

## Oversigtsskema til høringsvar til praksisplan for speciallægehjælp 2019-2022

### Kapacitet (Kommentarer til kapitel 3)

Høringspart	Punkt	Høringsvar	Vurdering af høringsvar
Herlev og Gentofte Hospital		<p><u>Plastikkirurgisk afdeling:</u> De plastikkirurgiske hospitalsafdelinger er i stigende grad pressede bl.a. pga. en stigning i antallet af almindelig hudcancer og melanom på 5-10 % årligt. En del af denne kirurgi (ambulant kirurgi) – f.eks. non melanom behandling - kunne med fordel lægges i speciallægepraksis. Dermed kunne man beholde flere af de benigne operationer på hospitalsafdelingerne, hvilket også vil have et uddannelsesmæssigt perspektiv. De plastikkirurgiske hospitalsafdelinger vil derfor anbefale, at man øger kapaciteten i speciallægepraksis. Da der samtidig er en stor fastholdelses- og rekrutteringsudfordring i specialet pga. en meget markant bevægelse af plastikkirurgiske speciallæger til private klinikker/hospitaler, kan man med fordel oprette nogle flere deltidsydernumre, da de i så fald kan besættes af speciallæger, som fortsat arbejder på de offentlige hospitaler. På den måde undgår man at dræne hospitalsafdelingerne yderligere for speciallæger. Et alternativ er en assisterende lægeordning til de nuværende speciallægepraksisser.</p>	Regionsadministrationen vil i planperioden se nærmere på arbejdsdelingen imellem de praktiserende plastikkirurger og relevante hospitalsafdelinger.
		<p><u>Gastroenheden:</u> Afdelingen ønsker, at §64 aftalen om koloskopi fortsætter, da det er en betydelig aflastning af afdelingens endoskopikapacitet. Ordningen fungerer godt.</p>	Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning til ændring i planen
Rigshospitalet		<p><u>Kommentar fra Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling:</u> De plastikkirurgiske hospitalsafdelinger er i stigende grad pressede bl.a. pga. en stigning i antallet af almindelig hudcancer og melanom på 5-10 % årligt. En del af denne kirurgi (ambulant kirurgi) kunne med fordel lægges i speciallægepraksis. Det stigende antal cancerpatienter på de offentlige afdelinger øger antallet af patienter med benigne lidelser, som udvisiteres. Dette giver mange uddannelsesmæssige udfordringer, samt gør det sværere at fastholde og rekruttere plastikkirurgiske speciallæger på de offentlige afdelinger. Hvis speciallægepraksis kan behandle en større del af cancerpatienterne, kan man beholde flere af de benigne operationer på hospitalsafdelingerne.</p>	Regionsadministrationen vil i planperioden se nærmere på arbejdsdelingen imellem de praktiserende plastikkirurger og relevante hospitalsafdelinger.

		<p>Det vil formentlig være omkostningsneutralt eller muligvis give et overordnet positivt provenu. Dette må man selvfølgelig foretage en nøjagtig økonomisk analyse af.</p> <p>Anbefalingen fra klinikken er derfor, at man øger kapaciteten i speciallægepraksis. Da der samtidig er en stor fastholdelses- og rekrutteringsudfordring i specialet pga. en meget markant bevægelse af plastikkirurgiske speciallæger til private klinikker/hospitaler, kan man med fordel oprette nogle flere deltidsydernumre, da de i så fald kan besættes af speciallæger, som fortsat arbejder på de offentlige hospitaler. På den måde undgår man at dræne hospitalsafdelingerne yderligere for speciallæger. Et alternativ er en assisterende lægeordning til de nuværende speciallægepraksisser.</p>	
Allerød Kommune		<p>Allerød Kommune finder det positivt, at der i praksisplanen arbejdes på mere ensartet og geografisk fordeling af speciallægefunktionerne. Fx er der 7 enheder for børne-ungepsykiatrien i Region Hovedstaden og heraf 1 læge i planområde Nord.</p> <p>Allerød Kommune finder det positivt og vigtigt, at der arbejdes på og anbefales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i speciallægepraksis løbende følges gennem status for speciallægers tilmelding til og status i mærkeordningen "God Adgang"</li> <li>• At der arbejdes for at forbedre informationen til patienterne på praksisdeklarationen om fysisk såvel som telefonisk og elektronisk tilgængelighed i speciallægepraksis</li> <li>• At der følges op på den elektroniske og telefoniske tilgængelighed</li> </ul>	Taget til efterretning
Helsingør Kommune		<p>Seniorrådet:  Bedømt ud fra ventetidslængden og for at komme under en ventetid på 10 uger burde Helsingør Kommune have en ekstra øjenlægepraksis, en ekstra psykiatripraksis og en ekstra intern medicin praksis  Bedømt ud fra Helsingør Kommunes befolkningsandel af den samlede befolkning i Region Hovedstaden burde Helsingør Kommune have en speciallægepraksis i reumatologi og en ekstra speciallæge i psykiatri</p>	Samlet vurderes kapaciteten i speciallægepraksis at være tilstrækkelig. Der er dog regionale forskelle. Det fremgår af planens afsnit 3.3.2., at Samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis

			løbende vil arbejde på at sikre en mere ensartet geografisk fordeling.
		Bedømt ud fra de demografiske data i Helsingør Kommune burde der være handicapvenlige adgangsforhold i alle speciallægepraksis i Helsingør Kommune. Det anbefales, at alle specialepraksis i Helsingør Kommune tager i mod Region Hovedstadens tilbud om mærkeordningen "God Adgang". Der er ifølge Sundhed.dk en speciallægepraksis, der pt. har taget i mod tilbuddet.	Overenskomsten om speciallægehjælp fastlægger rammerne for speciallægenes forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til speciallægepraksis. Mærkningsordningen "God adgang" er frivillig for speciallægepraksis at deltage i.
Foreningen af Praktiserende Speciallæger		<p>Der er en fejl i tabel 9 i kapitel 3. Tallene for 2015, 2016 og 2017 er forkerte. Fejlen skyldes, at alle 1. konsultationer ikke er medtaget. Det drejer sig om ydelse 0111 og 0112 for specialet øjenlægehjælp og ydelse 0142 for specialet pædiatri.</p> <p>Det er aftalt mellem parterne (RLTN og Foreningen af Praktiserende Speciallæger), at de ovennævnte ydelser efter moderniseringen af specialerne skal medregnes i opgørelsen af 1. konsultationer. Det vil være meget uheldigt, hvis opgørelsen af 1. konsultationer ikke er ensartet.</p> <p>Det korrekte antal 1. konsultationer ved den valgte opgørelsesmetode fremgår af det vedhæftede datatræk "Antal nye patienter (1. konsultation)" fra Targit.</p> <p>Overenskomstens parter er dog enige om, at et bedre mål for aktiviteten i speciallægepraksis er antal 1. konsultationer og ikke som ovenfor unikke patienter, der modtager en 1. konsultation. Se vedhæftede datatræk "Parternes opgørelsesmetode" fra Targit.</p> <p>FAPS står naturligvis til rådighed for eventuelle spørgsmål til ovenstående.</p>	Tabellen er rettet på baggrund af kommentarerne.
PLO-Hovedstaden		PLO-Hovedstaden konstaterer generelt, at der er behov for yderligere speciallægekapaцитeter i Region Hovedstaden. Særligt på områder, hvor	Samlet vurderes kapaciteten i speciallægepraksis at være

