatur kan speciallægerne frit anvende det elektroniske tidsbestillingsmodul på sundhed.dk. 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 antivirus-programmer. Speciallægernes 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.

Det anbefales:

- *At der arbejdes for at forbedre informationen til patienterne på praksisdeklarationen om fysisk såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed til speciallægepraksis*
- *At der følges op på den elektroniske og telefoniske tilgængelighed ved behov*

UDKAST

4. Modernisering

I overenskomst om speciallægehjælp er der fokus på faglig modernisering. Formålet med en modernisering er at fremme faglig udvikling og kvalitet i speciallægepraksis samt at sikre et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp. Moderniseringsarbejdet fortsætter i den nye overenskomstperiode 2018-2022.

Hovedsigtet med moderniseringen er, at ydelsesbeskrivelserne afspejler den faglige og teknologiske udvikling og det aktuelle behov i sundhedsvæsenet. Samtidig er der fokus på at belyse arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitalerne.

På den baggrund blev der i 2015 nedsat et Moderniseringssekretariat, der er et tværregionalt sekretariat, som varetager regionernes interesser ift. moderniseringer indenfor speciallægeområdet. I 2015 blev specialerne psykiatri, øjenlægehjælp samt gynækologi og obstetrik moderniseret, og i 2016 blev specialerne intern medicin, pædiatri og dermatologi moderniseret. I 2017 er der pågået en modernisering af de generelle laboratorieundersøgelser i overenskomsten om speciallægehjælp. De evt. midler, der frigøres som følge af moderniseringen, anvendes indenfor specialet til at finansiere nye tiltag samt sikre et øget patientflow.

Overenskomstaftalen 2018-2022 indebærer, at følgende specialer moderniseres: radiologi, ørelægehjælp, anæstesiologi, reumatologi, kirurgi og ortopædkirurgi.

Dette kapitel giver en status for moderniseringer, som er foretaget i 2014 – 2016, og en vurdering af, om moderniseringerne er blevet implementeret efter hensigten. De angivne tal stammer fra moderniseringsrapporterne.

Der er indhentet data fra hospitalerne på behandlingsområder, hvor der er sammenfald mellem ydelser, der både udføres i speciallægepraksis og på hospitalerne. Aktiviteten på hospitalerne er trukket via Landspatientregistret på baggrund af SKS-koder valideret af de Sundhedsfaglige Råd.

Regionen vil i planperioden tage stilling til, om der skal igangsættes analyser af udnyttelsen af kapaciteten inden for andre specialer som følge af nye moderniseringer, organisatoriske ændringer mv.

4.1. De store praksisspecialer

De store praksisspecialer omfatter ørelægehjælp, øjenlægehjælp og hudsygdomme.

Der kræves ingen henvisning til øjenlægehjælp og ørelægehjælp samt undersøgelse og behandling af seksuelt overførbare sygdomme (venerologi).

Borgere med dermatologiske lidelser, øjnlidelser og ørenæsehalslidelser varetages på hovedfunktionsniveau primært af praktiserende speciallæger. Af samme grund gennemføres en del af speciallægeuddannelsen for øjenlæger, ørelæger og hudlæger i speciallægepraksis.

4.1.1. Øjenlægehjælp

Moderniseringen af øjenspecialet havde virkning fra 1. september 2015. Hensigten med moderniseringen var, at der inden for specialet leveres en årlig produktivitetstgevinst svarende til 21,9 mio. kr. (01-10-2004 niveau) til at behandle flere patienter. Efter moderniseringen af specialet er der i perioden 2015 til 2016 behandlet 1.008 flere patienter i øjenlægepraksis. Udgiften pr. patient er steget med 29,55 kr. fra 887,40 kr. i 2015 til 916,95 kr. i 2016.

Det forventes, at især de nye behandlingsydelser for henholdsvis diabetisk øjenundersøgelse og fotoscreening (fondusfotografering) for diabetisk øjensygdom kan bidrage til effektiviseringen og frigive øjenlægetid til at nedbringe ventetiden for nye patienter. Den diabetiske øjenundersøgelse gives til alle nydiagnosticerede diabetikere samt diabetikere, der har øjenforandringer, der kræver oftalmologisk kontrol af øjenlæge, diabetikere med konkurrerende øjensygdom m.fl.

Ydelsen fotoscreening for diabetisk øjensygdom gives til patienter, der ikke har eller kun har beskedne diabetiske øjenbaggrundsforandringer. Det er tanken, at patienter med ukompliceret diabetes vil kunne følges i kontrolforløb med fotoscreening varetaget af klinikpersonale.

Data for perioden 2015 til 2016 viser imidlertid, at kun 30 % af alle diabeteskontrollerne varetages som fotoscreening, mens 70 % af diabetesundersøgelserne afregnes til den dyrere diabetiske øjenlægeundersøgelse. Det er på den baggrund vurderingen, at den øjenlægelige kapacitet ikke udnyttes i overensstemmelse med intentionen i moderniseringen. Samtidig er medianventetiden til øjenlægehjælp fortsat 12 uger og dermed ikke faldet i perioden.

Regionen vil følge op på, at de enkelte øjenlæger anvender de to diabetiske øjenundersøgelser i overensstemmelse med intentionen i moderniseringen.

Der er i moderniseringen endvidere fokus på at effektivisere visitationen af patienter, som skal opereres for grå stær på hospitalerne. Øjenlægerne skal i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje for behandling af aldersbetinget grå stær udføre en scoring ved grå stær undersøgelser, som understøtter, at kun patienter med en operationskrævende grå stær henvises til hospital, og at patienter med størst behov for operation tilgodeses først.

Der skal i planperioden udarbejdes en analyse af øjenlægenes anvendelse af scoringssystemet samt hospitalernes anvendelse af resultaterne.

4.1.2. Ørelægehjælp

Delmoderniseringen af ørelægehjælp havde virkning fra 1. januar 2014. Der er med delmoderniseringen tilført 2,1 mio. kr. til den samlede økonomiske ramme for specialet.

Fra indførslen af moderniseringen i 2014 til 2016 er der sket en stigning på 8.416 patienter, som behandles i ørelægepraksis, og det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient er faldet fra 5,55 til 5,51.

Med delmoderniseringen af specialet blev der indført en ny tillægsydelse for ultralydsscanning af halsen. I perioden 2014-2016 er der sket en tredobling i brugen af denne ydelse. Udviklingen i brugen af ydelsen skal derfor følges i planperioden.

I 2014 trådte aftalen om høreapparatbehandlinger mellem Region Hovedstaden og Foreningen af Speciallæger i kraft. Aftalen omfatter 5.000 høreapparatbehandlinger om året til voksne borgere i Region Hovedstaden med ukomplicerede høretab (ekskl. Bornholm). Aftalen har blandt andet til hensigt at aflaste de audiologiske hospitalsafdelinger.

