

Region Hovedstaden
Koncern Praksis

Praksisplan for speciallægepraksis 2013-2017

Oktober 2013

REGION

Udkast
Praksisplan for speciallægepraksis 2013-2017

Koncern Praksis **Region Hovedstaden**

Koncern Praksis **Region Hovedstaden**

Udkast efter høring

Resumé	6
Indledning	7
1. Formål med praksisplanen	7
2. Baggrund og rammer	7
2.1 Overenskomstmæssige rammer.....	7
2.2 Forudgående planer.....	8
3. Udarbejdelse og høring.....	8
4. Praksisplanens opbygning og gennemførelse	8
Kapacitet.....	10
1. Indledning.....	10
2. Integrering af kapacitetsplan 2012 i praksisplan for 2013-2017	10
2.1 Kapacitetsplanen i hovedtræk.....	11
2.1.1 Kapacitetsplanens anbefalinger	11
3. Service og tilgængelighed	12
3.1 Fysisk tilgængelighed	13
3.1.1 Oplysninger om fysisk tilgængelighed	14
3.2 Telefonisk tilgængelighed.....	14
3.3 Elektronisk tilgængelighed.....	15
3.4 Ventetider	15
4. Praksisfællesskaber	17
5. Administrative retningslinjer	18
Udvikling	19
1. Indledning.....	19
2. Baggrund.....	19
3. Samarbejde og samordning med det øvrige sundhedsvæsen	20
3.1 Opgavefordeling mellem sektorerne.....	20
3.1.1 Analyse og vurdering af opgavefordelingen.....	21
3.1.2 Friholdelse af kapacitet (80-20 model).....	22
3.1.3 Øvrige lokalaftaler (§§ 64 & 65)	23
3.2 Det tværsektorielle samarbejde	23
3.2.1 Kommunikation mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen.....	24
Fælles Medicinkort	24
Kommunikation med andre ydere i praksissektoren og kommunerne.....	24
Kommunikation med hospitalerne – epikriser, central visitation og diagnostiske enheder	25
3.2.2 Sammenhængende patientforløb.....	27
Shared care	27
Udvikling af patientforløbsbeskrivelser	28

Forløbsprogrammer og pakkeforløb.....	28
Udredningsgaranti og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg.....	29
3.2.3 Formaliserede samarbejdsfora.....	30
Tre-partsgrupper – specialeorienterede samarbejdsfora	30
Udvikling af det specialeorienterede samarbejde.....	30
Sundhedsfaglige råd og komiteer	32
4. Kvalitetsudvikling.....	33
4.1 Rammer for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis..	33
4.2 Den organisatoriske kvalitet	35
4.2.1 Forberedelse til akkreditering.....	35
4.3 Den sundhedsfaglige kvalitet.....	36
4.3.1 Kliniske retningslinjer	36
4.3.2 Datafangst og diagnosekodning	37
4.3.3. Datakonsulentfunktion.....	37
4.3.4. Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis	38
4.4 Den patientoplevede kvalitet	39
4.4.1 Patientsikkerhed	39
4.4.2 Den regionale patientsikkerhedsorganisation	40
4.4.3 Udbredelse af læring af UTH – etablering af patientsikkerhedskultur i den enkelte praksis	40
Bilag.....	41
Bilagsfortegnelse	41
Bilag 1.1: Grundbeskrivelse - antal speciallægepraksis fordelt på praksisform	42
Bilag 1.2: Grundbeskrivelse - antal borgere pr. heltidskapaciteter	42
Bilag 1.3: Grundbeskrivelse - antal speciallægeydernumre fordelt på overenskomstomfattede specialer	43
Bilag 1.4: Speciallægekapaciteter i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner	44
Bilag 1.5: Grundbeskrivelse - speciallægekapaciteter fordelt på hospitalsplanområder samt fordeling efter folketal.....	44
Bilag 1.6: Grundbeskrivelse - Regionens borgeres forbrug af speciallægeydelser fordelt på praksisformer og specialer	45
Bilag 1.7: Grundbeskrivelse – Forbrug pr borger i Region Hovedstaden til speciallægehjælp	46
Bilag 1.8: Grundbeskrivelse Forbrug (honorar og ydelser) for borgere i Region Hovedstaden til speciallægehjælp.....	47

Bilag 1.9: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp fordelt på regioner	49
Bilag 1.10: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp i de enkelte regioner i forhold til antallet af borgere	49
Bilag 1.11: Grundbeskrivelse - Produktion pr. patient i forskellige specialer	50
Bilag 1.12: Grundbeskrivelse – Pendlingsmønstre for regionens borgere blandt speciallæger i Region Hovedstaden	50
Bilag 1.13: Grundbeskrivelse – Kapacitet fordelt på kommuner/bydele.....	66
Bilag 2: Administrative retningslinjer for flytning af praksis af 14.03.2013	67
Bilag 3: Administrative retningslinjer for assisterende speciallæge	68

Udkast efter høring

Resumé

Praksisplan for speciallægepraksis 2013-17 er udarbejdet med det mål at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af speciallægeligebetjeningen i Region Hovedstaden, såvel hvad angår kapacitet, praksisstruktur, service og tilgængelighed samt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Praksisplanen er derfor opdelt i tre hovedafsnit, som hver især beskriver de indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at opnå planens overordnede formål.

Praksisplanens første del, der udgøres af *kapacitetsafsnittet*, fokuserer særligt på bedre service i speciallægepraksis, herunder tilgængelighed og ventetider samt tilrettelæggelse af praksisstrukturen henimod større behandlingsenheder.

Udviklingsdelen fokuserer på *samarbejde* og *kvalitet* i speciallægepraksis.

Afsnittet om samarbejde fokuserer på speciallægepraksis som en integreret del af regionens samlede kapacitet på speciallægeområdet. Dels fokuseres der på opgavefordelingen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen, dels på indsatser der skal medvirke til at sikre sammenhængende og effektive patientforløb. Herunder foreslås en udvikling af aktiviteten i de eksisterende trepartsgrupper, så de bliver mere målrettede og fokuserede på udvikling af patientforløbsbeskrivelser.

Afsnittet om kvalitet fokuserer på indsatser for praktiserende speciallægers målrettede og systematiske arbejde med kvalitetsudvikling inden for rammerne af den danske kvalitetsmodel. Der skal blandt andet arbejdes for anvendelse af kliniske retningslinjer/guidelines, diagnosekodning og brug af data til udvikling, rationel medicinanvendelse og elektronisk kommunikation, herunder FMK og e/p-journal. Desuden skal der arbejdes med udvikling af patientsikkerhed, herunder læring af utilsigtede hændelser.

Indledning

1. Formål med praksisplanen

Denne praksisplan har til formål at tilrettelægge den fremtidige speciallægelige betjening i praksissektoren. Planen skal understøtte hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen samt kvalitetsudvikling i speciallægepraksis.

Praksisplanen er udarbejdet som en visionsplan med få og klare mål. Derved adskiller den sig fra Region Hovedstadens første praksisplan for speciallægepraksis.

2. Baggrund og rammer

Praksisplanen er udarbejdet på baggrund af overenskomstens bestemmelser og således, at praksisplanen er i overensstemmelse med regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder regionens samlede sundhedsplan af 2013. Praksisplanen gælder for alle praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden, som virker under bestemmelserne i overenskomsten for speciallægehjælp.

2.1 Overenskomstmæssige rammer

I henhold til den seneste overenskomst for speciallægehjælp, der trådte i kraft 1. oktober 2011, skal regionen én gang i hver valgperiode foretage en samlet planlægning af tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen som grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold.

Overenskomsten peger på en række forhold, der skal tages højde for i forbindelse med planlægningen:

- Planlægningen foretages samlet for den ambulante speciallægebetjening under ét med henblik på at etablere en systematisk gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem hospitalssektoren og praksissektoren,

- Planlægningen gennemføres med udgangspunkt i de enkelte specialer som en specialeorienteret planlægning,
- Planlægningen skal ud fra hensynet til kvalitet og effektivitet sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for hospitalsvæsenet og i speciallægepraksis med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

Planbestemmelserne indebærer, at regionen har kompetencen til at udarbejde praksisplanen. Samarbejdsudvalget afgiver bemærkninger til praksisplanen med henblik på forelæggelse for regionsrådet, der træffer endelig beslutning.

Indgåelse af den nye overenskomst indebærer, at der tegner sig en række udviklingslinjer, der også har betydning for planlægningen. Som noget nyt indeholder overenskomsten blandt andet en udviklingskontrakt, der beskriver de overordnede mål og visioner for speciallægehjælp som en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Visionerne omfatter samspillet med det øvrige sundhedsvæsen, områderne kvalitet, service og it samt forskning og kompetenceudvikling. Praksisudviklingsplanen er et væsentligt led i at indfri visionerne i overenskomstens udviklingsdel. Disse elementer indgår derfor som elementer i denne praksisplan.

2.2 Forudgående planer

Praksisplanen fortsætter i øvrigt den udvikling, der er igangsat med den første regionale praksisplan for speciallægepraksis (2008-11). Et gennemgående tema i den første praksisplan var at skabe rammerne for en vurdering af de generelle kapacitetsforhold inden for speciallægehjælp på regionalt plan. Det har udmøntet sig i udarbejdelse af den kapacitetsplan, der blev godkendt i august 2012. Kapacitetsplanen (2012) udgør således afslutningen på den forrige praksisplan (2008-11) og indledningen til indeværende praksisplan (2013-17).

3. Udarbejdelse og høring

Praksisplanen er udarbejdet af administrationen i samarbejde med repræsentanter for de praktiserende speciallæger. Samarbejdsudvalget for speciallægepraksis har efter planens udarbejdelse haft mulighed for at drøfte og give bemærkninger til planen inden regionsrådets godkendelse af planen. Planen sendes desuden til høring blandt de vigtigste interessenter (se høringsliste i bilag 4 til planen).

4. Praksisplanens opbygning og gennemførelse

Visionsplanen er et rammepapir, der indeholder beskrivelser og målsætninger inden for to overordnede plandele:

Kapacitetsdel

- Kapacitet, service og tilgængelighed.

Udviklingsdel

- Samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet,
- Kvalitetsudvikling af tilbuddet om speciallægehjælp.

Der er desuden udarbejdet en grundbeskrivelse med data og nøgletal angående speciallægepraksis. Grundbeskrivelsen supplerer praksisplanen samt den eksisterende kapacitetsplan (2012) og er vedlagt som bilag 1.1-1.12.

I løbet af planperioden udarbejdes årlige implementeringsplaner. Implementeringsplanerne skal beskrive, hvordan en given målsætning i praksisplanen tænkes indfriet samt beskrive arbejdsfordeling og ansvarsforhold i implementeringen.

Udkast efter høring

Kapacitet

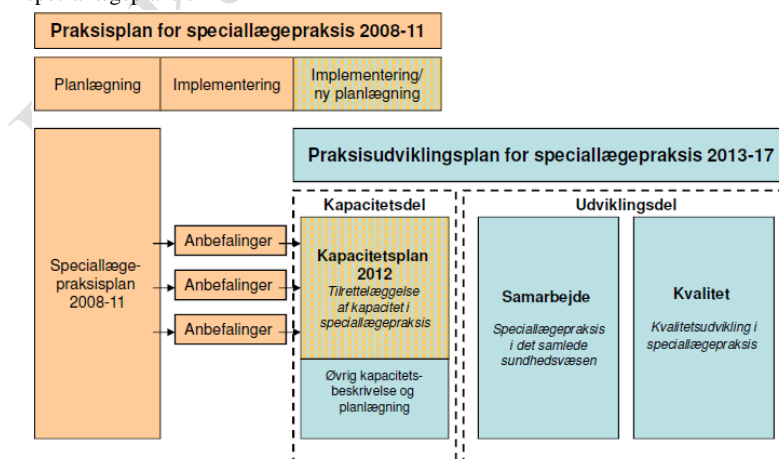
1. Indledning

Formålet med kapacitetsdelen er at vurdere tilbuddet til patienterne i speciallægepraksis, herunder at fastlægge den fremtidige praksisstruktur og antallet af speciallæger i praksis. Desuden er det formålet at tilrettelægge og beskrive principper for styring af speciallægekapaciteten og sagsbehandlingen af kapacitetsrelaterede praksisforhold i planperioden.