		<p>ventetiden er meget lang. Det kan fx konstateres, at medianventetiden for øjenlæger og psykiatere (børn og unge samt voksen) er 12 uger.</p> <p>Med et hastigt voksende befolkningstal i Region Hovedstaden er det PLO-Hovedstadens opfordring, at der arbejdes målrettet med at skaffe flere speciallæger på ovenstående og flere af de øvrige områder, hvor ventetiden er meget lang.</p> <p>Udover "at der fortsat arbejdes for en geografisk hensigtsmæssig dækning med speciallægepraksis i Region Hovedstaden"</p> <p>Vi bemærker et øget antal patienter, der behandles, og de færre antal patientkontakter pr. behandlingsforløb. Det er vigtigt at understrege, at den tidligere afslutning af henviste patienter tilbage til almen praksis vil afspejle sig i et yderligere antal komplicerede konsultationer hos den praktiserende læge. Der er således tale om en udflytning af opgaver til almen praksis.</p>	<p>tilstrækkelig. Der er dog regionale forskelle. Det fremgår planens afsnit 3.3.2., at Samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis løbende arbejder på at sikre en mere ensartet geografisk fordeling.</p> <p>Region Hovedstaden har den største kapacitet i speciallægepraksis sammenlignet med de andre regioner.</p>
		<p>PLO-Hovedstaden ser med bekymring på indgåelse af aftale om, at 20 % af speciallægenes kapacitet er aftalt til løsning af hospitalsopgaver. Dette skyldes, at hospitalsopgaverne tilsvarende indskrænker kapaciteten i forhold til henvisning fra almen praksis, hvilket kan medføre øget ventetid på løsning af de problemstillinger, som bedst varetages i primærsektor. Det er u hensigtsmæssigt uden samtidig markant at øge speciallægekapa- citeten.</p>	<p>Det følger af overenskomsten, at regionen kan råde over op til 20 % af speciallægenes kapacitet. Af planen fremgår, at evt. aftaler nøje følges, herunder evt. utilsigtede virkninger.</p>
	<b>Afsnit 3.10</b>	<p>Større praksisfællesskaber har naturligt fordele, men udfordrer dog også hensynet til nærhed og ønsket om bedre geografisk fordeling af speciallæger, samtidig med at praksisfællesskaber, på tværs af ydergrupperne under samme tag, kun sjældent medfører mere faglig sparring end den, der kan opnås ved at kontakte hinanden telefonisk eller pr. e-korrespondance.</p>	<p>Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning ændring i planen.</p>
Patientinddragelsesudvalget		<p>PIU undrer sig over, at der i høringsudkastet står, at der ikke er behov for en udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis. Der står, at der vurderes ikke at være sket væsentlige ændringer i forudsætningerne siden praksisplanen 2013-17. Samtidigt er det anført, at antallet, der har fået behandling ved speciallæge</p>	<p>Tilrettelæggelse af kapaciteten i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med,</p>

	<p>er steget mindre end befolkningstilvæksten. Antallet, der har modtaget behandling ved speciallæge, ser vi dog ikke nødvendigvis som en direkte indikation på behovet for behandling ved speciallæge, men at det alene siger noget om det antal, der har opnået at modtage behandling i det offentlige system.</p> <p>Hvis man vil sammenligne med befolkningstilvæksten, ville det også være relevant at se på tilvæksten i særlige grupper i befolkningen, fx tilvæksten blandt børn og unge med psykiatriske diagnoser for børne- og ungdomspsykiatrien og tilvæksten blandt 65+-årige for øjenlæger. Behovet for adgang til øjenlæge for fx operation for grå stær, vurderer vi, vil påvirkes af antallet af ældre, da denne øjensygdom typisk forekommer blandt ældre. Den forventede tilvækst for 65+ borgere i region Hovedstaden er ud fra tal fra statistik-banken.dk på 4,6 % for 2018 til 2021. Dette bør medtages i kapacitetsplanlægningen i forhold til øjenlæger.</p> <p>Samtidigt bemærker vi i høringsudkastet, at der er ventetider på behandling ved speciallæge – og at der endog er meget store forskelle i ventetider afhængigt af speciale. Der er således en meget lang medianventetid på 12 uger for bl.a. øjenlæger.</p> <p>Det fremgår desuden af sundhed.dk, at der for ikke-akutte patienter er betydelige ventetider til konkrete øjenlægeklinikker på langt over den i høringsudkastet oplyste ventetid på 12 uger som median. Kilde: <a href="https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?Page=1&amp;Pagesize=50&amp;RegionId=1084&amp;MunicipalityId=0&amp;Sex=0&amp;AgeGroup=0&amp;InformationsUnderkategori=%C3%98jenl%C3%A6ge&amp;DisabilityFriendlyAccess=false&amp;EMailConsultation=false&amp;EMailAppointmentReservation=false&amp;EMailPrescriptionRenewal=false&amp;TakesNewPatients=false&amp;Name=%C3%B8jenl%C3%A6ge">https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/?Page=1&amp;Pagesize=50&amp;RegionId=1084&amp;MunicipalityId=0&amp;Sex=0&amp;AgeGroup=0&amp;InformationsUnderkategori=%C3%98jenl%C3%A6ge&amp;DisabilityFriendlyAccess=false&amp;EMailConsultation=false&amp;EMailAppointmentReservation=false&amp;EMailPrescriptionRenewal=false&amp;TakesNewPatients=false&amp;Name=%C3%B8jenl%C3%A6ge</a></p>	<p>hvorledes speciallægeressourcerne samlet set anvendes mest hensigtsmæssigt, hvor der indenfor flere specialer mangler speciallæger.</p> <p>Region Hovedstaden har den største kapacitet i speciallægepraksis sammenlignet med de andre regioner.</p> <p>Ved akutte henvendelser til speciallæger / hospitaler er der ikke ventetid.</p>
	<p>Det undrer derfor, at der ikke planlægges med at tilpasse kapaciteten på udvalgte specialer som øjenlæger og samtidigt nedbringe ventetiden for patienterne.</p> <p>PIU er vidende om, at ca. 40% af borgere med diagnosen Dissemineret sclerose ikke bliver tilset af neurologer pga. kapacitetsproblemer på scleroseklinikkerne. Det betyder at borgere med progressiv sclerose alene har kontakt med egen</p>	<p>Det fremgår af Sundhedsstyrelsen specialevejledning for neurologi, at behandling af multipel (dissemineret) sklerose er en</p>