Det skal i planperioden undersøges, om de praktiserende speciallæger overholder den samlede aftale for høreapparatbehandlinger.

4.1.3 Dermato-venerologi (Hudsygdomme)

Moderniseringen af dermato-venerologisk speciallægepraksis havde virkning fra 1. april 2017. Det er hensigten, at moderniseringen skal medføre en produktivitetsgevinst svarende til 17,0 mio. kr. årligt, som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Den nye ydelsesstruktur indenfor specialet skal nedbringe antallet af henvisninger fra almen praksis og dermed bevirke, at patienter i dermato-venerologisk speciallægepraksis modtager færre 1. konsultationer.

Der skal i planperioden følges op på udviklingen i antallet af patienter, som årligt behandles i dermato-venerologisk speciallægepraksis samt udviklingen i antallet af 1. konsultationer per patient for at afdække, om moderniseringen medfører den tilsigtede udnyttelse af kapaciteten i dermato-venerologisk speciallægepraksis.

Udviklingen i brugen af både fotodynamisk terapi med lampe (konventionel PDT behandling) og dagslys PDT behandling følges i planperioden, da ydelserne med moderniseringen af specialet er blevet ydelser inden for overenskomsten. Patienter med forstadier til hudkræft behandles bl.a. med dagslys PDT-behandling, mens konventionel PDT behandling anvendes til patienter, hvor dagslys PDT behandling ikke kan gennemføres, samt til patienter med hudkræft, hvor kirurgisk behandling ikke kan gennemføres eller er mindre egnet. PDT behandlingsmetoderne giver på udsatte steder i ansigtet bedre resultater sammenlignet med de traditionelle behandlingsmetoder som frysning med kvælstof og kirurgisk fjernelse.

Konventionel PDT behandling blev i Region Hovedstaden tidligere udført i kraft af en kvote-reguleret rammeaftale. Udviklingen i ydelsesforbruget i speciallægepraksis skal i planperioden sammenholdes med ydelsesudviklingen på hospitalerne. Samtidig skal ydelsesforbruget i speciallægepraksis sammenholdes med udviklingen i brugen af ligeværdige behandlingsmetoder.

Ved forekomst af venerologiske problemstillinger kan patienter henvende sig i dermato-venerologisk speciallægepraksis uden henvisning fra den alment praktiserende læge. Venerologien

udgør dog en meget lille del af de sygdomsområder, som behandles i dermato-venerologisk speciallægepraksis.

Moderniseringsrapporten for specialet påpeger⁴, at varetagelsen af venerologiske sygdomme fylder meget på de dermatologiske afdelinger på hospitalerne særligt grundet den voksende forekomst af klamydia og gonoré i befolkningen⁵.

4.2. Praksisspecialer, hvor kapaciteten udgør et vægtigt supplement til hospitalernes kapacitet

I det følgende afsnit gennemgås moderniseringen af praksisspecialer, hvor der er betydeligt overlap i de behandlinger, som udføres i speciallægepraksis og på hospitalerne, og hvor kapaciteten i speciallægepraksis udgør et betydeligt supplement til hospitalernes kapacitet. Der følges op på specialerne gynækologi-obstetrik, intern medicin, kirurgi, psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

4.2.1. Gynækologi-obstetrik

På grund af specialets størrelse i Region Hovedstaden varetages en del af hovedfunktionsniveauet i gynækologisk speciallægepraksis. Det vedrører bl.a. provokerede aborter primært medicinske aborter, inseminationer, keglesnit, blødningsforstyrrelser m.v.

Moderniseringen af gynækologispecialet havde virkning fra 1. april 2016. Der skal med moderniseringen leveres en årlig produktivitsgevinst på 12,3 mio. kr. (01-10-2014 niveau), som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Der blev i 2016 behandlet 111.678 patienter i gynækologisk speciallægepraksis, hvilket er 209 patienter færre end i 2015. Udgiften pr. patient er desuden faldet fra 1.608 kr. pr. patient i 2015 til 1.541 kr. i 2016. Disse nøgletal indikerer, at der efter ¾ år kan ses en effekt af gynækologimoderniseringen.

Spiralopsætning

Spiralopsætning og fjernelse af spiral foregår normalt ukompliceret og kan foretages af den alment praktiserende læge. I mere komplicerede tilfælde kan den alment praktiserende læge henvise til spiralopsætning og fjernelse af spiral i gynækologisk speciallægepraksis. I perioden 2013 til 2015 har der været en stigning på knap 20 % i antallet af spiralopsætninger foretaget i speciallægepraksis. Der har derimod i samme periode været et fald i antallet af spiraloplægninger i almen praksis på ca. 3 %.

Opgavefordelingen mellem almen praksis og speciallægepraksis skal i forhold til spiraloplægning undersøges nærmere i planperioden. Det skal vurderes, om stigningen i spiraloplægninger i

⁴ Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Foreningen af Praktiserende Speciallæger, 2016. Modernisering af Dermato-venerologisk speciallægepraksis.

⁵ Sundhedsstyrelsen, 2015. Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af SOI 3, online, [tilgængelig] <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~media/9881BB0E837B41DAAE0954A1A8D798B9.ashx>.

speciallægepraksis kan forklares med, at hormonspiralen er blevet mere udbredt og er vanskeligere at oplægge end kobberspiralen.

Fertilitetsbehandling

I Region Hovedstaden varetages ca. 80 % af inseminationerne i speciallægepraksis og ca. 20 % i hospitalsregi. På hospitalerne udføres derudover også reagensglasbefrugtning (IVF-behandling). IVF-behandling er ikke omfattet af speciallægeoverenskomsten.

Der har de senere år været en stigning i antallet af inseminationer i speciallægepraksis og på hospital.

Årsagen til stigningen skyldes stigende alder for kvinder og par, der ønsker at opnå graviditet, øget forekomst af infektioner med klamydia med deraf lukkede æggeledere til følge, faldende sædkvalitet og et stigende BMI.

4.2.2 Intern Medicin

Intern Medicin omfatter lungemedicin, medicinsk gastroenterologi, kardiologi og endokrinologi. Endokrinologi omtales ikke nærmere her, da der kun er en deltidskapacitet, som er klausuleret til lukning.

Moderniseringen af Intern Medicin havde virkning fra 1. oktober 2016. Der er med moderniseringen af Intern Medicin aftalt en produktivitetsevinst på 3,4 mio. kr. (01-10-2014-niveau), som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Lungemedicin

Der er i moderniseringen vedr. lungemedicin særligt fokus på allergiforløb med henblik på at sikre, at allergipatienter tilbydes den samme udredning og behandling, uanset hvilket allergibehandlende praksisspecialist patienterne henvender sig.