2. Integrering af kapacitetsplan 2012 i praksisplan for 2013-2017

I forbindelse med implementeringen af den forrige praksisplan blev der igangsat et arbejde for at vurdere kapaciteten i speciallægepraksis. Som resultat af dette arbejde er der i 2012 blevet udarbejdet en kapacitetsplan, der for hvert speciale fastlægger den fremtidige kapacitet inden for fuldtids- og deltidspraksis. Kapacitetsplanen markerer således på samme tid afslutningen på implementeringen af forrige planperiode og starten på indeværende planperiode. Dette er illustreret i figuren nedenfor (den blå-gul-ternede boks).

Figur 1: Kapacitetsplan (2012) i forhold til nuværende og tidligere praksisplaner for speciallægepraksis



Kapacitetsplanen forholder sig særligt til en række generelle og specialrelaterede anbefalinger vedr. de fremtidige rammer for kapaciteten,

som stammer fra speciallægepraksisplanen for 2008-11. Desuden behandler kapacitetsplanen forhold vedr. omfang og sammensætning af den nuværende kapacitet, praksis' geografiske lokalisering samt ventetid på behandling. Den allerede udarbejdede kapacitetsplan er godkendt af samarbejdsudvalget for speciallægepraksis den 7. juni 2012 og af regionsrådet den 22. august 2012 og udgør, sammen med indeværende praksisudviklingsplan, regionens samlede plan for speciallægepraksis for perioden 2013-17.

Indeværende kapacitetsdel bygger derfor primært på den allerede udarbejdede kapacitetsplan, samt fokuserer på tilrettelæggelse og styring af speciallægekapaciteten i planperioden. Der er desuden udarbejdet en grundbeskrivelse af speciallægepraksis, som indeholder data og nøgletal angående speciallægepraksis såvel regionalt som i forhold til landstale og de øvrige regioner. Grundbeskrivelsen eksisterer som bilag (bilag nr. 1.1-1.12) til praksisudviklingsplanen og supplerer de data, der forefindes i kapacitetsplan 2012.

2.1 Kapacitetsplanen i hovedtræk

Region Hovedstaden havde pr. 1. januar 2012 478 speciallægepraksis fordelt på praksistyperne fuldtidspraksis, deltidspraksis eller overlægepraksis.

Tabel 1. Antal praksistyper

Opgørelse over kapacitet i forhold til praksistyper	Praksistype			
	Fuldtids-praksis	Deltids-praksis	Overlæge-praksis	Antal i alt
Praksistype				
Antal praksis (klinikadresser)	356	118	4	478
Antal kapaciteter (omregnet til fuldtidskapaciteter)	375	38,94	0,4	414,34
	Enkelte praksis har flere kapaciteter tilknyttet	Deltidspraksis tæller med faktor 0,33 ved omregning til 'fuldtidskapacitet'	Overlægepraksis tæller med faktor 0,1 ved omregning til 'fuldtidskapacitet'	

Speciallæger i fuldtidspraksis praktiserer under overenskomsten på fuld tid og kan ikke have fuldtidsansættelse andetsteds. Deltidspraksis og overlægepraksis er underlagt en omsætningsgrænse for den enkelte praksis, og speciallæger i disse praksisformer har ofte deres primære beskæftigelse på hospitaler.

2.1.1 Kapacitetsplanens anbefalinger

Kapacitetsplanen består af en hovedrapport samt delrapporter for hvert speciale. Kapacitetsplanen er primært et planlægningsværktøj, der skal gøre

det muligt at iværksætte den forrige praksisplans anbefalinger om at omlægge praksisstrukturen fra deltidspraksis til fuldtidspraksis.

Kapacitetsplanens hovedkonklusioner er følgende:

- **Deltidspraksis:** Der anbefales en konvertering af eksisterende deltidspraksis til fuldtidspraksis. Planen lægger op til, at konverteringen til fuldtidspraksis skal ske gennem frivillig sammenlægning af deltidspraksis. Sammenlægningen skal ske ved, at speciallæger i deltidspraksis gradvis opkøber andre deltidspraksis og dermed efterhånden opnår status som fuldtidspraksis. Konverteringen må hverken medføre en kapacitetsudvidelse eller belaste den økonomiske ramme for speciallægepraksis.
- **Kapacitetsvurdering:** Kapacitetsplanen omfatter en samlet vurdering af kapaciteten i speciallægepraksis. Analysen viser blandt andet, at der er pres på kapaciteten inden for børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri. Kapacitetsplanen anbefalede derfor en udvidelse af specialet. Med regionens budget for 2013 er kapaciteten inden for såvel børne- og ungdomspsykiatri som voksenpsykiatri udvidet i hospitalsregi, hvorfor der ikke på nuværende tidspunkt foretages yderligere vedrørende vurdering af kapaciteten i speciallægepraksis.

Specialerne patologi og diagnostisk radiologi er ikke behandlet i planen. Patologipraksis er nedlagt pr. 1. august 2012. Der udestår en udredning af specialet diagnostisk radiologi i praksissektoren.

Kapacitetsplanen er godkendt af regionsrådet og medfører ikke udvidelse af kapaciteten i speciallægepraksis.

For planperioden anbefales det:

- At der udarbejdes en beskrivelse af diagnostisk radiologi i praksissektoren.

3. Service og tilgængelighed

Af udviklingsdelen i overenskomsten fremgår det, at speciallægepraksis skal have fokus på patientrettet service i form af ventetider samt tilgængelighed for regionens borgere, såvel fysisk som telefonisk og elektronisk, samt at speciallægepraksis skal sørge for at have ajourførte praksisdeklarationer på sundhed.dk. [Det er derfor en væsentlig overordnet målsætning at prioritere tilgængeligheden til speciallægepraksis, så der er lige adgang for alle patientgrupper, og så alle patienter sikres et frit valg til speciallægehjælp.](#)

Vision:

Borgerne skal have god og lige adgang til speciallægebehandling i praksissektoren, herunder lige mulighed for at benytte sundhedstilbuddene i speciallægepraksis

Målsætning:

- Det er vigtigt, at patienter kan komme i kontakt med den praktiserende speciallæge
- Speciallægepraksis skal være tilgængelig for alle borgere, herunder også for borgere med fysisk handicap.

3.1 Fysisk tilgængelighed

Regionen og speciallægepraksis lægger vægt på, at den fysiske tilgængelighed i speciallægepraksis forbedres i planperioden.

Speciallægepraksis skal i videst muligt omfang tilgodese etablering af handicapvenlige adgangs- og indretningsforhold enten ved 1) at etablere praksis i handicapvenlige lokaler eller 2) at etablere handicapvenlige adgangsforhold og øvrig indretning i eksisterende praksislokaler.

Lokalerne skal altid være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler om tilgængelighed, jf. overenskomstens § 42, således at der etableres handicapvenlige forhold, hvis der sker:

- Ny bebyggelse eller væsentlig ombygning af praksis,
- Flytning af praksis, som indebærer en væsentlig ændring i benyttelsen af bebyggelsen, der flyttes til.

Mangel på egnede praksislokaler med handicapegnede forhold udgør et problem for muligheden for at opfylde krav om fysisk tilgængelighed.

For at sikre at handicaptilgængeligheden forbedres i planperioden, anbefales det:

- At handicapvenlighed indgår som et væsentligt kriterium, når samarbejdsudvalget træffer beslutning vedrørende ansøgning om flytning eller kapacitetsudvidelser,
- At handicapvenlige forhold gøres til en betingelse ved ansøgning om nynedsættelser (nye kapaciteter),
- At der etableres et samarbejde mellem relevante aktører i forhold til at kortlægge og fjerne praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler.

Samarbejdsudvalget for speciallægepraksis har udarbejdet administrative retningslinjer for flytning, der understøtter, at der kan blive taget stilling til ansøgninger om flytning administrativt, såfremt der er uændret eller forbedret fysisk tilgængelighed, og der er uændret eller forbedret geografisk dækning mv. Retningslinjerne vedlægges som bilag.

3.1.1 Oplysninger om fysisk tilgængelighed

Regionen og speciallægerne lægger vægt på, at det er let for patienterne at opnå oplysninger om tilgængelighed i speciallægepraksis.

Speciallægepraksis skal i henhold til overenskomstens § 39 oplyse på sundhed.dk, hvorvidt udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletforhold tilgodeser bevægelseshæmmede patienter. Omkring en tredjedel af de praktiserende speciallæger har ikke afgivet oplysninger på sundhed.dk om praksis' adgangs- og toiletforhold. Det vides ikke, om der er tale om mangelfuld registreringspraksis, eller om den manglende registrering skyldes, at praksis ikke har handicapvenlige forhold.

Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget fortsat følger op på udviklingen vedr. handicapeget adgang til praksis, herunder:
 - [At der gennemføres en undersøgelse af muligheden for forbedring af tilgængeligheden for handicappede i speciallægepraksis, eventuelt af en ekstern, rådgivende organisation](#)
 - At samarbejdsudvalget årligt følger op på handicaptilgængelighed med udgangspunkt i oplysninger om fysisk tilgængelighed på sundhed.dk
 - At samarbejdsudvalget over for de enkelte speciallægepraksis understreger forpligtelsen til at opdatere praksisdeklarationen på sundhed.dk med klinikinformation om adgangs- og toiletforhold for handicappede, så informationer bliver tydelige for patienterne.

3.2 Telefonisk tilgængelighed

Speciallægepraksis skal normalt have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af ikke under to timers varighed. Desuden skal oplyses om træffetider, herunder tidsbestilling og telefonkonsultation, via praksisdeklarationen på sundhed.dk.

Dog fremgår oplysninger om telefontid ikke synligt af praksisdeklarationen på sundhed.dk. Desuden opfyldes kravet om to timers telefonisk

tilgængelighed for blandt andet tidsbestilling på konsultationsdagene ikke altid af speciallægerne.

Derfor anbefales det:

- At samarbejdsudvalget følger op på den telefoniske tilgængelighed i speciallægepraksis, samt
- At samarbejdsudvalget følger op på den manglende indberetning om træffetider til sundhed.dk.

3.3 Elektronisk tilgængelighed

Elektronisk kommunikation (e-mailkonsultation, receptfornyelse, tidsbestilling og prøvesvar) er en del af speciallægepraksis' tilbud til de patienter, der er i behandling hos speciallægen i det omfang, det er relevant for patientens forløb. Speciallægepraksis skal via information på speciallægens praksisdeklaration på sundhed.dk oplyse, om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og hvordan man som patient får adgang til dette. Når speciallægen tilbyder e-ydelser, er servicemålet, at alle elektroniske henvendelser, der kræver svar, besvares inden to klinikdage. Ligeledes skal det fremgå, hvis speciallægen er fraværende i en periode, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage.

Det er forskelligt blandt speciallægepraksis, i hvilket omfang elektronisk kommunikation tilbydes til patienterne, herunder er der forskel i oplysningen til patienterne.

Derfor anbefales det:

- At samarbejdsudvalget planlægger en indsats for at udbrede tilbuddet om elektronisk kommunikation i speciallægepraksis.

3.4 Ventetider

Det fremgår af overenskomstens § 39, at speciallægepraksis skal oplyse om ventetider til 1. konsultation for ikke-akutte patienter via praksisdeklarationen på sundhed.dk. Ifølge overenskomsten skal ventetider opdateres jævnligt og mindst hver anden måned. Ca. 94 % af speciallægepraksis i Region Hovedstaden har indberettet ventetid pr. 24. marts 2013. Der er altså nogle speciallægepraksis, der ikke lever op til kravet om at indberette ventetidsoplysninger. Af de indberettede ventetider lever 38% op til overenskomstens krav om at være opdateret inden for de sidste to måneder.

Det anbefales derfor:

- At samarbejdsudvalget følger op på indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Gennem samarbejdet med de praktiserende læger sikres det, at hvis en patient af egen læge skønnes at have behov for hurtig behandling (subakut tid), vil dette behov normalt kunne efterkommes.