		læge, hvorved følgesymptomer, sygdomsudvikling og opfølgning i forhold til sekundær forebyggelse og rehabilitering ikke bliver tilgodeset i tilstrækkelig grad. Disse patienters brug af speciallæger i neurologi er ikke synlige i udkast for praksisplan 2018-2021.	regionsfunktion og derfor ikke kan udføres i speciallægepraksis. Behandlingen af disse patienter ligger derfor udenfor rammerne af praksisplanen.
		Vi udelukker ikke, at der også er andre områder, hvor hospitalskapacitet ikke matcher udvikling i population, sygdomsudvikling og behandlingsmuligheder.	Praksisplanen fastlægger de overordnede rammer for speciallægers virke i henhold til overenskomsten
	<b>Afsnit 3.3 og 3.9</b>	PIU opfordrer derfor til, at der i afsnit 3.3. og 3.9. også formuleres anbefaling om at nedbringe ventetider på de mest pressede specialer (fx øjenlæge) og at tilpasse kapaciteten til et forventet stigende antal borgere med fokus på udvalgte specialer.	Ved akutte henvendelser til speciallægepraksis er der ikke ventetid. Der er i planen (afsnit 3.9) som nyt indskrevet en anbefaling om, at udviklingen i ventetider løbende drøftes af regionen og FAPS mhp. evt. tiltag.
		PIU er bekymret over, at der i høringsmaterialet ikke forsøges foretaget en sammenligning mellem borgernes reelle behov for speciallægeydelser. Det fremgår af tabel 12, at regionen har det laveste antal borgere pr. kapacitet, og at bruttohonoraret til gengæld er landets højeste. Det fremgår ikke direkte af høringsmaterialet, om man har overvejelser i retning af, om det er de patienter med størst behov, der dels kommer hos speciallægerne eller om der er tale om, at nogen patienter får flere ydelser end deres tilstand rent faktisk kræver.	Almen praksis bør henvise patienter til behandling i speciallægepraksis på baggrund af et konstateret lægefagligt behov. Ved konstaterede udfordringer drøfter regionen disse udfordringer med FAPS og/eller PLO-H.
		PIU's bekymring knytter sig til betragtninger over social 'negativ' ulighed i sundhed samt fordeling og forbruget af de samlede 'sundheds kroner'. Vi kan heller ikke af høringssvaret se, om det kun er de ressourcestærke, der efter en henvisning fra den praktiserende læge, benytter sig af speciallægen. (I dag lægges en henvisning til privatpraktiserende speciallæge på serveren, og så bestiller patienten selv tid)	Relevant problemstilling men vurderes at ligge udenfor formålet med en praksisplan. Praksisplanen har fokus på at sikre adgang til

		Denne bekymring knytter sig også til Speciallægeplanlægning i det sammenhængende sundhedssystem Kapitel 5.	speciallægehjælp for alle i hele regionen.
		Regeringens planer om Det nære sundhedsvæsen er på nuværende tidspunkt udsendt, men vi er vidende om, at den sidste overenskomst med PLO tegner et billede af en ændret opgavefordeling mellem hospitalers specialer og opgavevaretagelse i almen praksis. Denne tendens og vurdering af ændrede kapacitetsbehov er så vidt, vi kan se, ikke indskrevet/afspejlet i dette høringsmateriale.	Opgaveomlægningen vedr. KOL og diabetes er igangsat og vurderes ikke at have konsekvenser for speciallægepraksis. Regionen vil løbende følge konsekvenserne af opgaveflytningen.
		PIU har en bekymring specielt omkring enkeltmandspraksisformer i relation til alder af praksisspeciallægen set i forhold til kvalitetsudviklingen. Det fremgår heller ikke i Kapitel 6, hvorledes alder, praksisform og akkreditering kan komme til at påvirke kapaciteten. PIU er bekymret over aldersfordeling og generationsskiftet. Af tabel 3 fremgår det, at op til 304 ud af 453 speciallæger i planperioden kan forventes at arbejde på nedsat tid/gradvis pensionering eller bliver pensioneret.	Der er ikke konstateret rekrutteringsproblemer i speciallægepraksis.  Jævnfør ovenfor vurderes den samlede kapacitet i speciallægepraksis i Region Hovedstaden at være tilstrækkelig.
		PIU anbefaler, at man ved konvertering af eksisterende deltidspraksis til fuldtidspraksis benytter lejligheden til at nedbringe ventetiden med øget kapacitet, og ikke som anbefalet under punkt 3.3. første bullit, hvor man i stedet prioriterer den økonomiske ramme.	Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning til ændringer i planen.
		3.8 Aftaler efter overenskomstens §§ 64-66 Friholdelse af kapacitet PIU sætter pris på, at man anvender §66 aftaler, så der kan afsættes op til 20% af speciallægernes kapacitet til gavn for patienterne.  PIU er bekymret over, at §§ 64 og 65 ikke er inkluderet under den økonomiske ramme, og at det ikke er beskrevet hvilke og hvor mange behandlinger eller fordeling efter fx socialstatus, der foretages her. Set fra et patientsynspunkt er det selvfølgelig positivt, hvis det bidrager til et sammenhængende patientforløb og et sammenhængende sundhedsvæsen.	Økonomien for aftaler efter §§ 64 og 65 skal særskilt forhandles, da de ligger udover overenskomstens økonomiramme.

		PIU anbefaler, at der indskrives anbefalinger som kan imødegå de bekymringer som PIU har beskrevet ovenfor.	
	<b>Afsn. 3.9</b>	<p>PIU er ikke tilfreds med, at det alene konstateres, at der er ventetider medianventetiden indenfor børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og øjenlæger. Og at anbefalingen alene går på indberetninger. De angivne tal og procenter i afsnit 3.9 virker forkerte.</p> <p>Ventetider kan betyde, at patienten får varige og invaliderende men, fordi behandlingen iværksættes for sent – kunne måske være undgået, hvis der er kortere ventetider, og der bliver stillet rettidige diagnoser.</p> <p>PIU anbefaler, at der tilføjes en anbefaling om, hvorledes man vil arbejde for at nedsætte ventetiden indenfor disse specialer.</p>	Ved akutte henvendelser til speciallægepraksis er der ikke ventetid. Der er i planen (afsnit 3.9) som noget nyt indføjet en anbefaling om, at udviklingen i ventetider løbende drøftes af regionen og FAPS mhp. evt. tiltag.
	<b>Afsn. 3.11. 1</b>	<p>PIU er bekymret over, at der trods § 42. stk. 1 i overenskomsten gives dispensationer ift. byggelovgivningens regler.</p> <p>PIU anbefaler, at regionen understøtter, at der ikke må gives dispensationer, som kan medføre en fortsat ulighed i sundhed pga. manglende tilgængelighed for mennesker med funktionsnedsættelser iht. FN's Handicapkonvention Art. 9.</p>	Regionen har kun mulighed for at stille krav om fysisk tilgængelighed i henhold til overenskomstens § 42.
	<b>Afsn. 3.11. 2 &amp; 3.11. 3</b>	<p>Med henvisning til ovenstående er PIU beskæmmet over at konstatere, at kun 6 ud af 453 speciallægepraksisser har taget mod tilbuddet om God Adgang-mærkningen.</p> <p>En undersøgelse ud fra e-sundhed foretaget af Danske Handicaporganisationer DH juli 2016, at tilgængeligheden opgjort i % på landsplan hos speciallæger er 46.</p>	Overenskomsten om speciallægehjælp fastlægger rammerne for speciallægernes forpligtelser vedr. den fysiske tilgængelighed til speciallægepraksis. Mærkningsordningen "God adgang" er frivillig for speciallægepraksis at deltage i.
		PIU anbefaler, at der i de kommende forhandlinger med speciallægerne lægges pres på, at FN Handicapkonvention om tilgængelighed (Art. 9) samt 'Lov om forbud mod forskelsbehandling på grund af handicap' overholdes. Alt andet vil kunne betragtes som diskrimination.	Taget til efterretning. Giver ikke anledning til ændringer i praksisplanen.
Regionshandicaprådet		Generelt har RHR noteret sig, at der ikke i praksisplanen 2018-2021 regnes med ændringer i kapacitetsudviklingen, da der ikke er sket væsentlige ændringer i	Jævnfør ovenfor vurderes den samlede kapacitet i