Der har gennem de senere år været en stigning i antallet af patienter, der allergivaccineres i lungemedicinsk speciallægepraksis og på hospitalerne

Derudover varetages også allergivaccinationer i pædiatrisk speciallægepraksis⁶. I den nordlige del af regionen varetager almen lægepraksis den del af allergivaccinationsforløbet, som vedrører vedligeholdelsesbehandlingen.⁷

Inden moderniseringen var lungefunktionsundersøgelse en selvstændig ydelse. Efter moderniseringen indgår lungefunktionsundersøgelse som en integreret del af allergiudredningen og behandlingen.

⁶ Der er med moderniseringen af pædiatri pr. 1. januar 2017 indført allergiudrednings- og vaccinationsydelser på linje med forløbene for lungemedicin. Før moderniseringen blev allergivaccinationerne afregnet som konsultationsydelser.

⁷ Omfanget i almen praksis er ikke kendt, da ydelserne afregnes som konsultationsydelser.

Der skal i planperioden følges op på udviklingen i regionens udgifter pr. patient i forhold til allergiforløb med henblik på at vurdere udnyttelsen af ressourcerne efter moderniseringen.

Kardiologi

Kardiologi er et apparaturtungt speciale, hvor den teknologiske udvikling har medført mere omfattende ultralydsundersøgelser og forbedret diagnostik. Der er tale om et speciale med stor aktivitet og mange patienter, og der arbejdes på hospitalerne med forskellige tiltag for at forbedre udnyttelsen af den eksisterende kapacitet.

En række kardiologiske speciallægepraksis deltager i udredning af hjertepatienter/hjertepakkeforløbene, og der har såvel i speciallægepraksis som på hospitalerne været en stigning i antallet af udførte ekkokardiografier. Sundhedsstyrelsen besluttede i 2017 at udfase pakkeforløbene på hjerteområdet og i stedet lave nye anbefalinger for det tværfaglige forløb for patienter med hjertesygdom - fra patienten oplever symptomer og går til egen læge, til behandling og den efterfølgende opfølgning med bl.a. rehabilitering og palliation. Anbefalingerne erstatter de tidligere hjertepakker, men er også bredere og adresserer de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløb. I 2017 udarbejder Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme, der skal erstatte hjertepakkerne. Anbefalingerne er bredere i indhold end hjertepakkerne, idet de også skal adressere de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløbet, herunder forløbet i almen praksis og kommunerne.

Ændringer ~~nen af hjertepakkerne~~ skal i planperioden følges, herunder om de nye anbefalinger vil få indflydelse på den diagnostiske kapacitet inden for specialet.

Gastroenterologi

Både speciallæger i medicinsk gastroenterologi og speciallæger i kirurgi udfører i henhold til speciallægeoverenskomsten endoskopier, dvs. koloskopier, sigmoideskopier og gastroskopier.

Der har de senere år været en stigende efterspørgsel på koloskopier i såvel speciallægepraksis og på hospitalerne som følge af bl.a. pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm samt implementering af screening for tarmkræft.

Antallet af udførte koloskopier er steget med 15,6 % i speciallægepraksis og med 68 % på hospitalerne fra 2013 – 2015.

Der er en øget gastroenterologisk aktivitet i såvel speciallægepraksis som på hospitalerne. Et stigende antal patienter fra almen praksis inden for funktionelle mave-tarm lidelser som fx funktionel dyspepsi, irritable tyktarm og reflux henvises. Der har også været en stigning i antallet af udførte sigmoideskopier.

For at aflaste hospitalerne har regionen - som det fremgår af afsnit 3.3.4. - indgået en aftale med FAPS om hospitalernes mulighed for at viderehenvise patienter, der skal udredes ved koloskopi som led i et kræftpakkeforløb, samt en aftale om viderehenvvisning af øvrige skopier (ikke

kræftpakkepatienter), herunder gastroskopier, sigmoideskopier, koloskopier og polypkontroller.

4.2.3 Psykiatri

Moderniseringen af psykiatri havde virkning fra 1. juni 2015. Hensigten med moderniseringen var, at der indføres udrednings- og behandlingsforløb i speciallægepraksis, og at der med de mere fokuserede patientforløb behandles 10 procent flere patienter.

Der er i moderniseringen indlagt en incitamentsstruktur i forhold til at afslutte behandlingsforløb, da speciallægen honoreres for at afslutte patientforløb og dermed skabe plads til nye patienter i speciallægepraksis. Hensigten er, at den praktiserende læge vil kunne henvise patienter til en specialistvurdering med kortere ventetid.

Der er indlagt en forventning om, at stabile patienter vil kunne håndteres i almen praksis efter aftale mellem den praktiserende læge og speciallægen med henblik på fortsat medicinering eller kontrol i henhold til en behandlingsplan.

Der er indlagt en betingelse om, at andelen af patienter med behov for fortsat behandling maksimalt må udgøre 10 % af de patienter, der behandles hos speciallægen målt ud fra antallet af førstekonsultationer.

Moderniseringen har ikke efter det første år haft den tiltænkte effekt, da der i 2016 er blevet behandlet 616 færre patienter end året før. Derudover tegner der sig et billede af, at patientforløbene er blevet dyrere med den nye struktur, da udgiften pr. patient er steget med 380,47 kr. fra 2015 til 2016.

Der skal i planperioden laves en opgørelse af antal 1. konsultationer og antallet af patienter i § 66 aftaler med henblik på at vurdere, om der efter 2⁸ år er behandlet 10 % flere patienter som tilsigtet i moderniseringen.

Derudover skal der i planperioden laves en opgørelse over antal patienter, der afsluttes hos speciallægen, og efterfølgende starter op i et nyt forløb hos speciallægen. Ligeledes skal der laves en analyse af, om almen praksis får tilsendt fyldestgørende behandlingsplaner i epikriser fra psykiatere vedr. patienter, som skal fortsætte i almen praksis med henblik på vedligeholdelsesbehandling. Behandlingsplanerne skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer og medikamentelle vejledninger.

I planperioden skal der endvidere foretages en opgørelse af, hvorvidt der henvises mere end 10 % af patienterne til fortsat behandling.

⁸ Overenskomstens parter har aftalt en 2 årig implementeringsperiode. Herefter vil overenskomstens parter følge op på den nye struktur.

4.2.4 Børne- og ungdomspsykiatri

Børne- og ungdomspsykiatrien behandlede i 2015 1.494 patienter.

Patientgruppen i speciallægepraksis udgør ca. 2-3 % af den samlede patientgruppe, som varetages i børne- og ungdomspsykiatrien. Specialet udgør dermed et mindre supplement til kapaciteten på hospitalerne. Hospitalsafdelingerne varetager dog også specialiserede funktioner, og det vides ikke, hvor stor en andel behandlingerne i speciallægepraksis udgør af det samlede antal behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Moderniseringen af børne- og ungdomspsykiatrien havde virkning fra 1. oktober 2015. Hensigten er, at moderniseringen skal medføre en produktivitetsgevinst på 3 mio. kr. årligt, som skal anvendes til at behandle 10 % flere patienter inden for specialet.