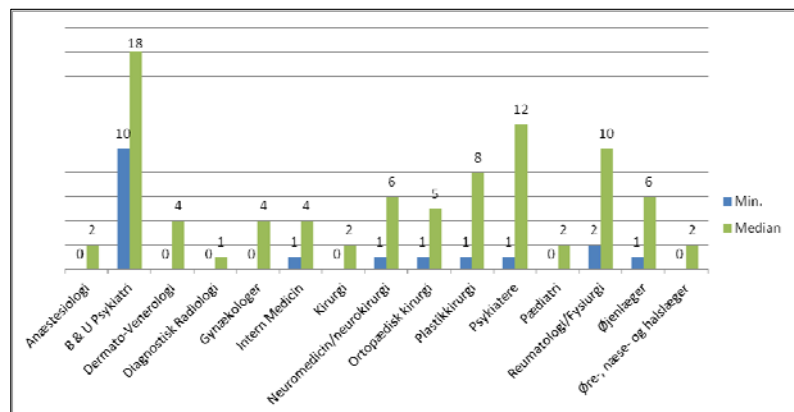
De aktuelle ventetider til ikke-akut behandling, der senest foreligger opgjort pr. 24. marts 2013, fremgår af nedenstående skema. Det er altovervejende deltidspraksis/overlægepraksis, der mangler at foretage indberetning af ventetider til sundhed.dk.

Tabel 2: Oversigt over ventetider i speciallægepraksis pr. 24. marts 2013

Speciale	Median ventetid til ikke-akut behandling, antal uger (variationen angivet i parentes)
Anæstesiologi	2 (0-40)
B&U psykiatri	18 (10-24)
Dermato-Venerologi	4 (0-16)
Diagnostisk Radiologi	1 (0-3)
Gynækologi	4 (0-15)
Intern Medicin	4 (1-25)
Kirurgi	2 (0-20)
Neuromedicin/neurokirurgi	6 (1-10)
Ortopædkirurgi	5 (1-28)
Plastikkirurgi	8 (1-17)
Psykiatri	12 (1-52)
Pædiatri	2 (0-12)
Reumatologi	10 (2-52)
Øjenlæger	6 (1-52)
Øre-, næse- og halslæger	2 (0-14)

Nedenfor ses ventetiderne grafisk afbilledet. Ventetiderne inden for samtlige specialer har været stabile siden registreringen begyndte 1. juni 2011. [Det fremgår af tabellen, at de højeste ventetider ses for specialerne børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og reumatologi.](#)

Figur 2: Ventetider i speciallægepraksis i hele uger pr. 24. marts 2013



Det anbefales:

- At samarbejdsudvalget følger ventetider årligt, herunder mulige årsager til lange ventetider.

4. Praksisfællesskaber

Det fremgår af Kapacitetsplan 2012, at regionen ønsker at fremme praksisfællesskaber, idet praksisfællesskaber generelt har en række fordele:

- Øgede rekrutteringsmuligheder
- Øget brug af praksispersonale
- Fælles apparaturudnyttelse
- Faglig sparring

Desuden fremgår det af kapacitetsplanen, at det kan være relevant for nogle speciallægers vedkommende at indgå i lokalefællesskab med andre ydergrupper. Der er således et potentiale for en udvikling på området.

Med henblik på at fremme praksisfællesskaber har der i projektform været etableret en ordning, hvor praksis har kunnet søge rådgivning og facilitering i forhold til større flytte- og sammenlægningsprocesser. Regionen har fokus på at anvende metoder og erfaringer fra projektet til fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.

Med henblik på at understøtte en udvikling af praksisstrukturen henimod større enheder og netværksdannelse, samt at skabe sammenhæng til andre tilbud i det nære sundhedsvæsen, skal indsatsen i planperioden fokusere på:

- At der tages hensyn til muligheder for samarbejde med kommunale sundhedstilbud, andre ydergrupper i praksissektoren eller udgående

hospitalsfunktioner¹ ved kapacitetsplanlægning og løbende samarbejdsudvalgsafgørelser om kapacitetsforhold.

- At muligheden for etablering af praksisfællesskaber tilgodeses ved relevante sager i samarbejdsudvalget, fx i forbindelse med flytning, men dog underordnet i forhold til fysisk tilgængelighed og geografisk dækning.

5. Administrative retningslinjer

I samarbejdsudvalget for speciallægepraksis er der udarbejdet retningslinjer for sagsbehandlingen af praksisforhold i planperioden på følgende områder:

Der er allerede udarbejdet administrative retningslinjer for:

- Flytning af speciallægepraksis (bilag 2)
- Tildeling af assisterende speciallægehjælp (bilag 3)

¹ Det vil sige hospitalsansat personale, der varetager behandling uden for hospitalet

Udvikling

1. Indledning

For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen samt understøtte kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. I udviklingsdelen fokuseres der på, hvilke indsatser der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet.

2. Baggrund

Overenskomst om Speciallægehjælp beskriver de overordnede mål og visioner for speciallægehjælp som en integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Overenskomstens udviklingsdel tager udgangspunkt i en fælles ambition mellem overenskomstens parter om at forny og udvikle speciallægehjælp i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Denne ambition skal ses i lyset af samfundsudviklingen med stigende pres på ressourcerne til sundhedsområdet, en teknologisk udvikling der muliggør nye behandlinger, ændring i sygdomsmønstret blandt borgerne og en øget specialisering på hospitalerne². Sideløbende med denne udvikling er det centralt, at tilbud udbygges uden for hospitalerne og tæt på patienterne, herunder i praksissektoren.

Speciallægepraksis har rollen som den specialiserede del af praksissektoren, der skal fungere som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud i lokalmiljøet. Speciallægepraksis udgør i mange tilfælde et alternativ til ambulans behandling på regionens hospitaler, som kan træde til og løfte opgaver i relation til patientforløb, hvor den højt specialiserede hospitalsbehandling ikke er en forudsætning for opnåelse af den rette kvalitet i forløbet. Med denne rolle skal speciallægepraksis i fremtiden indgå i et endnu tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.

² Når hospitalerne omtales i indeværende kapitel, henvises der til såvel de somatiske som psykiatriske hospitaler, med mindre andet fremgår specifikt.

Fokus for udviklingsdelen af praksisplanen er udvikling af kvalitetsarbejdet og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Et af sporene er derfor en ambition om et *øget samspil*, hvor regioner og speciallægepraksis har en gensidig forpligtelse til at etablere og fastholde et godt samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet.

Et andet spor er at udvikle og understøtte *arbejdet med kvalitet* i speciallægepraksis, så der sikres høj kvalitet i speciallægepraksis, herunder forberedelse til akkreditering efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Ifølge overenskomsten skal speciallægerne i samarbejde med regionen arbejde for at sikre optimale og sammenhængende patientforløb, hvor der er kvalitet og sammenhæng i de ydelser, der leveres i almen praksis, speciallægepraksis og på hospitalerne. Heri ligger også, at speciallægerne er fleksible i forhold til de stadigt skiftende behov for sundhedsydelser, sådan at der leveres ydelser, der matcher patienternes behov og regionens forsyningsforpligtelse.

Således understøtter de overenskomstmæssige rammer regionens ønske om at sikre et sammenhængende og patientorienteret sundhedsvæsen, hvor der tænkes i helheder for den enkelte patient, og hvor der er kvalitet og sammenhæng i de sundhedsydelser, der leveres i henholdsvis praksissektoren og på hospitaler³.

Den samlede praksisplan for speciallægepraksis, herunder den allerede udarbejdede kapacitetsplan, skal understøtte dette.

3. Samarbejde og samordning med det øvrige sundhedsvæsen

I denne del af praksisplanen fokuseres der på indsatser, der skal medvirke til større grad af samarbejde og samordning mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Visionen er, at speciallægepraksis ses som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i regionen, hvor patienterne sikres et sammenhængende patientforløb.

3.1 Opgavefordeling mellem sektorerne

Målsætning:

³ Jf. Regionens sundhedspolitiske hensigtserklæringer (2006) og Afrapportering fra underudvalget for sundhed vedr. praksisområdet (2007)

Speciallægepraksis skal i højere grad ses som en integreret del af regionens samlede kapacitet på speciallægeområdet.

Dette skal ske ved:

- Udvikling af rammerne for *kortlægning, analyse og vurdering* af områder, hvor speciallægepraksis med fordel kan inddrages yderligere i den samlede sundhedsplanlægning i regionen i planperioden,
- At der opnås erfaringer med muligheden for at friholde og anvende kapacitet i speciallægepraksis til at løfte opgaver, som regionen ser et behov for.

Speciallægepraksis løfter væsentlige opgaver i det danske sundhedsvæsen. Der er dog variation på tværs af specialer og på tværs af landet i forhold til, hvor stor en andel af de ambulante speciallægelige behandlinger, der foretages i speciallægepraksis.

For nogle specialer varetager speciallægepraksis hovedparten af opgaverne indenfor specialet, mens speciallægepraksis inden for andre specialer udgør et mindre, men betydningsfuldt supplement til hospitalernes ambulante funktioner. Generelt gælder, at der er større aktivitet pr. borger i speciallægepraksis i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner⁴.

Overenskomstens fokus på øget integration af speciallægepraksis fokuserer blandt andet på muligheden for at ændre opgavefordelingen mellem sektorerne i sundhedsvæsenet.

3.1.1 Analyse og vurdering af opgavefordelingen

Det er et fælles anliggende for regionen og speciallægerne at skabe fokus på, hvordan kapaciteten i speciallægepraksis i højere grad kan planlægges i sammenhæng med den øvrige speciallægebehandling på regionens hospitaler.

En nylig udarbejdet rapport fra Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA)⁵ peger på, at man ikke entydigt kan slutte, at man får mere sundhed for pengene ved at vælge den ene sektor frem for den anden. Det må hver gang bero på en konkret analyse og vurdering⁶.

⁴ Jf. tabel 10 i grundbeskrivelsen. Region Hovedstaden har en større udgift til speciallægehjælp pr. borger såvel som pr. patient end de øvrige regioner.

⁵ PaSS – Patientforløb i Speciallægepraksis og på Sygehus, KORA 2012

⁶ Udfordringerne ved at sammenligne regionernes omkostninger ved 'køb' af sundhedsydelser i de to sektorer handler blandt andet om forskelle i: patientpopulationer, organisatoriske forløb, tilgængelige registerdata, opgørelsesmetode for behandlingsomkostninger (herunder indirekte omkostninger på hospitalerne) mv.

Regionen fik i 2009 udviklet en model⁷ til brug for analyse af 'Bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i speciallægepraksis og hospitalerne'. Analysemodellen kan indgå i grundlaget, når mulighederne for at inddrage speciallægepraksis yderligere i den samlede sundhedsplanlægning i regionen skal vurderes.

Faktaboks

Analysemodel til brug for analyse af 'Bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i speciallægepraksis og hospitalerne (Forvaltningsrevisionsanalyse, Deloitte 2009)

Modellen favner nogle overordnede temaer, som er relevante at inddrage i en analyse af optimal opgaveplacering mellem speciallægepraksis og hospitalerne, herunder:

- omkostninger ved at placere ydelser på regionens hospitaler contra hos de praktiserende speciallæger,
- en vurdering af kvaliteten i de to sektorer,
- en vurdering af patientforløbet ved placering i henholdsvis speciallægepraksis og på hospitalerne,
- lokaler og udstyr samt
- håndtering af uddannelsesforpligtelsen

Samarbejdsudvalget har besluttet at inddrage analysemodellen ved vurdering af placering af opgaver, som kan placeres i både speciallægepraksis og på hospitaler⁸.

På den baggrund skal følgende indgå i vurdering og analyse af forslag til ændret opgavefordeling:

- At opgaverne skal løses der, hvor de på én gang er billigst og bedst (kvalitet, sammenhæng, service mv.).
- At muligheden for ændret opgavefordeling samtidig skal koordineres i forhold til hospitalernes akut-/vagtforpligtelse, uddannelsesforpligtelse og hensynet til rationel drift, også i speciallægepraksis.

3.1.2 Friholdelse af kapacitet (80-20 model)

Overenskomsten indeholder nye muligheder for at indgå aftaler med praktiserende speciallæger om varetagelse af opgaver, som regionen har behov for at få løftet.

⁷ Forvaltningsrevisionsanalyse i Region Hovedstaden 'Bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i speciallægepraksis og hospitalerne' (Deloitte, 2009).