		<p>forudsætningerne ift. praksisplan 2013-2017. Det undrer RHR at ændringerne i befolkningssammensætningen – flere 65+ - samt ændringer i diagnosemønstre – f.eks. flere børn / unge med psykiske udfordringer – ikke afspejler sig kapacitetsudviklingen i speciallægepraksis i de kommende år.</p> <p>Og løsninger vil kunne hjælpe psykisk sårbare, der på grund af sygdomme som angst og depression eller handicap som ADHD og autisme tit ikke magter at gå fysisk til lægen. Alene af den grund udvikler de tit en væsentlig dårligere sundhedstilstand hen over årene.</p> <p>Endelig vil det kunne hjælpe udsatte, herunder hjemløse, der desværre er stærkt sårbare for at udvikle sygdomme alene som følge af udsathed og de problemer med adgang til kendt, egen læge, de tit har.</p> <p>RHR ser altså muligheder i at tænke innovativt, og rådet vil pege på at man kan forankre initiativer i denne retning i Regionens Center for Regional Udvikling (CRU), der er i god forbindelse med iværksættere og kreative tænkere på området.</p>	<p>speciallægepraksis i Region Hovedstaden at være tilstrækkelig.</p> <p>Region Hovedstaden har den største kapacitet i speciallægepraksis sammenlignet med de andre regioner.</p>
		<p>Ser man på det oftalmologiske område finder RHR det ganske uholdbart at der konstateres en 'middelventetid' på 12 uger. Disse 12 uger dækker over en faktisk ventetid på langt over 3 måneder for en synshandicappet borger, der f.eks. skal have foretaget synsprøve i forbindelse med fornyet bevilling af hjælpemidler. RHR efterlyser fremadrettet handling på dette område.</p> <p>Et andet område der bekymrer RHR, er børne- og ungepsykiatri-området med en meridian ventetid på 12 uger. Disse 12 uger dækker også over en stor 'bredde' i ventetidsuger. Netop for børn og unge med psykiske udfordringer er det vigtigt med den tidlige kvalificerede indsats, så barnet / den unge ikke får varige psykiske lidelser.</p> <p>Det undrer voldsomt atdis den eneste anbefaling praksisplanen indeholder på ovenstående er at der "fortsat (skal) følges op på indberetningen af ventetider". RHR finder at der eksempelvis ved konvertering af deltidspraksis til fuldtidspraksis kan sættes større fokus på nedbringelse af ventetider.</p>	<p>Ved akutte henvendelser til speciallægepraksis er der ikke ventetid. Der er i planen (afsnit 3.9) som noget nyt indføjet en anbefaling om, at udviklingen i ventetider løbende drøftes af regionen og FAPS mhp. evt. tiltag.</p>

	<b>Afsn. 3.11</b>	RHR er dybt bekymret over at der stadig – trods §41, stk. 1 i overenskomsten – gives dispensationer ved ombygning og flytning af speciallægepraksis, der fraviger bestemmelserne i reglerne i den gældende byggelovgivning. RHR må anbefale at reglerne for dispensationsgivning strammes op.	Krav om fysisk tilgængelighed administreres i henhold til overenskomstens § 42.
	<b>Afsn. 3.11. 2</b>	RHR anbefaler at informationsarbejdet vedr. mærkningsordningen God Adgang intensiveres kraftigt. Det er beskæmmende at kun 6 praksis pt. har tilsluttet sig ordningen. RHR vælger ikke at se det som udtryk for speciallægepraksis interesse for tilgængelig og lige adgang til sundhed – men som et udtryk for uvidenhed om vigtigheden af tilgængelige praksisforhold for borgere med funktionsnedsættelse. Dette håber RHR, at et intensivt informationsarbejde vil kunne rette op på.	Mærkningsordningen ”God adgang” er frivillig for speciallægepraksis at deltage i.
	<b>Afsn. 3.11. 3</b>	RHR vil fremhæve mulighederne for at arbejde på nye måder med digital tilgængelighed. Digital tilgængelighed er afgørende for mennesker med funktions-nedsættelser på syn, hørelse. Men digital tilgængelighed bør også tænkes langt bredere. RHR opfordrer derfor til at der arbejdes mere med digital tilgængelighed for speciallægepraksis, både for så vidt angår tilgængeligheden af hjemmesider og funktioner, men også ud over dette. Det kan f.eks. være patientens mulighed for at sende billeder til lægen til vurdering af skader eller andet, eller muligheder for at patienten kan anvende eget digitalt måleudstyr, der kan levere data direkte til lægen til vurdering uden at patienten behøver fysisk at møde lægen. Det kræver udvikling af nye åbne standarder RHR vil i øvrigt anbefale at der så vidt muligt linkes til Digitaliseringsstyrelsens adgangforalle.dk. og sikker data-delning, men mulighederne kan motivere til at ændre rammerne.	Taget til efterretning. Bemærkningerne giver ikke anledning til ændring i planen.
Regionsældrerådet		Regionsældrerådet undrer sig over, at der i høringsmaterialet står, at der ikke er behov for en udvidelse af kapaciteten af speciallægepraksis. Opgørelsen viser, at antallet af patienter, der modtager speciallægebehandling er steget mindre end tilvæksten i befolkningen. Der er dog ikke taget hensyn til den demografiske udvikling med flere ældre, hvor behovet for blandt andre behovet for øjenlægebehandling må forventes at stige.	Samlet vurderes kapaciteten i speciallægepraksis at være tilstrækkelig. Der er dog regionale forskelle. Det fremgår planens afsnit 3.3.2., at i regi Samarbejdsudvalget vedr. speciallægepraksis løbende arbejdes på at sikre en mere ensartet geografisk fordeling.