Udviklingen i antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien fra 2015-2016 var ca. 6 % procent, og i 2016 blev der behandlet 87 flere patienter end året forinden. Dette er i tråd med hensigten med moderniseringen. Der skal i planperioden fortsat følges op på, om der behandles flere patienter inden for specialet som aftalt mellem overenskomstens parter ved moderniseringen. Der ses desuden en stigning i udgiften pr. patient på 545 kr. fra 2015-2016.

Patienter i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis afsluttes nu med en ydelse samt en registreringskode med henvisning til, om patienterne afsluttes til hospital, henvisende læge, sociale samarbejdspartnere eller uden henvisning til andre sundhedspersoner. Hensigten er, at flere patienter kan afsluttes til at blive fulgt i almen praksis frem for lange forløb i speciallægepraksis.

De fleste patienter afsluttes efter forløb i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis til den henvisende praktiserende læge eller afsluttes uden henvisning til andre sundhedspersoner.

Tilbuddet i speciallægepraksis vurderes som et godt supplement på hoved-funktionsniveau til kapaciteten i hospitalspsykiatrien for børn over 4 år uden behov for specialiseret, tværfaglig indsats.

4.3 Øvrige specialer som udgør et mindre supplement til hospitalerne

I det følgende gennemgås mindre praksisspecialer, hvor meget af det, der foregår i speciallægepraksis, også foregår på hospitalerne, og hvor kapaciteten i speciallægepraksis udgør et mindre supplement til hospitalernes kapacitet.

4.3.1 Pædiatri

I pædiatrisk speciallægepraksis varetages mange af de samme opgaver som i ambulatoriet på en almen pædiatrisk afdeling på hovedfunktionsniveau. Det gælder primært opgaver indenfor allergiske lidelser, astma og lungelidelser, mave- og tarmlidelser, urinvejslidelser, adfærdsproblemstillinger og udviklingsforstyrrelser hos børn.

Pædiatrisk speciallægepraksis er moderniseret pr. 1. januar 2017. Det er hensigten at moderniseringen af specialet skal medføre en årlig produktivtetsgevinst på 3,2 mio. kr., som skal anvendes til at behandle flere patienter.

Der skal i planperioden derfor følges op på udviklingen i antallet af patienter, som årligt behandles i pædiatrisk speciallægepraksis med henblik på at vurdere, om der er behandlet flere patienter inden for specialet.

Der er med moderniseringen desuden defineret et forløb for allergiudredning og – behandling. Der skal i planperioden følges op på, hvor meget varetagelsen af udredning og behandling af allergiske lidelser udgør af de samlede behandlinger i pædiatrisk speciallægepraksis.

Derudover er der, som beskrevet i kapitel. 4.2.3. indgået en rammeaftale med pædiaterne om udredning og behandling af børn og unge med ADHD. Der følges løbende op på, om pædiaterne overholder aftalens betingelser.

4.4. Konklusion

Det anbefales:

- *At der i planperioden følges op på moderniseringer af specialer mhp. at sikre den ønskede udvikling og opgaveløsning.*

5. Speciallægepraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Det sker, når den enkelte patient er i centrum for behandlingen og oplever, at der er koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er enige om at understøtte udviklingen af speciallægepraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at speciallægepraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Opfølgning og overgange mellem speciallægepraksis og de øvrige sundhedsaktører skal således i fokus. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis og de øvrige sundhedsaktører, der har opgaver relateret til speciallægernes patientgrupper.

Desuden er parterne bag praksisplanen enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne, således at patienternes ønsker, muligheder og rammer også fremadrettet er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb.

Målsætninger

- *At speciallægepraksis arbejder for at fremme et aktivt samarbejde med patienten*
- *At kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitaler m.fl. videreudvikles og understøttes bl.a. med fokus på indsatser, der kvalificerer praktiserende lægers henvisninger og speciallægers epikriser.*
- *At sikre at speciallægerne indgår i et effektivt samspil med øvrige sundhedstilbud/behandlere.*

5.1 Patienten og pårørende er vigtige samarbejdspartnere

Patienterne og pårørende er vigtige samarbejdspartnere og ressourcer i sundhedsvæsenet. De skal opleve, at deres behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Det er væsentligt, at patienterne oplever at være velinformerede og medbestemmende om eget forløb, da det øger deres motivation for at følge en behandlingsplan.

Regionen har en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af evne til at mestre eget forløb.

Patienterne har forskellige ønsker og ressourcer i forhold til at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, tage højde for patienternes samlede livssituation, herunder eventuelt begrænsende forudsætninger for at deltage i fælles beslutningstagning. Det øger patienternes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen.

Parterne er enige om, at der i planperioden skal arbejdes videre med fortsat at sikre fokus på patient- og brugerinddragelse, så regionens værdier på området sikres efterlevet i videst muligt omfang.

Anbefaling:

- *At speciallæger deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende*

5.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af speciallægepraksis

Samarbejdet med patienter og pårørende om den enkelte patients forløb kan også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages, når sundhedstilbud tilrettelægges og evalueres. Region Hovedstaden inviterer patienter og pårørende til at være med til at forme fremtidens sundhedsvæsen. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget (PIU) og Regionshandicaprådet (RHR) deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelse af denne praksisplan. Endvidere er der på regionens hospitaler uddannet patientrepræsentanter, som deltager i centrale beslutningsfora.

Enheden for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS) gennemførte i 2017 den anden landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i speciallægepraksis. Det primære formål med undersøgelsen er at give den enkelte speciallæge et værktøj til at arbejde med den patientoplevede kvalitet i egen praksis. Undersøgelsen viste, at patienterne oplever, at speciallægen er god til at inddrage patienten, når der skal tages beslutninger, der har betydning for den enkelte.

eKVIS patienttilfredsundersøgelse viser desuden, at den samlede patienttilfredshed i Region Hovedstaden er høj. Kun 2 % af patienterne vil ikke anbefale den besøgte klinik til andre. Det samme høje niveau gælder patienternes tillid til, at de har modtaget den rette behandling og tilfredsheden med besøget generelt. For patienterne er undersøgelse og behandling temaet med den største betydning for den samlede vurdering af patientoplevet kvalitet. Den laveste tilfredshed i forhold til undersøgelse og behandling vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt speciallægen var god til at informere om fordele og ulemper ved behandlingen. Her svarede 81 % i meget høj grad eller i høj grad.

Fremadrettet bliver den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse erstattet af projekter, hvor der anvendes patientrapporterede oplysninger (patientrapporteret outcome - PRO).