⁸ Jf. protokol fra speciallægesamarbejdsudvalgets møde den 16. juni 2010.

Med overenskomsten for speciallægepraksis er der skabt mulighed for en mere fleksibel model for aftaleindgåelse med speciallægepraksis end tidligere. Modellen medfører, at alle speciallæger eller grupper af speciallæger efter gensidig aftale med regionen kan friholde op til 20 % af deres kapacitet til opgaver, som parterne er enige om skal udføres.

På baggrund af en samlet planlægning af speciallægebehandlingen i regionen, giver modellen mulighed for at forhandle råderumsaftaler lokalt med speciallægerne med udgangspunkt i regionens behov. Aftalemodellen er dermed med til at skabe mulighed for en større integrering af speciallægepraksis i den samlede sundhedsplanlægning.

80-20 vurderes som en velegnet model til at se kapaciteten i speciallægepraksis som en del af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet. Samtidig vil modellen kunne bidrage til at give speciallægepraksis fodfæste på nye udviklingsområder. I planperioden skal der derfor fastlægges rammer for samt indhentes erfaringer med anvendelsen af modellen.

3.1.3 Øvrige lokalaftaler (§§ 64 & 65)

Ifølge overenskomsten kan der lokalt indgås § 64 og § 65 aftaler, som vedrører honorering af ydelser ud over overenskomsten.

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

Der er i regionen indgået lokalaftaler inden for specialerne øjenlægehjælp, ørelægehjælp, kirurgi, dermatologi, pædiatri, gynækologi og børne- og ungdomspsykiatri. Der er aftalt særskilt budget til hver enkelt aftale. Udgifter vedr. § 64 og § 65 aftaler er ikke inkluderet i den økonomiske ramme inden for speciallægehjælp.

3.2 Det tværsektorielle samarbejde

Målsætning:

Speciallægepraksis skal bidrage til at sikre sammenhængende og effektive patientforløb.

Dette skal ske ved:

- At arbejdet med at udvikle et velfungerende samarbejde præget af dialog og gensidig tillid mellem speciallægepraksis og det omgivende sundhedsvæsen fortsættes i planperioden,
- At arbejdet med at udvikle specialeviser patientforløbsbeskrivelser intensiveres, således at såvel beskrivelsen af opgavemæssige snitflader til det omgivende sundhedsvæsen som beskrivelsen af behandlingen i speciallægepraksis fremstår klart,
- At aktiviteten i de specialeviser samarbejdsfora (tre-partsgrupperne) udvikles, så deres aktivitet bliver mere målrettet herunder særligt fokuseret på udvikling af patientforløbsbeskrivelser.

3.2.1 Kommunikation mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen

En god kommunikation på tværs af sektorer ([herunder](#) almen praksis, speciallægepraksis og hospitaler) kan være med til at sikre, dels at patienterne oplever en større sammenhæng og kontinuitet i patientforløb på tværs, dels at fejl og utilsigtede hændelser som følge af sektorskift minimeres og endelig, at antallet af unødige dobbeltundersøgelser mindskes⁹. Derudover er det en målsætning for planperioden, at speciallægepraksis oplever og medvirker til en gnidningsfri visitation og kommunikation til det øvrige sundhedsvæsen.

Fælles Medicinkort

Som et middel til at opnå en effektiv og sikker behandling skal speciallægepraksis anvende det Fælles Medicinkort (FMK) til at dele oplysninger om patientens medicin på lige fod med det øvrige sundhedsvæsen (se desuden kvalitetsafsnittet).

Kommunikation med andre ydere i praksissektoren og kommunerne

Patienterne i speciallægepraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre et sammenhængende forløb for patienten er det vigtigt, at kommunikationen mellem almen praksis og speciallægepraksis er fokuseret, så de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens alment praktiserende læge (epikriser).

I overensstemmelse hermed stiller overenskomsten krav om, at praktiserende speciallæger meddeler den henvisende læge, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet i speciallægepraksis med angivelse af resultatet af undersøgelse eller behandling, evt. med rådgivning for den fremtidige behandling¹⁰.

⁹ 'Afrapportering af KVIS-delprojektet om kvalitetssikring af sektorovergange', FAS og Danske Regioner

¹⁰ Der er særlige krav til øjen- og ørelæger, som kan opsøges uden henvisning.

Desuden er det vigtigt, at oplysningerne præsenteres på en overskuelig og struktureret måde for begge parter, således at fokus skærpes på de oplysninger, der er relevante for et sammenhængende forløb. Såvel almen praksis som speciallægepraksis er ifølge overenskomsterne forpligtet til at anvende de relevante MedCom-standarder i kommunikationen.

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, fx ved komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem reumatologer, kiropraktorer og fysioterapeuter kan være relevant. Det kan også være i forhold til behandlingsforløb for patienter med angst og depression, hvor samarbejde mellem psykiatere, almen praksis og psykologer kan være relevant. Formålet hermed kan være kommunikation om konkrete patientforløb såvel som samarbejde for at undgå dobbeltundersøgelser.

[Aftaler om regionens samarbejde med kommunerne sker primært i regi af sundhedsaftalerne. Herunder kan der også i relevant omfang ske en koordinering mellem speciallægepraksis og kommunernes øvrige tilbud, hvor begge parter er involveret, fx i forhold til reumatologi, voksenpsykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri](#)

[Det anbefales, at](#)

- [Samarbejdsudvalget i planperioden vurderer behovet for en indsats, der fokuserer på kommunikationen mellem speciallægepraksis og de øvrige praksisydere og kommuner, herunder særligt almen praksis.](#)
- [Samarbejdsudvalget iværksætter relevante aktiviteter i den forbindelse.](#)

[Kommunikation med hospitalerne – epikriser, central visitation og diagnostiske enheder](#)

Epikriser til praktiserende speciallæger:

For praktiserende speciallæger, der har en direkte opfølgende behandlingsopgave over for patienter, der har været behandlet på et af regionens hospitaler, er det centralt, at der sendes epikrise til speciallægepraksis indeholdende al relevant og nødvendig information for den videre behandling, jf. sundhedsstyrelsens vejledning om epikriser.

Slettet: I planperioden bør samarbejdsudvalget vurdere behovet for en indsats, der fokuserer på kommunikationen mellem almen praksis og speciallægepraksis og eventuelt iværksætte relevante aktiviteter.¶

Der er etableret central visitationsordning (CVI) og diagnostiske enheder, der forventes at forbedre procedurerne omkring praksissektorens henvisning til hospitalsbehandling samt den videre diagnostiske udredning.

CVI:

I maj 2011 blev der etableret *fire centrale visitationsenheder (CVI'er)* for somatikken i Region Hovedstaden:

- CVI Midt (Herlev Hospital),
- CVI Syd (Hvidovre Hospital),
- CVI Byen (Bispebjerg Hospital),
- CVI Nord (Hillerød Hospital).

CVI'ernes arbejdsopgaver består i at modtage og fordele alle henvisninger fra speciallægepraksis, almen praksis og lægevagt til hospitalsafdelingerne og kan desuden formidle kontakt til en anden læge/personale på den modtagende afdeling ved behov for direkte dialog mellem fx speciallægen og afdelingen. CVI er derfor et godt redskab til at sikre effektive patientforløb.

Region Hovedstaden har gennemført en evaluering af central visitation. Evalueringen viser, at 56 % af de praktiserende speciallæger har et positivt samlet indtryk. En del speciallæger har dog ikke oplevet et behov for CVI, idet de har haft en tæt kontakt til de specifikke afdelinger, de typisk har henvist til. Desuden peger en del praktiserende speciallæger på, at de oplever flere elektive fejlhenvisninger. En del utilfredshed kan endvidere henføres til usikkerhed blandt de praktiserende speciallæger om henvisningsprocessen samt arbejdsgange i CVI.

I juni 2012 blev der desuden oprettet en Psykiatrisk CVI (PCVI), der modtager alle henvisninger inden for voksenpsykiatrien. PCVI er bemanded med blandt andet læger i psykiatri. Det forventes, at PCVI fra sommeren 2013 også vil omfatte børne- og ungdomspsykiatrien.

Initiativer til at optimere henvisningsproces:

Regionen arbejder med en fornyet informationsindsats over for praksissektoren om brug af CVI med fokus på blandt andet henvisningsretningslinjer (pakkehenvisninger, servicemål, læge-til-lægekontakt, info på sundhed.dk) og "Den Gode Henvisning" herunder mulighed for vedhæftning af filer til den elektroniske henvisning, samt patienttransport/kørselstyper og information, og hvordan CVI allerede i dag i praksis håndterer henvisninger patientsikkert.

Det er vigtigt at speciallægepraksis fortsat indtænkes og involveres ved kommende indsatser for at forbedre brugen af CVI.

Diagnostiske enheder:

Der er desuden i april 2012 etableret diagnostiske enheder på de fire akuthospitaler Hillerød Hospital, Herlev Hospital, Hvidovre Hospital og Bispebjerg Hospital. Enhederne er multidisciplinære og tilbyder ambulant, sub-akut udredning for patienter, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, men hvor symptomer er uklare.

Formålet med enhederne er at mindske den sundhedsfagligt ubegrundede ventetid for patienterne mest muligt. Praksissektoren og hospitalsafdelinger kan henvise patienter til enhederne. I hver af de diagnostiske enheder indgår en rådgivende funktion, som skal sikre, at praksissektoren og hospitalsafdelinger kan få kontakt til en bredt funderet internmedicinsk speciallæge, der kan yde vejledning og sparring i forhold til udredning og eventuel henvisning af konkrete patienter.

3.2.2 Sammenhængende patientforløb

Shared care

Begrebet shared care anvendes hyppigt i sundhedsdebatten i Danmark. Ved shared care forstås et tværsektorielt samarbejde om patientforløb på tværs af sektorer (fx speciallægepraksis og hospital eller almen praksis) med en aftalt opgave- og ansvarsfordeling.

Regionen vil i planperioden arbejde for mere sammenhængende patientforløb mellem speciallægepraksis og hospitalerne med henblik på at forenkle patientforløb og undgå dobbeltundersøgelser.

Eksempler: Shared care

Leddegigt

Her varetager praktiserende reumatologer den specifikke ledbehandling, men patienter med leddegigt har øget risiko for hjerte-kar sygdomme.

Risikofaktorer for dette håndteres i almen praksis, fx ved samtaler om KRAM-faktorerne¹¹ eller diabetesudredning.

Medicinsk og kirurgisk gastroenterologi

Her er tæt samarbejde mellem hospital og speciallægepraksis for så vidt angår cancerscreening, fx ved patienter med familiære dispositioner, hvor man har fjernet polypper, men der ikke er tale om cancer. Sådanne patienter skal følges jævnlige ved skopier, og denne opgave bliver løst i speciallægepraksis.

¹¹ KRAM: Kost, Rygning, Alkohol og Motion

Udvikling af patientforløbsbeskrivelser

Specialevisse patientforløbsbeskrivelser beskriver dels arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen herunder internt i praksissektoren, dels skaber de ensartethed i behandlingen i de enkelte praksis inden for hvert speciale, idet de beskriver indsatsen i speciallægepraksis med udgangspunkt i gældende kliniske retningslinjer mv. Dette understøtter, at de rette patienter følges i speciallægepraksis, samt medvirker til at patienterne modtager den rette behandling.

Derfor vurderes et øget og systematisk arbejde med at udvikle patientforløbsbeskrivelser inden for de enkelte specialer som et centralt element i kvalitetsudviklingen i speciallægepraksis (jf. desuden kvalitetsafsnittet). Samtidig vurderer regionen, at udvikling af specialevisse patientforløbsbeskrivelser kan rumme et effektiviseringspotentiale, hvilket ses som et vigtigt element i prioriteringen af praktiserende speciallægers aktivitet inden for en eventuel 80-20 model.

Der er allerede udarbejdet en række tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser i regi af praksiskonsulentordningen for almen praksis. Disse patientforløbsbeskrivelser er afstemt med de relevante sundhedsfaglige råd og kan i varierende grad være relevant for speciallægepraksis. Arbejdet med udvikling af specialevisse patientforløbsbeskrivelser bør koordineres med de relevante sundhedsfaglige råd samt de allerede udviklede patientforløbsbeskrivelser.