		Medianventetiden på behandling hos øjenlæge er i 2017 12 uger, for reumatologi er den 8 uger. Der er desuden en skæv fordeling af især kapaciteten for speciallæger i øjensygdomme, hvor der er langt færre klinikker i Nord og Syd. Regionsældrerådet vil derfor opfordre til, at der formuleres anbefalinger til at nedbringe ventetiden på de pressede specialer og at tilpasse kapaciteten.	Ved akutte henvendelser til speciallægepraksis er der ikke ventetid. Der er i planen (afsnit 3.9) indføjet en anbefaling om, at udviklingen i ventetider løbende drøftes af regionen og FAPS mhp. evt. tiltag. Der er i planen endvidere fokus på at sikre lige geografiske fordeling af speciallægekapaciteten mellem planområderne.
		Der er ikke i høringsmaterialet foretaget en vurdering af borgernes reelle behov for speciallægeydelse. Er det de patienter med størst behov, der kommer hos speciallægerne? Vores bekymring går også på, om det overvejende er de ressourcestærke patienter, eller de patienter, der har ressourcestærke pårørende, der efter en henvisning fra den praktiserende læge får bestilt tid hos speciallægen	Det forudsættes, at almen praksis henviser patienter til behandling i speciallægepraksis på baggrund af et konstateret lægefagligt behov.
	<b>Afsn. 3.11.1</b>	Regionsældrerådet finder det meget vigtigt, at der er god tilgængelighed til speciallægepraksis, og at der fortsat arbejdes på at optimere tilgængeligheden.	Taget til efterretning.
	<b>Afsn. 3.11.2 &amp; 3.11.3</b>	Region Hovedstaden tilbyder tilgængelighedsmærkning ved mærkeordningen "God Adgang", men vi finder det i Regionsældrerådet bekymrende, at kun 6 klinikker hidtil har taget mod tilbuddet, og vi vil anbefale, der lægges mere pres på speciallægerne for at deltage i mærkeordningen.	Mærkningsordningen God Adgang er frivillig at deltage i. Der arbejdes i regi af samarbejdsudvalget med at udbrede kendskabet til ordningen.
<b>Modernisering (Kommentarer til kapitel 4)</b>			
Patientinddragelsesudvalget		Det fremgår af udkastet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• At den gældende incitamentsstruktur honorerer speciallægen for at afslutte patientforløb og dermed skabe plads til nye patienter, så de praktiserende læger kan henvise patienter til en specialistvurdering med kortere ventetid.</li> </ul>	Moderniseringer af specialerne er et nationalt anliggende, der følges med henblik på en vurdering af effekten. Moderniseringerne skal fremme den faglige

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• At det forventes, at stabile patienter kan håndteres i almen praksis efter aftale mellem den praktiserende læge og speciallægen med henblik på fortsat medicinering eller kontrol i henhold til en behandlingsplan.</li> <li>• 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.</li> <li>• At der i planperioden skal laves en opgørelse over antal patienter, der afsluttes hos speciallægen, og efterfølgende starter op i et nyt forløb hos speciallægen.</li> </ul> <p>Det giver PIU anledning til at fremkomme med følgende kommentar: Fokusset på korte og afsluttede patientforløb og håndtering i almen praksis matcher ikke de psykiatriske patienter, der har brug for at være i stabile, længerevarende forløb hos speciallægen, når deres forløb i distriktskykiatrien afsluttes. Disse patienter har brug for at kunne blive videre visiteret fra distriktskykiatrien til speciallægen, så de ikke skal udsættes for oplevelsen af at skulle "starte forfra" med et forløb hos den almenpraktiserende læge, som så skal henvise. Her mangler der sammenhængende tænkning og prioritering af kapaciteten.</p> <p>PIU vil desuden påpege det problematiske i, hvis det ikke er gennemskueligt for patienten, hvilke psykiatriske diagnoser speciallægen faktisk har specialisterfaring i. Feltet af psykiatriske diagnoser er meget bredt og forskelligartet sammenlignet med mange andre speciallæge-felter – og dermed bliver det også uigennemskueligt for patienten, i hvilket omfang speciallægen i praksis ikke er specialist, men derimod generalist inden for størstedelen af psykiatriens diagnoser.</p>	udvikling og kvalitetssikring, der lever op til nationale kliniske retningslinjer.
<b>Speciallægepraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen (Kommentarer til kapitel 5)</b>			
Amager og Hvidovre Hospital		Hospitalet bemærker, at Forum for Sundhedsplanlægning og Tværsektorielt Samarbejde (FST) bør inddrages i implementeringen af de dele af praksisplanen, som er særligt relevante for hospitalerne, herunder specielt anbefalingerne vedrørende benyttelse af §66-aftaler som støtte til overholdelse af udrednings-	Tages til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.