Alle speciallægeklinikker skal informere patienter og pårørende om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser, eksempelvis ved pjece i venteværelse eller information på hjemmeside.

Det anbefales:

- *At speciallægerne i egen klinik følger op på resultater af eKVIS patienttilfredshedsundersøgelse.*

5.3 Henvisninger og epikriser

Henvisninger og epikriser er vigtige redskaber til at sikre, at den rette information om patienten bliver bragt videre, og at patienterne og deres pårørende føler sig sikre i overgange.

Kommunikationen mellem speciallæger, almen praksis og hospital foregår elektronisk via MedCom-standarder. Der sendes henvisninger fra praktiserende læge til speciallæge, og fra speciallæge sendes epikriser efter endt udrednings- og/eller behandlingsforløb til almen praksis. Kommunikationen kan løbende suppleres med korrespondancemeddelelser om patienternes behandling og tilstand. MedCom-standarderne understøtter sikker kommunikation.

For at understøtte det samlede patientforløb skal speciallægepraksis være klar til at gå i dialog med andre ydergrupper i praksissektoren inden for de specialer, hvor det er meningsfuldt. Det kan fx være i forbindelse med komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem reumatologer og fysioterapeuter samt kiropraktorer kan være relevant. Desuden kan samarbejde mellem psykiatere, almen praksis og psykologer være relevant i behandlingsforløb for patienter med angst og depression.

5.3.1 Kommunikation mellem almen praksis og speciallæger

Patienter i speciallægepraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis.

En god henvisning fra almen praksis giver et kort oplæg med relevant problemstilling med en kort anamnese(sygehistorie) samt vigtigste fund, samt hvad der ønskes behandlet/vurderet. Desuden informeres om evt. medicinforbrug og hvad der er sagt til patienten. Dermed får speciallægen et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling.

En henvisning hos speciallægen er gyldig til et fastsat antal konsultationer, eller til patientforløbet er afsluttet. Ved afsluttet patientforløb skal speciallægen give den henvisende læge skriftlig besked herom via epikrisen.

For fremadrettet at understøtte både den tekniske og den indholdsmæssige del af de elektroniske henvisninger i planperioden er parterne enige om, at der skal tages initiativer til at optimere henvisningsprocesser, herunder udbredelse af dynamiske henvisninger. I regi af eKVIS er der i forbindelse med akkrediteringsarbejdet fokus på kvaliteten af bl.a. henvisninger.

5.3.2 Kommunikation mellem speciallæger og hospital

Der er etableret central visitation (CVI), som modtager og fordeler alle henvisninger fra speciallægepraksis og almen praksis til hospitalsafdelingerne. Desuden kan CVI formidle kontakt til en anden læge/personale på den modtagende afdeling ved behov. Dermed er CVI et godt redskab til at sikre effektive patientforløb og eliminere fejlhenvisninger.

Der er også oprettet en Psykiatrisk CVI (PCVI), der modtager alle henvisninger inden for voksenpsykiatrien. Formålet med Den Centrale Visitation (CVI) er at sikre lige adgang til behandling for alle patienter samt at sikre, at henviste patienter får tilbudt det rette behandlingsforløb.

For praktiserende speciallæger, der har opfølgende behandlingsopgaver over for patienter, der har været i behandling på et af regionens hospitaler, er det centralt, at der sendes epikrise til speciallægepraksis med relevant og nødvendig information.

Dette er i overensstemmelse med overenskomstens krav om, at praktiserende speciallæger meddeler den henvisende læge skriftligt, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet. Speciallægen skal angive resultatet af undersøgelse og/eller behandlingen, eventuelt med rådgivning for den fremtidige behandling (Overenskomst om speciallægehjælp, § 27, stk. 1).

Det er vigtigt, at oplysningerne præsenteres på en overskuelig og struktureret måde for både afsender og modtager, og at der er enighed om, at der i den kommende planperiode arbejdes med at skærpe henvisning/epikrise, så de mest relevante oplysninger fremstår klart og tydeligt for modtager. Desuden er parterne enige om, at der kan udarbejdes audits på udvalgte specialer for at undersøge kvaliteten af epikriser og henvisninger, hvis det aftales mellem parterne.

5.3.3 Samarbejdsfora vedr. speciallægepraksis

Når det findes relevant af enten samarbejdsudvalg eller implementeringsgruppen for speciallægepraksisplanen, kan der ad hoc nedsættes samarbejdsfora. Samarbejdsfora består af en praktiserende speciallæge og en speciallæge fra hospitalsvæsenet, herudover kan en alment praktiserende læge indgå, i det omfang det er relevant.

Formålet med samarbejdsfora er at samarbejde hurtigt og effektivt om konkrete opgaver og at skitsere de kvalitativt bedste patientforløb i forhold til det samlede sundhedsvæsen, hvor patientforløb involverer speciallægepraksis.

Det anbefales:

- *At der tages initiativer for at optimere henvisningsprocessen, herunder udbredelse af dynamiske henvisninger*
- *At der arbejdes for, at det vigtigste, og det der kræver handling, placeres først i henvisninger og epikriser, så det giver velinformeret grundlag for det videre behandlingsforløb*
- *At der udarbejdes audits på udvalgte specialer ved behov for at bedre kvaliteten af epikriser og henvisninger.*

5.4 Samarbejde mellem almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger

Relationen mellem den praktiserende læge, hospitalernes speciallæger og praktiserende speciallæge er i mange tilfælde en væsentlig faktor for et godt samarbejde. I de tilfælde, hvor den praktiserende læge og speciallægen har en fortløbende dialog om patienter, vil det kunne afspejle sig i patientens muligheder for hurtigt udredningsforløb, når dette er påkrævet.

Udviklingen i relationen mellem alment praktiserende læger og speciallæger kan fx ske gennem fællesmøder om relevante emner. Fx afholdes der indenfor gynækologien løbende fælles møder på hospitalerne med deltagelse af såvel speciallæger, almen praksis og hospitalslæger. Erfaringer herfra kan med fordel udbredes til andre specialer. Derudover kan der afholdes lokale efteruddannelsesmøder mellem speciallæger og praktiserende læger og andre ydergrupper om konkret samarbejde, patientgrupper m.v., som vil øge videndeling i forhold til fælles patientgrupper.

For at undgå dobbeltundersøgelser (unødvendige gentagelser af diagnostiske undersøgelser) er det relevant, at der løbende er dialog og samarbejde mellem speciallæger og hospitaler. Eksempelvis er det vigtigt at sikre, at de udførte røntgenundersøgelser i videst muligt omfang kan genbruges / udveksles sektorerne imellem.