Forløbsprogrammer og pakkeforløb

Såvel de nationale pakkeforløb som de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom sætter rammer for behandlingen af patienter med bestemte lidelser, herunder patientens forløb gennem sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammerne er udviklet regionalt og danner rammen for organiseringen af indsatserne for kronisk syge patienter. I forløbsprogrammerne præciseres, hvem der har ansvaret for hvilke patienter, og hvad indholdet i de indsatser, der gives patienterne, skal være. Formålet er en klar arbejdsdeling mellem sektorerne, som skal sikre, at patienterne oplever et helt og sammenhængende forløb.

Der er udarbejdet forløbsprogrammer for demens, diabetes, hjerte-kar, KOL og lænderyg lidelser. Speciallægepraksis' rolle i forløbsprogrammerne varierer. For alle programmerne gælder, at speciallægepraksis kan have del i det opsporende arbejde, fx opsporing af demenspatienter i neurologisk og psykiatrisk speciallægepraksis. Derudover kan speciallægepraksis have opgaver i udrednings- og behandlingsarbejdet. Fx er praktiserende

speciallæger i reumatologi tiltænkt en behandlende rolle i forløbsprogrammet for lænde-ryg lidelser.

Pakkeforløb er nationalt gældende og har til formål at tidsfastsætte patientens forløb fra mistanke om sygdom, til behandling er fuldstændt gennem udredning, diagnose, behandling og eventuel rehabilitering¹². Pakkeforløb er en vigtig brik i, hvordan patientens rejse gennem sundhedsvæsenet bliver optimal, idet pakkerne sikrer smidige, gennemtænkte og ensartede forløb.

Pakkeforløb er multidisciplinært organiseret og kan involvere flere sektorer, afdelinger og specialer både på hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau.

Pakkeforløb giver anledning til at indtænke speciallægepraksis i situationer, hvor regionens hospitaler mangler kapacitet til at løse opgaven.

Eksempel: Pakkeforløb på hjerteområdet

I forbindelse med implementeringen af hjertepakkerne har 10 speciallægepraksis i kardiologi ønsket at deltage i hjertepakkeforløbene. Speciallægepraksis' rolle er at foretage udredningsydelse, blandt andet ekkokardiografi og EKG.

Eksempler: Pakkeforløb på kræftområdet

De endoskopoperende praktiserende speciallæger (kirurger og medicinske gastroenterologer) indgår i udredningsforløbet vedr. tyk- og endetarmskræft.

I forhold til udredning vedr. gynækologiske kræftsygdomme indgår speciallægepraksis ligeledes.

De praktiserende øre-, næse-, og halslæger i regionen har i forhold til hoved- og halskræft en central visitationsfunktion i forhold til hospitalerne.

Af hensyn til patienternes samlede behov for et koordineret forløb er det vigtigt, at speciallægepraksis inddrages i udarbejdelse og implementering af kommende regionale og nationale forløbsprogrammer/pakkeforløb, hvor det er relevant.

Udredningsgaranti og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg

Fra 1. september 2013 skal regionen tilbyde udredning på hospitalerne inden for en måned. Patienten vil som hovedregel få ret til udvidet frit sygehusvalg

¹² Jf. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme, Region Hovedstaden 2011

efter en eller to måneder fra den dag, patienten er udredt. Hvis det ikke er fagligt muligt at udrede patienten inden for en måned, skal regionen inden for samme frist udarbejde en plan for det videre udredningsforløb og informere patienten herom. Speciallægepraksis kunne også indgå i udredningen, hvis hospitalskapaciteten på et område ikke er tilstrækkelig, enten direkte eller ved flytning af andre opgaver.

3.2.3 Formaliserede samarbejdsfora

Tre-partsgrupper – specialeorienterede samarbejdsfora

Som et middel til at etablere et godt samarbejde, herunder dialog på tværs af sektorerne, anbefaler speciallægeoverenskomsten, at der oprettes såkaldte tre-partsgrupper, hvor repræsentanter fra almen praksis, speciallægepraksis og hospitalsvæsenet mødes og drøfter relevante udfordringer og løsninger i relation til samarbejde og patientforløb. Foraene kan skabe et bedre kendskab til muligheder og kompetencer i speciallægepraksis og på hospitalerne. Gruppernes arbejde skal koordineres med de relevante sundhedsfaglige råd (se desuden nedenfor ang. koordinering med SFR).

I Region Hovedstaden har der siden 2009 eksisteret specialeorienterede samarbejdsfora (3-partsgrupper) med reference og rådgivende beføjelser til samarbejdsudvalget.

Der har været udarbejdet handleplaner og årsrapporter for hver af tre-partsgrupperne for perioden 1. oktober 2010 - 30. september 2011. I forbindelse med udarbejdelsen af praksisplan 2013-2017 er der foretaget en evaluering af tre-partsgruppernes aktivitet.

På baggrund af evalueringen og årsrapporterne fremgår det, at en række tre-partsgrupper har fundet det svært at løfte opgaverne i deres kommissorium. Der peges særligt på, at almen praksis har været svær at få inkorporeret i arbejdet, at der for en vis del er overlap i opgaverne med andre nationale eller regionale fora, fx arbejdet i de sundhedsfaglige råd, og at arbejdet ikke har udmøntet sig nok i konkrete ændringer i opgavefordelingen mellem speciallægepraksis og hospitalerne. Aktiviteten i trepartsgrupperne har desuden været meget uens, idet nogle grupper har haft begrænset aktivitet. Derfor skal der i planperioden ske en udvikling af de specialeorienterede samarbejdsfora, så de i højere grad bliver i stand til at opfylde formålet med at fremme det tværsektorielle samarbejde, og således at deres arbejde bliver målrettet mod mere konkrete opgaver.

Udvikling af det specialeorienterede samarbejde

For at gøre aktiviteten i de specialeorienterede samarbejdsfora mere målrettet foreslås det, at såvel organisering som funktion og opgavetilrettelæggelse i de specialeorienterede samarbejdsfora revideres i planperioden. Sammensætningen af grupperne bør afspejle, at relevansen af almen praksis' deltagelse varierer mellem specialerne. Derfor bør almen praksis fremover indgå i arbejdet ved konkrete behov frem for som en fast repræsentant.

De specialeorienterede samarbejdsfora skal udvikle patientforløbsbeskrivelser inden for de enkelte specialer, der både beskriver opgavefordelingen *mellem speciallægepraksis* og henholdsvis almen praksis og hospitalerne og beskriver behandlingen *i speciallægepraksis* med udgangspunkt i gældende kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer, pakkeforløb mv. Dette vil derfor være et centralt element i forænes arbejde i planperioden. Arbejdet skal koordineres i forhold til regionens øvrige arbejde med patientforløb og særligt i forhold til arbejdet i de relevante sundhedsfaglige råd.

Såfremt arbejdet med udvikling af patientforløbsbeskrivelser medfører forslag om ændringer i opgavefordelingen mellem speciallægepraksis og øvrige aktører i sundhedsvæsenet, skal der foretages en faglig såvel som økonomisk og organisatorisk vurdering af konsekvenserne.

Derudover skal de gode erfaringer fra nogle af trepartsgruppernes arbejde med at skabe fælles mødestruktur mellem repræsentanter fra de forskellige sektorer søges udbredt på tværs af specialerne i løbet af planperioden. Dette skal understøtte et øget tværsektorielt kendskab, der kan medvirke til gensidig faglig respekt og anerkendelse.

Samarbejdsudvalget skal desuden i højere grad bestille opgaver hos de enkelte specialeorienterede fora om konkrete opgaver vedr. patientforløb mv., således at arbejdet kobles til aktuelle indsatsområder.

Endelig skal det vurderes, om det er hensigtsmæssigt at etablere en ordning, der muliggør en højere grad af tværgående koordinering mellem trepartsgruppernes arbejde. Fokus kan være på implementering af initiativer, der udspringer af overenskomsten eller af samarbejdsudvalgets øvrige ønsker til indsatsområder i speciallægepraksis, fx vedrørende patientsikkerhed, akkreditering eller rationel medicinanvendelse.

Det anbefales derfor for planperioden

- at samarbejdsudvalget udvikler trepartsgrupperne til at arbejde mere målrettet, så den specialiserede viden i højere grad inddrages ved samarbejdsudvalgets behov for at få løst konkrete opgaver.

Principper for udvikling af de specialeorienterede samarbejdsfora:

Udviklingen i de specialeorienterede samarbejdsfora (to/trepartsgrupperne) skal ske ud fra følgende principper:

- At almen praksis frem over bør inddrages *ved behov*
- At gruppernes arbejde skal gøres mere målrettet blandt andet ved:
 - at samarbejdsudvalget skal kunne bestille opgaver hos grupperne
 - at grupperne skal arbejde med patientforløbsbeskrivelser inden for hvert speciale
- Evt. etablering af en tværgående ordning/funktion med henblik på højere grad af tværgående koordinering
- At grupperne skal fortsætte arbejdet med at skabe fælles mødestruktur mellem repræsentanter fra de forskellige sektorer mv. for at øge den gensidige faglige respekt og anerkendelse på tværs af sektorerne
- At arbejdet i de specialeorienterede samarbejdsfora skal koordineres med arbejdet i SFR, hvorfor samarbejdsudvalget i planperioden bør arbejde for en afklaring af snitfladen til SFR, herunder særligt ang. arbejdet med patientforløbsbeskrivelser.

Sundhedsfaglige råd og komiteer

I Region Hovedstaden er der etableret sundhedsfaglige råd (SFR) inden for hvert af de hospitalsbaserede, lægefaglige specialer samt for en række tværgående, specifikke sygdomsområder fx diabetes og demens. SFR rådgiver regionen i sundhedsfaglige spørgsmål inden for området, fx kvalitet, specialeplanlægning og patientforløb. De praktiserende speciallæger er repræsenteret i de praksisrelevante SFR.

Faktaboks

Opgaver for de sundhedsfaglige råd (SFR):

De sundhedsfaglige råds opgaver omfatter sundhedsfaglig rådgivning om den kliniske og sundhedsfaglige praksis inden for det sundhedsfaglige speciale/område, deltagelse i analyse og vurdering af de sundhedsfaglige aspekter ved organisationsændringer, belysning af uddannelses- og forskningsspørgsmål af betydning for fagets virke samt formidling af resultater af rådets arbejde.

Desuden omfatter rådernes opgaver løbende overvågning, analyse og drøftelse af den kliniske kvalitet inden for eget område, revision og identifikation af

nye sygdomsspecifikke kliniske indikatorer til brug for kvalitetsudvikling samt opgaver vedrørende patientsikkerhed og brugeroplevelser.

Endelig udfærdiger rådene kliniske vejledninger og tværsektorielle patientforløbsbeskrivelser i samarbejde med praksiskoordinatorer, herunder identifikation af indsatsområder og implementering – med fokus på sikring af tværsektoriel sammenhæng og kontinuitet.

Øvrige opgaver omfatter lægemiddelrekommandationer, medvirken til koordination og samarbejde internt i sygehusvæsenet og til primær sektor herunder deltager i relevant samarbejde med øvrige råd og komiteer samt udarbejdelse og revision af relevant fælles skriftligt patientinformationsmateriale.

Overenskomsten lægger vægt på, at de sundhedsfaglige råd bør anvendes til at styrke dialogen mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. Det er vigtigt, at der fortsat sikres repræsentation fra speciallægepraksis i relevante SFR. Samtidig skal der i fornødent omfang sikres en afklaring af den opgavemæssige og kompetencemæssige arbejdsfordeling mellem SFR, således at arbejdet i de specialeorienterede samarbejdsfora supplerer arbejdet i de sundhedsfaglige råd. Det bør overvejes, om der kunne være behov for at revidere antallet af praktiserende speciallæger i udvalgte sundhedsfaglige råd.

4. Kvalitetsudvikling

I denne del af praksisplanen fokuseres på, hvilke indsatser der skal arbejdes med i planperioden for at sikre fremdrift i arbejdet med at udvikle og understøtte høj kvalitet i speciallægepraksis.