		og behandlingsgarantien og forslaget om at styrke anvendelsen speciallægepraksis i forbindelse med pakkeforløb - at udkast til eventuelle nye §66-aftaler bør sendes i høring på hospitalerne, idet det samtidig bør sikres, at der ikke indgås aftaler, hvor der er ledig kapacitet på hospitalerne.	
Herlev og Gentofte Hospital		Plastikkirurgisk afdeling (samordnet med Plastikkirurgisk afd., Rigshospitalet) Bevarelse/øgning af antallet af deltidsydernumre eller muligheden for en assisterende læge-ordning vil medvirke til at fastholde forbindelsen mellem speciallægepraksis og de offentlige afdelinger, som er vigtig for en fortsat høj og ensartet faglig standard begge steder. Dette vil desuden medvirke til at lette sektorovergangene.	Regionsadministrationen vil i planperioden se nærmere på arbejdsdelingen imellem de praktiserende plastikkirurger og relevante hospitalsafdelinger.
		Hud- og Allergiafdelingen Der er et udtalt ønske om, at det er muligt for de dermatologiske hospitalsafdelinger, at der kan henvises direkte fra hospitalsafdelingerne til speciallægepraksis. Det giver ingen mening, at patienter skal henvises via den alment praktiserende læge.  Ønsket gælder for følgende typer af henvisninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til lysbehandling i speciallægepraksis, hvor pt. fortsat går til kontrol på hospitalsafdelingerne, men behandles hos speciallægepraksis i lokalområdet.</li> <li>• Endvidere er der en del patienter som kan fortsætte med kontrol for henholdsvis aktiniske keratoser, non-melanom hudcancer og melanomcancer i speciallægepraksis.</li> <li>• Patienter i systemisk behandling med for eksempel methotrexat, acitretin eller imurel kan fortsætte kontrol i speciallægepraksis</li> </ul>	Der vil i planperioden blive set nærmere på problemstillingen.
Rigshospitalet		Kommentar fra Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling: Bevarelse/øgning af antallet af deltidsydernumre eller muligheden for en assisterende lægeordning vil medvirke til at fastholde forbindelsen mellem speciallægepraksis og de offentlige afdelinger, som er vigtig for en fortsat høj og ensartet faglig standard begge steder. Dette vil desuden medvirke til at lette sektorovergangene.	Regionsadministrationen vil i planperioden se nærmere på arbejdsdelingen imellem de praktiserende plastikkirurger og relevante hospitalsafdelinger.
Allerød Kommune		Allerød Kommune finder det positivt:	Taget til efterretning.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• At speciallægepraksis arbejder for at fremme et aktivt samarbejde med patienten og pårørende</li> <li>• At speciallægepraksis bidrager til udarbejdelse, implementering og anvendelse af forløbsprogrammerne. Aktuelt er henvisningspraksis til de kommunale forebyggelsestilbud yderst begrænset</li> <li>• At kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis, almen praksis og hospitaler videreudvikles og understøttes bl.a. med fokus på indsatser der kvalificerer praktiserende lægers henvisninger og speciallægers epikriser – dog savner Allerød Kommune et afsnit vedrørende samarbejdet med kommunerne.</li> </ul>	
PLO-Hovedstaden		<p>Til afsnit 5.3:  Det er almen praksis' opfattelse, at regionen i højere grad bør informere om speciallægenes mulighed for at fortsætte patienter i uafsluttede behandlingsforløb (f.eks. årlige kontroller ved speciallæger). Der bliver jævnligt brugt unødigt tid i almen praksis til genhenvisninger, som ikke er nødvendige.</p>	<p>Taget til efterretning.  Bemærkningen giver ikke anledning til ændring i planen.</p>
	Afsn. 5.5	<p>PLO-Hovedstaden ønsker at gøre opmærksom på, at almen praksis ikke ønsker at udføre laboratorieundersøgelser eller henvise til diagnostiske undersøgelser som led i en speciallægelig udredning af patienten. Dette skyldes, at der ønskes et entydigt lægeligt ansvar for udredningen.</p>	<p>Taget til efterretningen.  Bemærkningen giver ikke anledning til ændring i planen.</p>
		<p>PLO-Hovedstaden vil gerne gøre opmærksom på, at der ikke længere eksisterer hjertepakker. Dette er ligeledes nævnt i note 9.</p>	<p>Planen er tilrettet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p>
	Afsn. 5.7	<p>Det er PLO-Hovedstadens vurdering, at forløbsprogrammer er tunge rent administrativt, og at effekterne er begrænsede.</p>	<p>Taget til efterretning.  Medfører ikke ændringer i planen.</p>

		Derfor peger PLO-Hovedstaden på, at der i stedet kunne anvendes muligheden for, at speciallægerne medvirker aktivt i udarbejdelsen af Patientforløbsbeskrivelserne for relevante tilstande og sygdomme (nævnt i anbefaling 6.4). Disse revideres løbende i regi af de specialefaglige råd, og publiceres løbende via PraksisNyt. Det vurderes, at dette vil have større gennemslag i forhold til det tværsektorielle lægelige samarbejde og kapacitetsudnyttelsen i regionen.	
Patientinddragelsesudvalget	Kap. 5.	PIU gør i forlængelse af ambitionerne om sammenhæng i behandlingsforløbene og samarbejde med patienter og pårørende opmærksom på, at det er af særlig betydning, at den videre udvikling af de to specialer i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri relateres direkte til det recovery-perspektiv, Region Hovedstadens Psykiatri for indeværende udmønter i den nye recovery-strategi, der skal omfatte alle dele af den regionale psykiatri.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.
	Afsn. 5.2	PIU ser med bekymring, at der scores forholdsvis lavt i eKVIS patienttilfredshedsundersøgelsen på parameteren vedr. lægens information om fordele og ulemper ved behandlingen. Netop disse oplysninger er vigtige for patienten omkring behandlingsbeslutning. PIU anbefaler, at der følges op på netop dette punkt, og at det indgår som specifik anbefaling sammen med anbefalingen under 5.1 - som vi desuden ønsker udvidet med tilføjelse af, at inddragelse af patienter og pårørende skal indgå både i det individuelle forløb og organisatorisk i udviklingen af speciallægepraksis (6 Kvalitetsudvikling i speciallæge-praksis). PIU anbefaler, at PROdata også indskrives i anbefalingerne. 5.? PIU anbefaler, at der indsættes et selvstændigt punkt, hvor kommunikation/dialog med patienter og pårørende indskrives.	81% er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med information, hvilket anses for en høj score på et sådant spørgsmål. Det indgår allerede som en anbefaling i planen, at speciallægerne skal følge op på undersøgelsen. Praksisplanen er en rammeplan, som overordnet beskriver målsætninger for speciallægepraksis. Udmøntningen vedr. kommunikation og dialog med patienterne sker i den enkelte klinik.
		Der er ikke i 5.3.1, 5.3.2 og 5.4 taget stilling til, hvorledes patienten og pårørende holdes underrettet om/inddraget i den kommunikation, der forgår mellem sektorer.	Videregivelse af patientoplysninger imellem sektorer forudsætter patientens samtykke.

	Afsn. 5.3.3	PIU anbefaler, at man i disse fora inddrager organisatorisk patient/pårørende deltagelse eller andre hensigtsmæssige metoder med henblik på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.	Der er enighed om, at der i planperioden skal arbejdes videre med fortsat at sikre fokus på patient- og brugerinddragelse
	Afsn. 5.4	PIU har konstateret under udarbejdelse af høringssvar på PPU, at der på enkeltområder er stor variation mellem, hvorledes opgaveløsningen og samarbejdsaftaler mellem primærsektor (kommuner, almen praksis), sekundærsektor og speciallægerne udmøntes.  For os synes det fx uoverskueligt på psykiatriområdet (børn/unge og voksne) at få overblik over hvem, der varetager hvad. Eller hvilke samarbejds- eller koordinationsaftaler der eksisterer eller arbejdes på. Se også øvrige kommentarer til praksisplanen.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.
	Afsn. 5.7	S. 45 nederst i 4. afsnit :...’benytter de muligheder, Sundhedsplatformen (SP) giver for bedre tværsektoriel kommunikation.’ PIU ønsker at gøre opmærksom på, at også funktionaliteter i SP letter patienten/pårørende med at have overblik over, hvad der rent faktisk foregår i deres forløb. PIU anbefaler, at det bliver et krav, at der kommunikeres via IT-løsninger som også muliggør, at patienten/pårørende kan følge deres tværsektorielle forløb.	Kommunikationen på tværs i sundhedsvæsenet foregår via MED-COM standarder. Fastlæggelse af krav til IT-systemer er udenfor rammerne af praksisplanen.
Regionshandicaprådet		RHR ser med tilfredshed at der fortsat sættes fokus på at sikre patient- og brugerinddragelse – samt at dette sker ud fra den enkelte patients/borgers forudsætninger og hele livssituation.	Taget til efterretning.
	Afsn. 5.5. & 5.6	PIU ønsker at gøre opmærksom på, at der ikke for alle diagnoser foreligger pakkefor-løb/forløbsprogrammer. Disse patienter synes efterhånden ikke at blive medtaget på hverken prioriterings- og af-taleniveau, hvilket betyder, at de sakker bagud i forhold til de mere high light’ede patientgrupper. Dette er en yderligere faktor i den ulighed i sundhed, som disse personer oplever.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.