I planperioden anbefales:

- *At der planlægges fælles kursusaktivitet mellem speciallæger og praktiserende læger mhp. fælles læring og samarbejde om specifikke patientgrupper, fx på det radiologiske område og på laboratorieområdet*

5.5 Pakkeforløb

De nationale pakkeforløb har til formål hurtigt at be- eller afkræfte mistanke om kræft, ~~og hjertesygdom~~⁹. De dækker hele patientforløbet fra udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløb er kendetegnet ved at være multidisciplinært organiseret og kan involvere flere sektorer, afdelinger og specialer både på hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau. I udvalgte pakkeforløb kan den almen praktiserende læge henvise til praktiserende speciallæge med henblik på nærmere udredning af symptomer. Praktiserende speciallæge afklarer, om der er tale om begrundet mistanke om kræft og henviser evt. videre til specialiseret hospitalsafdeling og hermed til kræftpakke.

Speciallægepraksis kan være indgang for disse pakkeforløb:

- Hoved-halskræft - speciallæger foretager udredningsforløb
- Kræft i tyk- og endetarm – speciallæger foretager udredningsforløb
- Modermærkekræft – speciallæger foretager udredningsforløb
- Livmoderhalskræft - speciallæger afklarer, om der er tale om kræft
- Analkræft – speciallæger afklarer, om der er tale om kræft
- Peniskræft – speciallæger afklarer, om der er tale om kræft
- Prostatacancer – speciallæger afklarer om der er tale om kræft
- Kræft i øjne og orbita – speciallæger er indgang til pakkeforløb
- ~~Patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdom – speciallæger afklarer, hvorvidt der er begrundet mistanke om hjertesvigt, hjerteklapsygdom eller hjertekrampe~~

Pakkeforløb giver anledning til at indtænke speciallægepraksis i situationer, hvor der er behov for ekstra kapacitet. Et eksempel på dette er diagnostiske kræftpakkeskopier og kontrolkoloskopier, hvor der er indgået lokalaftaler, som giver hospitalerne mulighed for at henvise patienter direkte til speciallægepraksis.

I forbindelse med pakkeforløb er der udarbejdet en pakkehenvisning/dynamisk henvisning. Pakkehenvisningen er en henvisning, hvor den henvisende læge får præsenteret en huskeliste for henvisningens indhold. Formålet med pakkehenvisningen/den dynamiske henvisning er at lette arbejdsgangen for den praktiserende læge eller speciallæge samt sikre en hurtigere visitationsproces på hospitalet, idet funktionen også sikrer, at henvisningen altid når frem til rette modtager.

Det anbefales:

- *At der arbejdes for, -at speciallægenes brug af pakkehenvisninger udvikles, så speciallægenes kompetencer benyttes i alle relevante pakkeforløb*

⁹ ~~Der findes i alt 29 pakkeforløb på kræftområdet og 3 pakkeforløb for hjerteområdet. De sidstnævnte ophører ved færdigregistrering af patienter for 4. kvartal 2016. Sundhedsstyrelsen vil i 2017 igangsætte arbejdet med faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdomme, som kommer til at erstatte hjertepakkeforløbene.~~

5.6 Speciallægers rolle i forløbsprogrammer

Ca. en tredjedel af befolkningen i Danmark lever med én eller flere kroniske sygdomme. Patienter med én eller flere kroniske sygdomme er ofte kendetegnet ved hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og længerevarende patientforløb. Speciallægerne har – sammen med hospitaler og resten af praksissektoren samt kommuner - en vigtig rolle i at sikre, at patienter med forløb på tværs af sektorer, også sikres optimale og sammenhængende forløb. Et vigtigt fokusområde vil være at sikre større sammenhæng i behandlingen af disse patienter, herunder patienter med psykiske lidelser.

I Region Hovedstaden er der udviklet forløbsprogram for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), demens, hjerte-kar og lænde-ryg lidelser. Forløbsprogrammerne beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for en given sygdom. Forløbsprogrammet skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats og levere en præcis beskrivelse af opgavefordelingen samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter, herunder speciallæger.

Speciallægenes rolle i forløbsprogrammer varierer. For alle programmerne gælder, at speciallægepraksis kan have del i det opsporende arbejde, fx opsporing af patienter med demens i neurologisk eller psykiatrisk speciallægepraksis. Derudover kan speciallæger have opgaver i udrednings- og behandlingsarbejdet, fx er praktiserende speciallæger i reumatologi tiltænkt en behandlende rolle i forløbsprogrammet for lænde-ryg lidelser. Forløbsprogrammet skal revideres, og det forventes, at speciallæger indgår i denne revision.

Der pågår et nationalt arbejde med at udarbejde forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, som på sigt skal implementeres i regionerne. Når det bliver aktuelt, bør speciallæger inddrages i arbejdet.

I Region Hovedstadens sundhedsaftale 2015-2018 [er blev](#) det aftalt, at der skal træffes beslutning om at udarbejde et forløbsprogram for personer med psykiske lidelser. Såfremt arbejdet iværksættes, vil det være relevant, at speciallægerne indgår i arbejdet.

Det anbefales:

- *At speciallægerne gennem deltagelse i arbejdsgrupper bidrager til udarbejdelse, implementering og anvendelse af forløbsprogrammer*

5.7 Tværsektoriel kommunikation

Tværsektoriel kommunikation er en af forudsætningerne for at kunne opnå bedre samarbejde på tværs, og det tværfaglige samarbejde er netop en af målene for at sikre en høj og ensartet kvalitet.

I dag foregår elektronisk tværsektoriel kommunikation mellem hospitaler og praktiserende læger og praktiserende speciallæger via MedCom-standarder. Det drejer sig blandt andet om korrespondancemeddelelserne, FMK, henvisninger og epikriser.

Sundhedsplatformen er en digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal på hospitalerne.

Sundhedsplatformen indeholder en funktionalitet, som giver mulighed for deling af oplysninger om fælles patienter på tværs af sektorerne. På sigt er der mulighed for, at praksissektoren også anvender Sundhedsplatformen.

Parterne bag praksisplanen er enige om, at det it-mæssige område skal udvikles i takt med nye teknologiske metoder og systemer, så speciallægerne hele tiden er opdateret og følger den nyeste udvikling på området. Det er vigtigt, at speciallægerne følger implementeringen af Sundhedsplatformen og benytter de muligheder, Sundhedsplatformen giver for bedre tværsektoriel kommunikation.

Speciallæger og andre af regionens praktiserende ydere har mulighed for at søge rådgivning og vejledning om it hos datakonsulentfunktionen. Her gives bl.a. support ifm. Fælles Medicinkort (FMK).

God og stabil kommunikation på tværs af sektorer er vigtig i forhold til at styrke samarbejdet med speciallægepraksis, hospitaler og andre sundhedsaktører. I henhold til overenskomsten skal alle speciallægepraksis anvende fælles medicinkort (FMK).