De indsatser, der arbejdes med i planperioden, vil være i overensstemmelse med, hvad der i øvrigt arbejdes med på centralt niveau. Det vil fx sige, at den igangværende akkrediteringsproces understøttes, ligesom de initiativer, der pågår i eKVIS (se faktaboks senere), understøttes. Regionens rolle vil således primært være at understøtte de aktiviteter, der pågår på landsplan. I det omfang det er muligt, vil aktiviteterne også kunne være en hjælp til at opfylde kravene i Sundhedsstyrelsens tilsynsordning, således at dobbeltarbejde undgås.

4.1 Rammer for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis

Visionen er, at alle praktiserende speciallæger arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling. Det er desuden en overordnet målsætning, at diagnostik og behandling skal basere sig på en dokumenteret, ensartet, høj kvalitet.

Visionen for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er i overensstemmelse med såvel overenskomsten som 'Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden' og i 'Regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren'(se faktaboks nedenfor).

Faktaboks

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region

Hovedstaden angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder for sundhedsvæsenets vedkommende fem overordnede indsatsområder:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Forløbsstyring og tværsektoriel udvikling

Regionerne har i 2011 fremlagt en **fælles regional strategi for kvalitetsudvikling i hele praksissektoren**, herunder også for speciallægepraksis. Strategien har som formål at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling i alle behandlergrupper, regionerne og kommunerne indgår overenskomst med.

Som samlende ramme for strategien står Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Der følger heraf, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet i og omkring deres praksis. I regionernes kvalitetsstrategi for praksissektoren er der opstillet følgende målsætninger:

- Senest ved udgangen af 2014 skal der i alle overenskomster på praksisområdet være en konkret plan for, hvordan og hvornår Den Danske Kvalitetsmodel implementeres, herunder plan for den eksterne vurdering
- Alle behandlere på praksisområdet skal arbejde med databaseret kvalitetsudvikling via datafangst, dokumentation og datafeedback samt kvalitetsopfølgning
- Kvalitetscirklen skal være en fast del af efteruddannelsesstilbuddet til alle behandlere

I det følgende fokuseres der på de indsatser, der skal realisere visionen om målrettet og systematisk kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Der skelnes mellem organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet kvalitet, jf. faktaboksen ovenfor.

4.2 Den organisatoriske kvalitet

Målsætning:

At patientforløb er optimeret via en kontinuerlig udvikling af organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelse af arbejdsgange i speciallægepraksis og samordningen af sundhedsvæsenets indsats i patientforløb.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring samt dokumentation. Det indebærer blandt andet, at speciallæger kommunikerer med det omkringliggende sundhedsvæsen og medvirker til optimale patientforløb. Ved at arbejde målrettet hermed i planperioden fremmes en behandling, der lever op til de nationale retningslinjer, og som forbedrer kliniske resultater og dermed også den faglige kvalitet.

Kvalitet i diagnostik og behandling skal funderes på viden og faglig konsensus. I speciallægepraksis sigtes mod, at relevante oplysninger/data kan sendes elektronisk til patientens praktiserende læge og andre relevante parter i sundhedsvæsenet herunder regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Se i øvrigt planens samarbejdsdel.

Kvalitetsarbejdet skal være koordineret mellem forskellige praksisgrupper og mellem det, der foregår i praksissektoren og i hospitalsvæsenet. Der skal være en gensidig videndeling og erfaringsudveksling mellem speciallægepraksis, hospitalerne, almen praksis og andre praksisgrupper.

4.2.1 Forberedelse til akkreditering

Målsætning:

At speciallægepraksis deltager i processen om akkreditering af speciallægepraksis i det omfang, det centralt bliver besluttet.

Det fremgår af overenskomsten, at Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på sigt skal omfatte alle sundhedsydelser, der modtager offentlig støtte.

Tilsvarende ses DDKM som den samlede ramme for kvalitetsudvikling i regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling i praksissektoren.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsen (IKAS) skal i overenskomstperioden udvikle og pilotteste en kvalitetsmodel for speciallægepraksis med inddragelse af parterne på grundlag af DDKM.

Opgaven består i udvikling af akkrediteringsstandarder og surveykoncept i relation til DDKM for speciallægepraksis. Modellen skal tage udgangspunkt i det kvalitetsudviklingsarbejde, der allerede er iværksat i forbindelse med KVIS-projektet, og som der arbejdes videre med i regi af IKAS.

4.3 Den sundhedsfaglige kvalitet

Målsætninger:

At praktiserende speciallæger anvender kliniske retningslinjer/guidelines i det omfang, de er udarbejdet.

At praktiserende speciallæger anvender diagnosekodning og datafangst i takt med, at der udvikles relevante indikatorer.

At praktiserende speciallæger understøttes i rationel medicinanvendelse.

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de professionelle ydelser, der har helbredelse og lindring som formål.

En forbedret sundhedsfaglig kvalitet indebærer blandt andet at:

- Speciallægepraksis undersøger og behandler efter de relevante kliniske retningslinjer/guidelines,
- Speciallægepraksis skal anvende diagnosekodning og datafangst i takt med, at der udvikles relevante indikatorsæt eller eksisterer relevante kliniske databaser.

4.3.1 Kliniske retningslinjer

En af betingelserne for, at speciallægepraksis bliver en integreret del af det øvrige sundhedsvæsen, er, at de undersøgelser og behandlinger, der ydes i speciallægepraksis, udføres efter relevante kliniske retningslinjer/guidelines. I nogle tilfælde kan der være behov for parallelle guidelines i hospitals- og praksisregi. I andre tilfælde er det vigtigt, at retningslinjerne alene tilpasses forholdene i speciallægepraksis.

Regionen forventer, at speciallægepraksis anvender gældende kliniske retningslinjer/guidelines, i det omfang de er udarbejdet. Det gælder ligeledes

de nationale kliniske retningslinjer, der udarbejdes i Sundhedsstyrelsen i perioden 2012-15. I planperioden bør det drøftes, hvordan samarbejdsudvalget kan understøtte anvendelsen af kliniske retningslinjer/guidelines.

4.3.2 Datafangst og diagnosekodning

Et centralt element i udvikling af kvaliteten af de leverede ydelser i speciallægepraksis er arbejdet med egne kvalitetsdata. Datafangst giver fx mulighed for at indsamle kvalitetsdata om behandlingen og vurdere denne med henblik på forbedring af kvaliteten. Udrulning af datafangst er derfor en forudsætning for arbejdet med databåret kvalitetsudvikling. Datafangst understøtter indrapportering til kliniske kvalitetsdatabaser samt til p-journal. Der skal i samarbejde med eKVIS (se nedenfor) løbende arbejdes med at hjælpe praksis til at bruge data til udvikling i klinikkerne.

Faktaboks

eKVIS er en enhed etableret af overenskomstens parter med det formål at koordinere kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis og implementere de kvalitetstemaer og redskaber, der er fastlagt i overenskomsten. Målet er at understøtte den faglige udvikling og sikre kvaliteten i speciallægepraksis.

Diagnosekodning er tilsvarende en forudsætning for anvendelse af datafangst. Ifølge overenskomsten skal alle speciallæger tage diagnosekodning i brug, i takt med at der er udviklet relevante indikatorsæt eller eksisterende relevante kliniske databaser.

Det anbefales, at samarbejdsudvalget understøtter, at speciallæger tager diagnosekodning i brug specialevis, i takt med at der udvikles løsninger herfor.

Indsatserne i planperioden kan være:

- Arbejde med dokumentation af kvalitet
- Kursus, temadage, konsulentbesøg
- Patientsikkerhed
- Systematisk/målrettet efteruddannelse

4.3.3. Datakonsulentfunktion

Til at understøtte arbejdet med at styrke anvendelsen af it til kvalitetsudvikling hos regionens praktiserende ydere har Region Hovedstaden en datakonsulentfunktion. Datakonsulenterne rådgiver og vejleder om:

- Implementering af it i forhold til de overenskomstmæssige aftaler, blandt andet FMK (Fælles Medicin Kort)
- Datafangst og kodning
- Digital signatur
- Brug af elektronisk kommunikation (EDIFACT m.m.)
- Anvendelse af sundhed.dk

Der ydes allerede brugersupport til praktiserende speciallæger inden for disse områder. Et behov for udvikling af kurser målrettet speciallægepraksis angående it til kvalitetsudvikling skal vurderes løbende i planperioden.

Arbejdet med udvikling af kodning og brug af datafangst i speciallægepraksis udvikles på centralt niveau i samarbejde mellem eKVIS og DAK-E. Der er iværksat pilotprojekter angående datafangst i dermatologi- og øjenlægespecialerne. I takt med, at udviklingsarbejdet bliver klar til implementering i speciallægepraksis generelt, er det forventeligt, at speciallægepraksis får brug for støtte til at komme i gang med datafangst og evt. hjælp til brugen af kvalitetsrapporter.

4.3.4. Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis

Der iværksættes en indsats i speciallægepraksis, som har til formål at fremme rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis. Dette skal ske gennem analyse af forbrugsdata og udvikling af metoder til at identificere indsatsområder med henblik på rationel medicinanvendelse, omfattende såvel kvalitet og økonomi i speciallægepraksis. Derudover skal der etableres udviklingsaktiviteter i forhold til rationel medicinanvendelse og implementering af kliniske vejledninger i speciallægepraksis.

4.3.5. Fælles medicinkort – FMK

Praktiserende speciallæger skal inden udgangen af 2011 tage FMK i anvendelse, dog tidligst når alle sygehusafdelinger og ambulatorier i lægens region har sat FMK i drift.

4.3.6 Deling af journaloplysninger – e-journal/p-journal

Speciallægepraksis kan få adgang til at se relevante data fra hospitaler samt diagnosekoder fra praktiserende læger for patienter, som de også behandler i egen praksis i henhold til overenskomstens protokollat herom. Således kan patientdata gøres tilgængelig for flere behandlere med relation til patienten, hvilket bidrager til et mere sammenhængende patientforløb. Ifølge overenskomsten skal alle speciallæger tage diagnosekodning i brug, i takt med at der er udviklet relevante indikatorsæt eller eksisterende relevante kliniske databaser. For at speciallægepraksis også kan levere data til p-journalen og dermed bidrage til en styrket kvalitet i behandlingen, er det en

teknisk forudsætning, at speciallægen har et datafangstmodul installeret i sit elektroniske journalsystem, og koder diagnoser heri i relevant omfang.

4.4 Den patientoplevede kvalitet

Målsætninger:

At speciallægepraksis arbejder systematisk med udvikling på baggrund af patienternes tilbagemelding.

At der fokuseres på at udvikle en patientsikkerhedskultur i de enkelte speciallægepraksis.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet. Vurdering af patienttilfredshed indgår i DDKM.

Der skal fastlægges et egentligt undersøgelseskoncept for opfølgning af den patientoplevede kvalitet. Dette skal gøres i regi af eKVIS og på baggrund af erfaringerne fra KVIS-projektet samt øvrige erfaringer fra sundhedsvæsenet. I denne overenskomstperiode skal alle speciallæger have gennemført en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet.

Indhentning af patient- og brugeroplevelser udgør en del af grundlaget for en aktiv patientinddragelse som præmis for udviklingen af kvaliteten i sundhedsydelserne. I overensstemmelse hermed er samarbejde med og inddragelse af patienterne et vigtigt indsatsområde i regionens Bruger-, patient- og pårørendepolitik.

Det anbefales, at samarbejdsudvalget i fornødent omfang understøtter gennemførelse af en undersøgelse af den patientoplevede kvalitet, når der er udviklet et koncept herfor.

4.4.1 Patientsikkerhed

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder praktiserende speciallæger, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Alle utilsigtede hændelser kan rapporteres igennem systemet. Patientsikkerhedssystemet for speciallægepraksis er som for det øvrige patientsikkerhedsarbejde fortroligt og adskilt fra patientklagesystemet.

Det overordnede mål for patientsikkerhedsarbejdet er at sikre læring af utilsigtede hændelser og øge patientsikkerheden ved at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) – også i praksissektoren.

4.4.2 Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, der skal varetage sagsbehandling, analyse og læring af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker.

Patientsikkerhedsorganisationen koordineres af regionens risikomanagerfunktion for praksis, som er forankret i Enhed for Patientsikkerhed. Hvert år forelægges samarbejdsudvalget en samlet handlingsplan og en årsrapport for patientsikkerhedsarbejdet i praksissektoren, herunder data om de rapporterede hændelser og hvilke notater og analyser, der er udarbejdet.