		<p>PIU anbefaler derfor at disse patienter ved aktivt samarbejde mellem sektorer ikke belastes yderligere, og at 'restgrupperne' tilgodeses adækvat i udviklingen også indenfor mulighed for nødvendige behandlingstilbud i speciallægepraksis.</p> <p>Der må også være opmærksomhed på, at ikke alle patienter har sundhedskompetencer til at følge et forløbsprogram, hvorfor der altid skal tages udgangspunkt i patienten og de pårørendes præferencer og ressourcer.</p>	
	Afsn. 5.2	RHR ser meget gerne at der tilføjes yderligere en anbefaling – at der sikres opfølgning på patienttilfredshedsundersøgelser (eKVIS el. patientPRO). Det er fint at lave disse undersøgelser men det er lige så relevant at der sikres en opfølgning på de forhold, som der skal arbejdes videre med.	Det indgår allerede som en anbefaling i planen, at speciallægerne skal følge op på eKVIS patientundersøgelsen. eKVIS arbejder på etablering af projekter, der inddrager PRO-data indenfor udvalgte specialer.
		<p>Efter et udmærket afsnit om samarbejdet med patienter og pårørende om speciallægepraksis, 'glider' patienter og pårørende helt ud i de følgende afsnit. Eksempelvis i afsnittet om samarbejde almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger. RHR kan absolut anbefale et tæt, kvalificeret og konstruktivt samarbejde sektorerne imellem.</p> <p>Men RHR efterlyser at patienter og pårørende også inddrages i dette samarbejde samt en tydeliggørelse af hvordan patienter og pårørende kan inddrages i behandlingsforløbene.</p>	Videregivelse af patientoplysninger imellem sektorer forudsætter patientens samtykke. I det omfang, der er behov for et patient-/pårørendeperspektiv, er der alle mulighed for at inddrage dette i samarbejdsfora.
	Afsn. 5.4	Ved afsnit 5.4 om samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og praktiserende speciallæger efterlyser RHR at der sættes fokus på mulighederne i et samspil med foreningsejede hospitaler. Det kan f.eks. være inden for områder som muskelsvind, gig, epilepsi og sclerose.	Regionen har allerede mulighed for at inddrage foreningsejede hospitaler i opgaveløsningen.
	Afsn. 5.7	I afsnit 5.7 om den tværsektorielle kommunikation nævnes Sundhedsplatformen og dens funktionaliteter ift. speciallæge-praksis. Her vil RHR gerne benytte lejligheden til at nævne at Sundhedsplatformen også rummer funktionaliteter,	Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning til ændringer.

		der giver borgeren mulighed for at få overblik over hvad der sker i et givent behandlingsforløb.	
Regionsældrerådet	Afsn. 5.1	Regionsældrerådet kan støtte, at parterne bag praksisplanen ser speciallægepraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, og at speciallægepraksis indgår i gensidigt forpligtende, tværsektorielt samarbejde.	Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning til ændringer.
	Afsn. 5.2	Regionsældrerådet ser med bekymring på, at der scores forholdsvis lavt i eKVIS patienttilfredshedsundersøgelse på parametre vedrørende lægens information om fordele og ulemper ved en behandling. Disse informationer er altid vigtige, men nok i særlig grad for ældre, der i nogle tilfælde ser lægen som en autoritet og ikke får spurgt til alternative muligheder til en foreslået behandling.	81% er i meget høj grad eller i høj grad tilfredse med information, hvilket anses for en høj score på et sådant spørgsmål. Det indgår allerede som en anbefaling i planen, at speciallægerne skal følge op på undersøgelsen.
	Afsn. 5.5 & 5.6	Regionsældrerådet ønsker at gøre opmærksom på, at der ikke for alle diagnoser foreligger pakkeforløb eller forløbsprogrammer. Patienter, der ikke er omfattet af pakkeforløb eller forløbsprogrammer synes ikke i samme grad at blive prioriterede, hvilket vi finder bekymrende. Regionsældrerådet ønsker også at gøre opmærksom på, at ikke alle patienter har sundhedskompetencer eller ressourcer til at følge et forløbsprogram. Der skal altid tages individuelle hensyn til såvel patient som pårørende.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.
		<b>Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis Kommentarer til kapitel 6</b>	
Herlev og Gentofte Hospital		<u>Gastroenheden:</u> Der tilkendes, at man ser efteruddannelse som et vigtigere krav end akkreditering.	Dokumentation af efteruddannelse er indeholdt i akkrediteringen på speciallægeområdet.
Patientinddragelsesudvalget	Kap. 6	Målsætninger: Se kommentarer til 5.5. og 5.6 PIU anbefaler, at kvalitetsarbejdet omfatter alle patientgrupper uanset forløbsprogrammer eller pakkeforløb således, at der opnås større lighed i sundhed.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.
	Boks 12	PIU anbefaler, at de nationale kvalitetsmål indskrives herunder PROdata. 6.5 Datadreven kvalitetsudvikling	Ekvis arbejder på etablering af projekter, der inddrager

		PIU ønsker, at der i teksten skrives tidstro PROdata.	PRO-data indenfor udvalgte specialer.
Regionshandicaprådet		Det nævnes i én af anbefalingerne at der skal være fokus på speciallægers deltagelse i relevante forløbsprogrammer og pakkeforløb. Ifølge RHR's opfattelse må kvalitetsarbejdet omfatte alle patienter –og ikke specielt de grupper, der er inde i et forløb/program.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.
Regionsældrerådet		Regionsældrerådet anbefaler, at kvalitetsarbejdet omfatter alle patientgrupper uanset forløbsprogrammer eller pakkeforløb. Boks 12. Regionsældrerådet anbefaler, at De Nationale Mål indskrives	Der er i planens afsnit 6.2. indsat reference til de otte nationale kvalitetsmål.
<b>Øvrige bemærkninger fra høringssvarene</b>			
Herlev og Gentofte Hospital		<b>Plastikkirurgisk afdeling (samordnet med Plastikkirurgisk afd., Rigshospitalet)</b> Plastikkirurgi er ikke et grenspeciale.	Overenskomstens tekst er anvendt.
		Urologisk afdeling Det er et problem, at urologi sammen med en række andre kirurgiske subspecialer (f.eks. gastroenterologi og mamma kirurgi) ligger i samme speciale "kirurgi". Urologi har været selvstændigt speciale i over 20 år, og almenkirurger besidder ikke længere tilstrækkelig og opdateret viden til at udrede og behandle urologiske lidelser. Omvendt er urologiske speciallæger heller ikke kvalificerede til at varetage udredning og behandling indenfor andre kirurgiske grenspecialer. Urologien bør derfor også i speciallæge planen udskilles som et selvstændigt speciale med egne ydernumre.	Dette er en problemstilling, som bør tages op i overenskomstmæssig sammenhæng.
		Speciallægepraksis bør generelt pålægges samme forpligtelser som de offentlige hospitaler med hensyn til overholdelse af udrednings- og behandlingsret og kræftpakker, inklusive forpligtelsen til at viderehenvise, når man ikke kan overholde disse.	Dette er et lovgivningsmæssigt spørgsmål, som ligger uden for praksisplanens rammer.
Rigshospitalet		Plastikkirurgi er ikke et grenspeciale.	Overenskomstens tekst er anvendt