Styrkelse af den tværsektorielle kommunikation er i fokus i overenskomstaftalen 2018-2022, hvori det indgår, at der i overenskomstperioden nedsættes en arbejdsgruppe, som skal se på mulighederne for at skabe de mest optimale rammer for at tilgå data i konkrete behandlingsforløb.

Det anbefales:

- *At fortsat udvikle den tværsektorielle kommunikation i takt med, at nye it-løsninger udvikles.*

5.8 Telemedicinske løsninger

Telemedicinske løsninger vinder frem i forhold til at understøtte udredning og behandling indenfor en række medicinske specialer. Trods en hastig udvikling af teknologien er muligheder og begrænsninger indenfor det telemedicinske område kun sparsomt afprøvet og dokumenteret.

Telemedicin kan byde på fordele for nogle patienter, såsom optimeret visitation, forenklede patientforløb og forkortet sygdomsforløb og heraf øget patienttilfredshed. Samtidig kan telemedicinske løsninger også have uddannelsesmæssige aspekter, idet fx de alment praktiserende læger ser et element af efteruddannelse i svaret fra dermatologen. Endvidere frembyder telemedicin en mulighed for koordinering af og kontinuitet i patientforløb mellem hospital og den primære sundhedssektor.

I Region Hovedstaden blev der i 2013 arbejdet med et projekt indenfor teledermatologi. Resultatet viste, at flere fandt muligheden for teledermatologisk rådgivning nyttig og lærerig, mens enkelte praksis ikke fandt behov for rådgivning fra en dermatolog. Med modernisering af specialt dermatovenerologi er der også taget højde for den teknologiske udvikling af specialt. I den sammenhæng er det aftalt, at teledermatologi indføres som en almindelig ydelse i overenskomsten.

Telemedicinske løsninger kan således være med til at skabe et godt udgangspunkt for samarbejde mellem alment praktiserende læger og speciallæger indenfor flere specialer. Aftaleparterne er derfor enige om, at der i planperioden skal arbejdes med at understøtte behandling via telemedicin indenfor specialer, hvor det giver mening for patienten i form af forkortet ventetid og færre konsultationer, samtidig med at kvaliteten i behandlingen opretholdes.

Det anbefales:

- *At der i planperioden bygges videre på hidtidige erfaringer med telemedicinske projekter*

6. Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis

I planperioden er målet fortsat at sikre fremdrift i arbejdet med at udvikle og understøtte høj kvalitet i speciallægepraksis. Kvalitetsudvikling omfatter alle aktiviteter og metoder, hvormed speciallægerne og Region Hovedstaden systematisk og målrettet søger at sikre høj kvalitet.

Der arbejdes med at implementere Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis. Samtidig er der gennemført moderniseringer af flere specialer. De indsatser, der arbejdes med i planperioden, vil være i overensstemmelse med og supplere, hvad der arbejdes med på centralt niveau.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i speciallægepraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Målsætninger

- *At speciallæger arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling i regi af Den Danske Kvalitetsmodel.*
- *At der vedvarende er fokus på faglig kvalitetsudvikling ved brug af relevante nationale kliniske databaser og gældende faglige retningslinjer.*
- *At der fortsat er fokus på speciallægers deltagelse i relevante forløbsprogrammer og pakkeforløb.*
- *At moderniseringsarbejdet følges med henblik på afdækning af behov for at understøtte det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde, herunder at fremme efteruddannelsesforløb.*
- *At der følges op på resultaterne fra den nationale undersøgelse af den patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis.*

6.1 Rammer for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet¹⁰ og Overenskomst om speciallægehjælp danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I regi af overenskomstens parter er der udarbejdet et afsnit om kvalitet og faglig udvikling, som indeholder beskrivelse af speciallægernes ret til efteruddannelse, arbejdet i regi af eKVIS, akkreditering i speciallægepraksis og patientoplevet kvalitet samt rapportering til nationale kliniske kvalitetsdatabaser.

¹⁰ Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis

- regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

6.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Formålet med regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet er at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 12: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- ”Kvalitetscirklen” benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

6.2 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for speciallægepraksis

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) implementeres i speciallægepraksis i indeværende overenskomstperiode. Formålet med DDKM er, at:

- fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis
- fremme patientsikkerheden
- måle kvaliteten og sikre, at den forbedres, hvor den findes utilstrækkelig
- fremme samarbejdet på tværs af det danske sundhedsvæsen
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

I 2015 blev arbejdet med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis påbegyndt. I løbet af 3 år skal alle speciallæger akkrediteres efter denne model. Den primære understøttelse sker i regi af eKVIS.

Den Danske Kvalitetsmodel for speciallæger består af 16 standarder for god kvalitet. Standarderne skal opfattes som en ramme, som hver speciallægeklinik er med til at udfylde. Standarderne fortæller således ikke, hvordan klinikken skal håndtere opgaver/procedurer, men peger på de områder, hvor der skal arbejdes med kvaliteten.

Standarderne består af en overordnet beskrivelse og et formål med at arbejde med standarden. Herefter kommer en beskrivelse af indholdet, og hvilke krav der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden i den enkelte speciallægeklinik. Endelig indeholder den enkelte standard indikatorer, der beskriver det, de eksterne surveyors vil vurdere klinikken på i forbindelse med et survey. Akkrediteringsstandarderne tager udgangspunkt i gældende lovgivning, bekendtgørelser, overenskomst m.v.

I forbindelse med survey-besøget vil surveyerne:

- Undersøge, om der foreligger skriftlige retningslinjer og planer for de krævede områder, og om de indeholder de krav, der er beskrevet i standarderne.
- Undersøge, om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale følger de retningslinjer og planer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- Undersøge, om der er procedurer for forskellige arbejdsgange, og om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale kender og følger de procedurer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- Undersøge, om klinikken har målt kvaliteten ved at gennemføre journalaudit, kontrol af apparatur mv., og om klinikken har handlet, hvis der har vist sig områder, hvor kvaliteten ikke er god nok.
- Sammen med lægen gennemgå konkrete patientforløb for herigennem at evaluere kvaliteten.

Der er ultimo januar 2017 gennemført eksterne surveys i Region Hovedstaden, og 155 har været behandlet i akkrediteringsnævnet. Resultatet heraf er, at 102 praksis umiddelbart er blevet akkrediteret, 46 midlertidigt akkrediteret og i 7 praksis pågår der akkreditering. 'Midlertidig akkreditering' eller at 'akkreditering pågår' betyder, at klinikken kan rette op på eventuelle mangler og gennemgå en ny vurdering. Dette kan ske ved indsendelse af dokumentation, telefoninterview eller ved genbesøg.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på de offentlige hospitaler, hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet'. Det er mellem overenskomstens parter aftalt, at akkrediteringen fortsætter i speciallægepraksis i en anden runde for at sikre, at de værktøjer og metoder, der er indført til brug for kvalitetsudvikling forankres. Der vil i den kommende overenskomstperiode på landsplan blive arbejdet med udvikling af en ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis, som kan afløse akkrediteringen, og som peger frem mod de otte nationale kvalitetsmål.