I den samlede regionale patientsikkerhedsorganisation indgår et patientsikkerhedsråd med deltagelse af speciallægepraksis, som rådgiver og sparrer med regionen samt træffer beslutninger om håndtering af rapporter, analyser og formidling af læring.

4.4.3 Udbredelse af læring af UTH – etablering af patientsikkerhedskultur i den enkelte praksis

Arbejdet i patientsikkerhedsorganisationen fokuserer på at systematisere patientsikkerhedsarbejdet i praksissektoren, herunder i speciallægepraksis og i sektorovergangen mellem speciallægepraksis og andre behandlere. Der vurderes særligt at være behov for at udbrede kendskabet til lovkravet om rapportering såvel som behov for at øge kendskabet til indholdet og metoderne i patientsikkerhedsarbejdet.

Det bør derfor være en målsætning i planperioden at *udvikle patientsikkerhedskulturen i de enkelte speciallægepraksis* ved fortsat at tilskynde til rapportering fra speciallægepraksis om utilsigtede hændelser netop med henblik på læring og kvalitetsforbedring.

Bilag

Bilagsfortegnelse

Bilag 1.1-1.1.3: Grundbeskrivelse

Slettet: 2

Bilag 2: Administrative retningslinjer for flytning af praksis

Bilag 3: Retningslinjer vedr. assisterende speciallæge

Udkast efter høring

Bilag 1.1: Grundbeskrivelse - antal speciallægepraksis fordelt på praksisform

Figur 1 Antal speciallægepraksis fordelt på praksisform. Hele landet og Region Hovedstaden pr. 1. januar 2012

Praksisform	Region Hovedstaden		Hele landet	
	Antal	%-andel	Antal	%-andel
Fuldtid	356	74,48 %	802	79,56 %
Deltid	118	24,69 %	178	17,66 %
Overlægepraksis	4	0,84 %	28	2,78 %
I alt	478	100,00 %	1008	100,00 %

Bilag 1.2: Grundbeskrivelse - antal borgere pr. heltidskapaciteter

Figur 2 Antal borgere pr. heltidsspeciallægekapaciteter. Hele landet og Region Hovedstaden pr. 1. januar 2012

	Region Hovedstaden	Hele landet
Antal borgere	1.714.589	5.580.516
Heltidsspeciallægeyder	415,07	916,37
Borgere pr. heltidsspeciallægeyder/kapacitet	4.131	6.090

- Der er ikke i denne beregning taget højde for omregningsfaktoren for fuldtids- og deltidskapaciteter besluttet i Kapacitetsplan for Speciallægepraksis 2012. Der indgår den tidligere omregningsfaktor på 0,33 for en deltidspraksis og 0,1 for en overlægepraksis.

Bilag 1.3: Grundbeskrivelse - antal speciallægeydernumre fordelt på overenskomstomfattede specialer

Figur 3

Antal speciallægeydernumre fordelt på overenskomstomfattede specialer. Hele landet og Region Hovedstaden pr. 1. januar 2012.

Speciale	Region Hovedstaden		Hele landet	
	Antal	%-andel	Antal	%-andel
Diagnostisk radiologi	14	2,93 %	15	1,49 %
Anæstesiologi	16	3,35 %	49	4,86 %
B&U psykiatri	8	1,67 %	17	1,69 %
Psykiatri	68	14,23 %	143	14,19 %
Dermatologi	38	7,95 %	85	8,43 %
Reumatologi	36	7,53 %	55	5,46 %
Intern medicin, sammenlagt	-	-	56	5,56 %
Intern medicin: gastroenterologi	8	1,67 %	-	-
Intern medicin: kardiologi*	17	3,56 %	-	-
Intern medicin: lungemedicin	12	2,51 %	-	-
Intern medicin: endokrinologi**	1	0,21 %	-	-
Neurologi	17	3,56 %	40	3,97 %
Pædiatri ***	17	3,56 %	34	3,37 %
Gynækologi	50	10,46 %	85	8,43 %
Kirurgi	36	7,53 %	59	5,85 %
Ortopædkirurgi	16	3,35 %	34	3,37 %
Plastikkirurgi	11	2,30 %	18	1,79 %
Øjenlæger	47	9,83 %	154	15,28 %
Øre-næse-hals-lægehjælp	56	11,72 %	149	14,78 %
Patologisk anatomi****	10	2,09 %	15	1,49 %
	478	100,00 %	1008	100,00 %

* 1 deltidspraksis er lukket pr. 31. marts 2012

** 1 deltidspraksis klausuleret til lukning

*** 1 deltidspraksis er lukket pr. 31. december 2012

**** Alle praksis er lukket pr. 1. august 2012

* Danske Regioner opdeler ikke i grenspecialer for intern medicin

Bilag 1.4: Speciallægekcapaciteter i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner

Figur 4 Speciallægekcapaciteter i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner pr. 1. januar 2012

Region	Fulltid = 1		Deltid = 0,33		Overlæger = 0,1		Omregnet til fuldtidspraksis	Antal borgere	Fulltidspraksis pr. 1000 borgere
	Antal	Kapacitet	Antal	Kapacitet	Antal	Kapacitet			
Region Hovedstaden	375	375	118	38,94	4	0,4	414,34	1.714.589	0,242
Region Sjælland	114	114	21	7	0	0	121,00	817.907	0,148
Region Syddanmark	152	152	10	3,33	7	0,7	156,03	1.201.342	0,130
Region Midtjylland	145	145	25	8,33	12	1,2	154,53	1.266.682	0,122
Region Nordjylland	68	68	4	1,33	4	0,4	69,73	579.996	0,120
Hele landet	854	854	179	59,67	27	2,7	915,63	5.580.516	0,164

Bilag 1.5: Grundbeskrivelse - speciallægekcapaciteter fordelt på hospitalsplanområder samt fordeling efter folketal

Figur 5 Speciallægekcapaciteter pr. 1. januar 2013 fordelt på hospitalsplanområder samt fordeling efter folketal. Folketal pr. 1. januar 2012

Planområder	Speciallæger omregnet til fuldtidskapacitet*	Andel af samlet speciallægekcapacitet i område	%-vis befolkningsfordeling i Region Hovedstaden
Nord	68,3	16,8 %	18,3 %
Midt	113,9	28,0 %	23,2 %
Byen	137,4	33,8 %	27,4 %
Syd	79,4	19,5 %	28,7 %
Bornholm	7,3	1,8 %	2,4 %

* Der indgår en omregningsfaktor på 0,33 for en deltidspødsis og 0,1 for en overlægepraksis.

Bilag 1.6: Grundbeskrivelse - Regionens borgeres forbrug af speciallægeydelser fordelt på praksisformer og specialer

Regionens borgeres forbrug af speciallægeydelser fordelt på praksisformer og specialer pr. 1. januar 2012

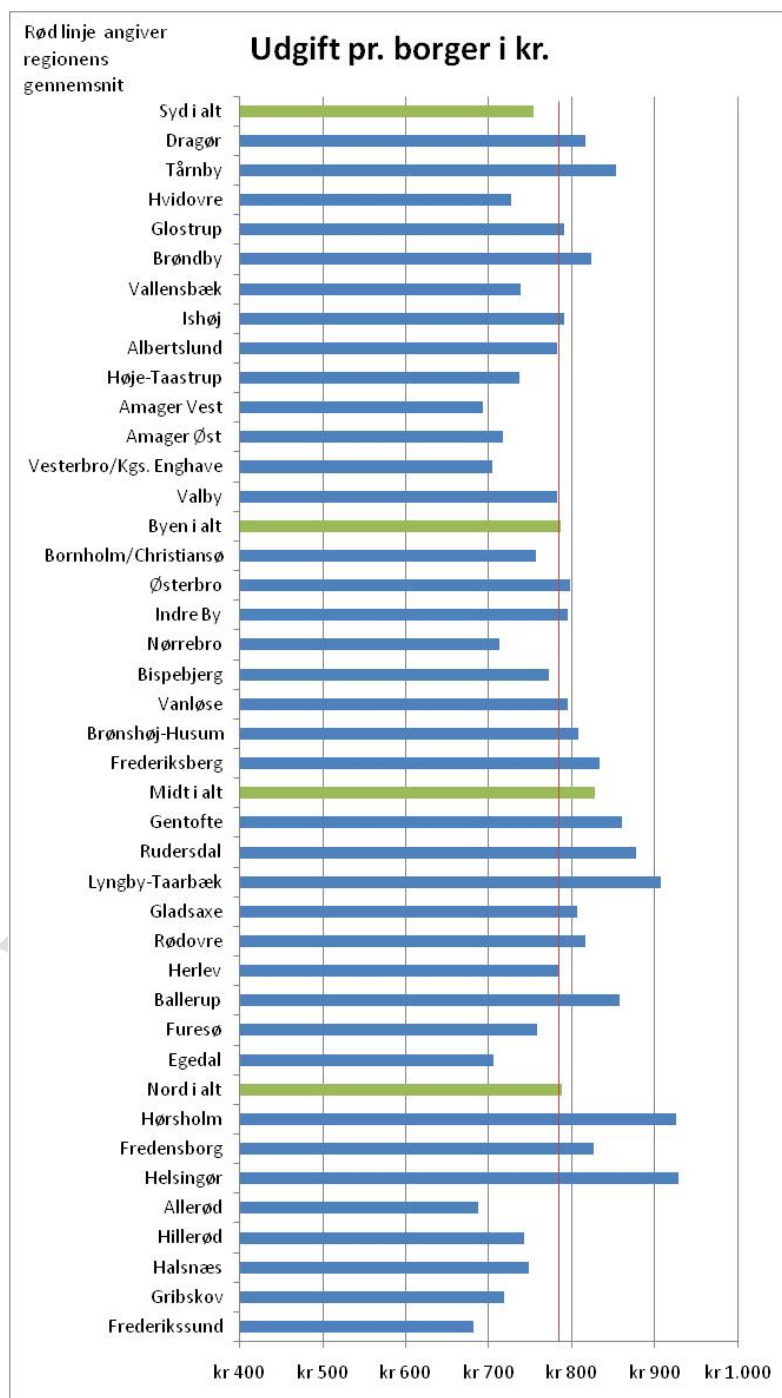
Figur 6

Speciale	Fuldtid	Deltid	Overlæger	Udgift mio. kr.	%-andel af udgifter
Diagnostisk radiologi	kr. 110.079.516	-	-	kr. 110.079.516	8,12 %
Anæstesiologi	kr. 21.155.782	kr. 4.612.170	kr. 4.470	kr. 25.772.042	1,90 %
B&U psykiatri	kr. 11.460.783	kr. 327.966	-	kr. 11.788.749	0,87 %
Psykiatri	kr. 81.483.120	kr. 13.281.811	-	kr. 94.764.931	6,99 %
Dermatologi	kr. 166.175.919	kr. 1.727.984	-	kr. 167.903.903	12,38 %
Reumatologi	kr. 43.100.882	kr. 8.208.761	-	kr. 51.309.643	3,78 %
Intern medicin, sammenlagt	kr. 78.171.218	kr. 11.382.703	kr. 116.418	kr. 89.553.920	6,60 %
Intern medicin: gastroenterologi	kr. 8.709.411	kr. 2.585.710	-	kr. 11.295.121	0,83 %
Intern medicin: kardiologi	kr. 37.313.777	kr. 3.809.790	kr. 116.418	kr. 41.123.566	3,03 %
Intern medicin: lungemedicin	kr. 32.148.030	kr. 4.004.016	-	kr. 36.152.046	2,67 %
Intern medicin: endokrinologi	-	kr. 983.187	-	kr. 983.187	0,07 %
Neurologi	kr. 20.411.651	kr. 1.836.761	kr. 64.028	kr. 22.312.440	1,65 %
Pædiatri	kr. 20.122.317	kr. 4.971.486	-	kr. 25.093.803	1,85 %
Gynækologi	kr. 145.176.264	kr. 8.085.726	-	kr. 153.261.990	11,30 %
Kirurgi	kr. 130.900.857	kr. 6.241.284	kr. 3.767	kr. 137.145.908	10,11 %
Ortopædkirurgi	kr. 35.309.650	kr. 6.142.010	-	kr. 41.451.660	3,06 %
Plastikkirurgi	kr. 24.997.593	kr. 2.233.413	-	kr. 27.231.006	2,01 %
Øjenlæger	kr. 176.359.297	-	-	kr. 176.359.297	13,00 %
Øre-næse-hals-lægehjælp	kr. 197.976.292	-	-	kr. 197.976.292	14,60 %
Patologisk anatomi	-	kr. 24.147.002	kr. 5.229	kr. 24.152.231	1,78 %
Total	kr. 1.262.881.140	kr. 93.199.077	kr. 193.913	kr. 1.356.274.130	100,00 %

* Tallene inkluderer Region Hovedstadens forbrug i praksis uden for regionen.