		<p>Det påpeges fra Tand-Mund-Kæbekirurgisk Klinik, at det generelt er godt, der er kommet en samlet praksisplan for at lette sektorovergange, men det er ærgerligt, at praksisplanen for speciallæger er lavet uden at inddrage og omfatte specialtandlæger i kæbekirurgi praksissektoren. De bør indskrives på lige vilkår som speciallæger i praksissektoren, hvor de agerer på lige vilkår som for speciallæger. Der er behov for at følge de samme principper.</p> <p>Der er behov for gentænkning af overenskomsten på baggrund af det i folketinget vedtagne lovforslag om selvstændigt virksomhedsområde for special-tandlæger i kæbekirurgi.</p>	<p>Der er ingen overenskomst eller planlægningsbestemmelser på tandlægeområdet.</p>
		<p>Abdominalcentret har følgende bemærkninger i forhold til den aktuelle opgavefordeling mellem speciallægepraksis og hospitaler inden for karkirurgien:</p> <p>Opgavefordelingen inden for karkirurgien trænger i høj grad til modernisering indenfor varice (åreknude) området, hvor behandlingen er ændret betydeligt gennem de seneste år (den eksisterende aftale er fra 2002). Ifølge de toneangivende, internationale guidelines (ESVS Guidelines for Chronic Venous Disease, Eur J Vasc Endovasc Surg 2015) er førstevalgs metode til behandling af åreknuder endovenøse termiske metoder (varmekatetre), som er minimalt in-vasive med lav risiko for komplikationer, smerte, men med bedre "quality of life" og lavt sygefravær (sygemelding er stort set unødvendigt) for patienterne.</p> <p>En stor del af speciallægepraksis lever ikke op til disse forhold, og det er derfor fagligt, patientmæssigt og samfundsmæssigt tid til en modernisering. Hos mange speciallæger bliver patienterne i stedet tilbudt åben kirurgi, der medfører flere sygedage, øget risiko for komplikationer, større ubehag for patienten og længerevarende sygemeldinger end nødvendigt, og flere speciallæger behandler patienterne over flere seancer. Ydermere er uddannelsen til udredning og behandling af varicer alene placeret i det karkirurgiske speciale, så fagligt er ortopædkirurger og gastrokirurger ikke uddannede til denne opgave.</p> <p>Karkirurgien bør derfor moderniseres snarest af faglige, patient- og samfundsmæssige årsager</p>	<p>Bemærkningerne giver ikke anledning til ændringer i planen.</p> <p>Det bemærkes, at der er foretaget en delmodernisering af kirurgispecialt, der tager højde for disse bemærkninger.</p>
PLO-Hovedstaden		<p>PLO-Hovedstaden bemærker, at der er et ønske om øget telefonisk tilgængelighed for de praktiserende læger og for rådgivning eller for anmodninger fra almen praksis om akut eller subakut vurdering. PLO-Hovedstaden ser derfor gerne øget tid allokeret til disse funktioner i takt med en kapacitetsforøgelse.</p>	<p>Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen.</p>

		PLO-Hovedstaden ønsker endvidere at gøre opmærksom på, at det er Sundhed.dk og ikke praksisdeklarationerne, der i hverdagen er kilden til information om speciallægepraksis' tilgængelighed. Disse to medier bør derfor synkroniseres for at øge overblikket.	Sundhed.dk henter oplysningerne fra praksisdeklarationerne.
Patientinddragelsesudvalget		PIU er i tvivl om, der er andre specialer i privat regi, der rettelig også burde være omfattet af denne praksisplan. Vi tænker her på fx specialtandlæger i ortodonti eller kæbekirurgi.	Praksisplanen omfatter de specialer, der er omfattet er nævnt i overenskomsten.
		PIU anbefaler, at der tilstræbes tæt samarbejde med andre specialer som fx psykologer, kiropraktorer og fysioterapeuter.	Taget til efterretning. Medfører ikke ændringer i planen. Taget til efterretning. Bemærkningen giver ikke anledning til ændringer i planen.
		<p>Patientinddragelsesudvalget (PIU) takker for at have mulighed for at fremsende et hørings-svar, samt at vi blev inddraget tidligt i processen ved inspirationsmødet den 17.11.2016, og at der i høj grad er lyttet til nogen af vores input i den forbindelse.</p> <p>PIU anbefaler overordnet, at der skabes ens adgang til speciallæger for at skabe lighed i sundhed på området. I høringsudkastet forskelsbehandler man stadig adgangen til speciallæger ved, at der skal en henvisning til (bortset fra til øjen- og øre/næse/halslæger) for gruppe 1 patienter fra den praktiserende læge, før man kan rette henvendelse til en speciallæge, hvorimod gruppe 2 patienter uden henvisning kan bestille tid direkte.</p> <p>Desuden kan gruppe 2 patienter få tid hos speciallæge straks, mens gruppe 1 patienter må vente 2-12 uger, før der kan fås en tid. Denne ulighed har til konsekvens, at patienter i gruppe 1 er væsentligt dårligere stillet og risikerer unødvendige og varige forringelser af helbredet. Derfor må forskelsbehandlingen af gruppe 1 og 2 patienter ophøre, hvis målsætningen i hht. vejledningen om Sundhedsaftaler efter Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler §8 om lighed i sundhed skal give mening.</p>	De nævnte spørgsmål er overenskomstmæssige/lovgivningsmæssig karakter, der ligger udenfor praksisplanen.

Regionshandicaprådet		<p>RHR vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar - og ikke mindst for dets inddragelse i processen omkring udarbejdelse af denne praksisplan bl.a. ved deltagelse i dialogmødet i 2017.</p> <p>RHR vil gerne anerkende arbejdet med planen og deler fuldt ud de fire formulerede visioner for udvikling af speciallægepraksis i Region Hovedstaden. RHR lægger særlig vægt på visionen om god og lige adgang for alle. Høringssvaret har derfor taget afsæt i mulighederne for at arbejde med denne vision.</p> <p>Ulighed i sundhed er et stadigt problem. Udsatte, sårbare og handicappede mennesker opleves generelt som havende en uligt dårligere sundhedstilstand. Det er dokumenteret af talrige undersøgelser – men løsningerne er dog ikke enkle.</p>	<p>Taget til efterretning, men giver ikke anledning til ændringer i planen.</p>
----------------------	--	---	---