Det anbefales:

- *At akkreditering af speciallægepraksis og udvikling af ny kvalitetsmodel følges tæt med henblik på at igangsætte initiativer ved behov.*

6.3 Patientsikkerhed i speciallægepraksis

Arbejdet i patientsikkerhedsorganisationen fokuserer på at systematisere arbejdet med patientsikkerhed og sikre læring af de utilsigtede hændelser. I Den Danske Kvalitetsmodel indgår arbejdet med en række patientsikkerhedskritiske standarder. Det drejer sig om bedøvelse af patienter uden anæstesiologisk medvirken, patientjournalen, patientidentifikation, parakliniske undersøgelser og basal hjerte-lungeredning. Arbejdet med og opfyldelsen af disse standarder er afgørende for, om speciallægeklinikkerne kan blive akkrediteret.

Speciallæger har siden 2010 haft pligt til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Der skal rapporteres UTH, som speciallægen selv er impliceret i og hændelser, som speciallægen bliver opmærksom på hos andre – f.eks. i forbindelse med sektorovergange. Der lægges vægt på, at rapporteringssystemet er fortroligt og ikke sanktionerende.

Af strategien for patientsikkerhed i praksissektoren fremgår det for så vidt angår speciallægerne:

- At der skal være etableret et formaliseret samarbejde med FAPS vedr. patientsikkerhed i speciallægepraksis
- At regionsadministrationen har samarbejdet med mindst 35 % af regionens praktiserende speciallæger om konkrete indrapporterede utilsigtede hændelser.

Samarbejdet med FAPS sker i regi af Patientsikkerhedsrådet for praksissektoren og kommuner, idet der deltager såvel en politisk udpeget som en fagligt udpeget speciallæge i rådets arbejde.

På nuværende tidspunkt har over 50 % af de praktiserende speciallæger været involveret i indrapporterede utilsigtede hændelser og indrapporteringerne er stadig stigende.

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Anbefalinger:

- *At rapporteringen af utilsigtede hændelser i speciallægepraksis følges i planperioden*

6.4 Kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser

En klinisk retningslinje har fokus på, hvad der anbefales fagligt ud fra evidens, mens patientforløbsbeskrivelser har fokus på det sammenhængende patientforløb - patientens vej gennem systemet.

Kliniske retningslinjer bruges i det daglige kliniske arbejde og giver konkret vejledning og beslutningsstøtte i forbindelse med behandlingen af den enkelte patient. Patientforløbsbeskrivelser beskriver et standardpatientforløb og planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet. Disse beskriver primært arbejdsdelingen mellem praktiserende læger og hospitaler, men vil i varierende grad være relevante for speciallægepraksis.

Der er allerede udarbejdet en række tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser, som er afstemt med de relevante sundhedsfaglige råd. Parterne bag praksisplanen er enige om, at der arbejdes videre med at afdække speciallægenes kendskab til og brug af patientforløbsbeskrivelserne i relevant omfang. Desuden skal speciallægerne løbende holde sig orienteret på sundhed.dk

Anbefalinger:

- *At der arbejdes med udvikling af patientforløbsbeskrivelser, som bl.a. skal sikre fokus på at undgå dobbeltundersøgelser.*
- *At der arbejdes på at øge speciallægenes kendskab til og brug af patientforløbsbeskrivelserne, bl.a. skal speciallægerne orientere sig på sundhed.dk.*

6.5 Datadrevet kvalitetsudvikling – indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser

Speciallægerne er ifølge overenskomsten forpligtet til at rapportere til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser. Hvilke databaser, der er relevante, afgøres i dialog mellem eKVIS og Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP). Rapporteringen understøttes af et system til dataopsamling og følges op af elektronisk feedback med egne data og aggregerede data til benchmark.

I speciallægepraksis er der fokus på datadrevet kvalitetsudvikling og der er indført en forpligtelse til at diagnosekode.

Systematisk brug af tidstro data og datadrevet forbedringsarbejde kan bruges til at forstå, hvordan speciallæger bedst leverer service eller forstå de fremtidige udfordringer fx i forhold til ny forskning og viden om behandling. Den egentlige værdi kommer, når informationerne ses i forhold til de organisatoriske og strategiske prioriteter og omsættes til operationel viden.

Patientens kliniske resultater kan ikke stå alene som mål for kvaliteten, idet individuelle forhold og medinddragelse af patienter nødvendigvis har en effekt på de kliniske indikatorer. Ensartethed i patienternes kliniske resultater er ikke i sig selv et mål og kan ikke i sig selv udgøre et mål for kvalitet.

Anbefaling:

- *At der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser*

Derudover afventes der i planperioden nationale tiltag på området datadrevet kvalitet.

6.6 Efteruddannelse

Overenskomsten om speciallægehjælp beskriver kravene til speciallægenes kontinuerlige efteruddannelsesforløb, der skal fastholde speciallægenes kompetence på et højt fagligt niveau.

Ifølge overenskomsten skal speciallægerne ”gennem en kontinuerlig efteruddannelse fastholde sin kompetence på et højt fagligt niveau”, (§57, stk. 1). Speciallægerne har ret til deltagelse i efteruddannelse i normalt 8 dage årligt og kan frem til næste overenskomstperiode deltage i yderligere to kompetencedage, der er reserveret til bl.a. arbejdet med kvalitet inden for en række områder, herunder akkreditering. Speciallægen er forpligtet til at anvende de to kompetencedage

regionalt, hvis der udbydes et kursus, der dækkes af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

Udover den mere traditionelle efteruddannelse er overenskomstens parter enige om, at en tættere dialog mellem sektorerne kan fremmes ved fælles læring og efteruddannelse af praktiserende speciallæger og hospitalsansatte overlæger og speciallæger. Dette kan ske gennem kurser eller læringsbesøg.

Anbefaling:

- *At der i planperioden fortsat arbejdes med efteruddannelsesforløb for speciallæger mhp. at fremme faglighed og kvalitet.*

Bilag - Ordforklaringsliste

I praksisplanen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

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.
Ledig kapacitet:	En ubesat kapacitet, der afventer at blive tildelt en speciallæge.
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 deltidspaksis 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. Forbrugstallene 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 lægehenvi- sning 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. Alle produktionstal er ekskl. sikringsgrupper.
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 fire planområder, som hver er indeholder en række planlægningsområder. I denne praksisplan fremgår Bornholm særskilt. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune.
Pendlerstatistik:	Pendlerstatistikken viser i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender speciallæger beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter, også benævnt unikke patienter.
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.