Bilag 1.7: Grundbeskrivelse – Forbrug pr borger i Region Hovedstaden til speciallægehjælp

Figur 7 Forbrug pr. borger i Region Hovedstaden til speciallægehjælp, 2011. Forbrug opgjort pr. planområde.



Bilag 1.8: Grundbeskrivelse Forbrug (honorar og ydelser) for borgere i Region Hovedstaden til speciallægehjælp

Figur 8 Forbrug (honorar og ydelser) for borgere i Region Hovedstaden til speciallægehjælp 2008-2011

	2008			2011			%ændring 2008-2011			
	1. konsultationer	Ydelser	Honorar	1. konsultationer	Ydelser	Honorar	1. konsultationer	Ydelser	Honorar, løbende priser	Honorar, faste priser**
Speciale										
Diagnostisk radiologi	*	173.507	kr. 76.806.810	*	238.256	kr. 110.361.262	*	37,32 %	43,69 %	37,65 %
Anæstesiologi	5.942	116.078	kr. 26.581.944	5.537	122.644	kr. 30.651.317	-6,82 %	5,66 %	15,31 %	10,23 %
B&U psykiatri	618	11.740	kr. 10.761.255	612	14.163	kr. 11.989.015	-0,97 %	20,64 %	11,41 %	6,48 %
Psykiatri	11.311	194.088	kr. 87.940.721	11.618	215.035	kr. 94.875.406	2,71 %	10,79 %	7,89 %	3,19 %
Dermatologi	133.268	771.310	kr. 146.361.041	148.121	859.526	kr. 175.054.520	11,15 %	11,44 %	19,60 %	14,43 %
Reumatologi	33.978	265.376	kr. 52.790.835	32.277	236.842	kr. 53.614.748	-5,01 %	-10,75 %	1,56 %	-2,94 %
Intern medicin (total)	26.640	455.525	kr. 78.300.172	29.942	538.798	kr. 100.942.997	12,39 %	18,28 %	28,92 %	23,23 %
Neurologi	14.159	42.435	kr. 19.469.827	15.125	48.145	kr. 23.133.063	6,82 %	13,46 %	18,81 %	13,71 %
Pædiatri	8.403	91.180	kr. 20.319.546	8.724	101.470	kr. 25.041.402	3,82 %	11,29 %	23,24 %	17,89 %
Gynækologi	83.341	617.839	kr. 133.941.164	88.871	720.673	kr. 159.074.584	6,64 %	16,64 %	18,76 %	13,63 %
Kirurgi	43.761	252.348	kr. 129.979.870	42.161	269.565	kr. 141.174.820	-3,66 %	6,82 %	8,61 %	3,93 %
Ortopædkirurgi	29.114	75.437	kr. 39.986.930	26.867	80.295	kr. 43.316.033	-7,72 %	6,44 %	8,33 %	3,69 %
Plastikkirurgi	2.179	44.054	kr. 21.308.807	8.488	63.184	kr. 30.791.020	289,54 %	43,42 %	44,50 %	38,29 %

Øjenlæger	229.506	646.734	kr. 158.044.271	247.315	741.947	kr. 180.441.649	7,76 %	14,72 %	14,17 %	9,20 %
Øre-næse-hals-læge	192.999	895.612	kr. 168.466.619	207.458	1.010.758	kr. 200.349.826	7,49 %	12,86 %	18,93 %	13,76 %
Patologisk anatomi	*	85.030	kr. 26.109.342	*	68.737	kr. 29.332.712	*	-19,16 %	12,35 %	7,56 %
Tropemedicin	375	1.620	kr. 372.015	Specialet ophørt			-100 %	-100 %	-100 %	100,00 %
Total	814.998	4.739.913	kr. 1.197.541.169	872.520	5.330.038	kr. 1.410.144.374	7,06 %	12,45 %	17,75 %	12,65 %

* 1. konsultationer bruges ikke inden for de pågældende specialer

** Honorarforskel fraregnet justering for pris- og lønregulering

Udkast efter høring

Bilag 1.9: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp fordelt på regioner

Figur 9 Forbrug af speciallægehjælp fordelt på regioner for 2008 og 2011. Løbende priser.

Region	2008	2011	Vækst-%
Region Hovedstaden	kr. 1.155.364.331,58	kr. 1.356.274.130,09	17,39 %
Region Sjælland	kr. 394.555.809,67	kr. 453.576.624,34	14,96 %
Region Syddanmark	kr. 451.645.541,41	kr. 514.406.286,76	13,90 %
Region Midtjylland	kr. 491.620.356,01	kr. 566.878.924,40	15,31 %
Region Nordjylland	kr. 200.813.372,05	kr. 243.589.425,79	21,30 %
Hele landet	kr. 2.693.999.410,72	kr. 3.134.725.391,38	16,36 %

Bilag 1.10: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp i de enkelte regioner i forhold til antallet af borgere

Figur 10 Forbrug af speciallægehjælp i de enkelte regioner i 2011 set i forhold til antallet af borgere

Region	Forbrug 2011	Antal borgere	Forbrug pr. borger
Region Hovedstaden	kr. 1.356.274.130	1.714.589	kr. 791
Region Sjælland	kr. 453.576.624	817.907	kr. 555
Region Syddanmark	kr. 514.406.287	1.201.342	kr. 428
Region Midtjylland	kr. 566.878.924	1.266.682	kr. 448
Region Nordjylland	kr. 243.589.426	579.996	kr. 420
Hele landet	kr. 3.134.725.391	5.580.516	kr. 562

Region	Forbrug 2011	Antal patienter	Forbrug pr. patient
Region Hovedstaden	kr. 1.356.274.130	675.333	kr. 2.008
Region Sjælland	kr. 453.576.624	263.336	kr. 1.722
Region Syddanmark	kr. 514.406.287	345.654	kr. 1.488
Region Midtjylland	kr. 566.878.924	345.750	kr. 1.640
Region Nordjylland	kr. 243.589.426	160.416	kr. 1.518
Hele landet	kr. 3.134.725.391	1.790.489	kr. 1.751

Region	Antal patienter	Antal borgere	Patienter pr. 1000 borgere
Region Hovedstaden	675.333	1.714.589	394
Region Sjælland	263.336	817.907	322
Region Syddanmark	345.654	1.201.342	288
Region Midtjylland	345.750	1.266.682	273
Region Nordjylland	160.416	579.996	277
Hele landet	1.790.489	5.580.516	321

Bilag 1.11: Grundbeskrivelse - Produktion pr. patient i forskellige specialer

Tabel 11 Produktion pr. patient (uanset bopæl) i forskellige specialer for 2011

Speciale	Honorar 2011	Patienter 2011	Honorar pr. patient
Diagnostisk radiologi	kr. 110.361.261,85	99.716	kr. 1.106,76
Anæstesiologi	kr. 30.651.317,22	20.096	kr. 1.525,24
B&U psykiatri	kr. 11.989.015,33	1.306	kr. 9.179,95
Psykiatri	kr. 94.875.405,56	26.100	kr. 3.635,07
Dermatologi	kr. 175.054.520,41	178.745	kr. 979,35
Reumatologi	kr. 53.614.748,45	35.260	kr. 1.520,55
Intern medicin (total)	kr. 100.942.996,88	34.945	kr. 2.888,62
Neurologi	kr. 23.133.063,26	18.863	kr. 1.226,37
Pædiatri	kr. 25.041.401,87	12.244	kr. 2.045,20
Gynækologi	kr. 159.074.583,54	101.594	kr. 1.565,79
Kirurgi	kr. 141.174.819,94	55.193	kr. 2.557,84
Ortopædkirurgi	kr. 43.316.032,85	28.059	kr. 1.543,75
Plastikkirurgi	kr. 30.791.019,81	15.058	kr. 2.044,83
Øjenlæger	kr. 180.441.649,19	202.591	kr. 890,67
Øre-næse-hals-læge	kr. 200.349.825,91	185.705	kr. 1.078,86
Patologisk anatomi	kr. 29.332.711,69	52.221	kr. 561,70
Total	kr. 1.410.144.373,76	717.057*	kr. 1.966,57

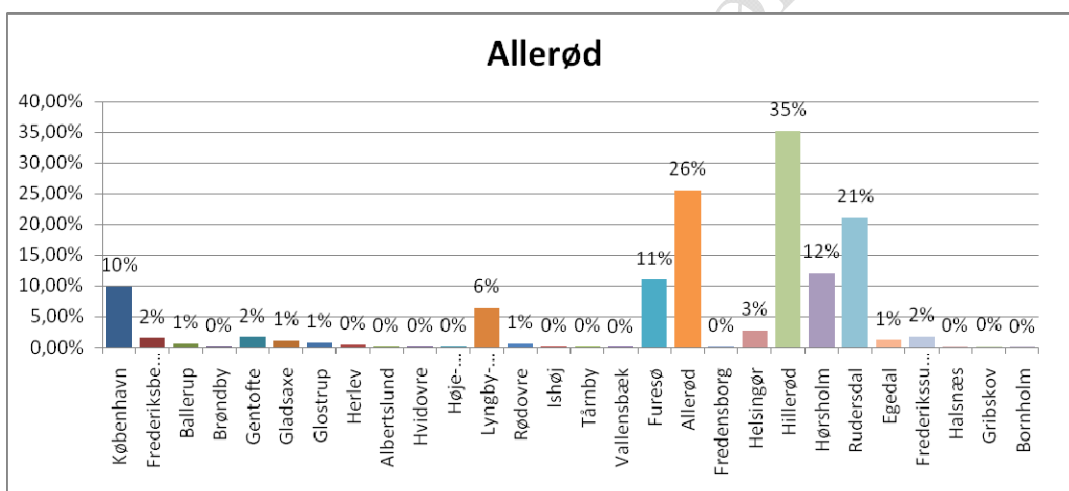
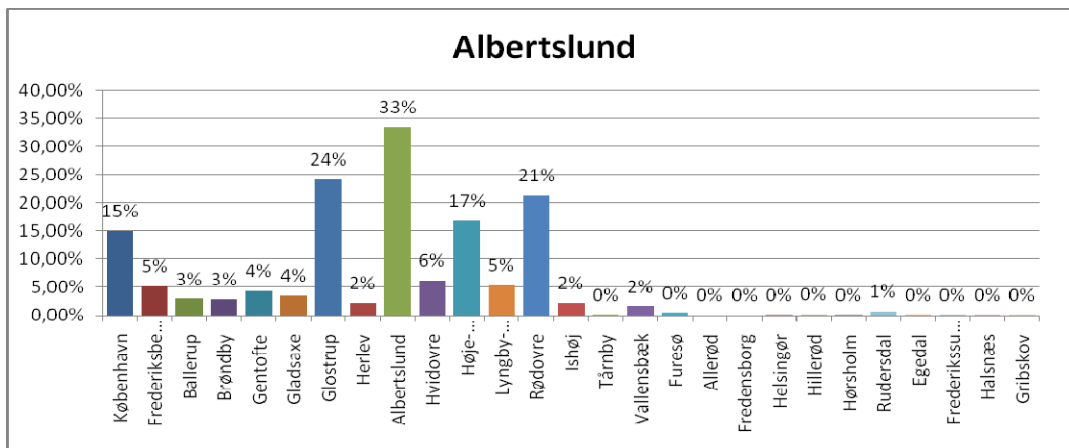
*I patienttotalen tæller patienter, der har fået behandlinger under flere specialer, kun én gang.

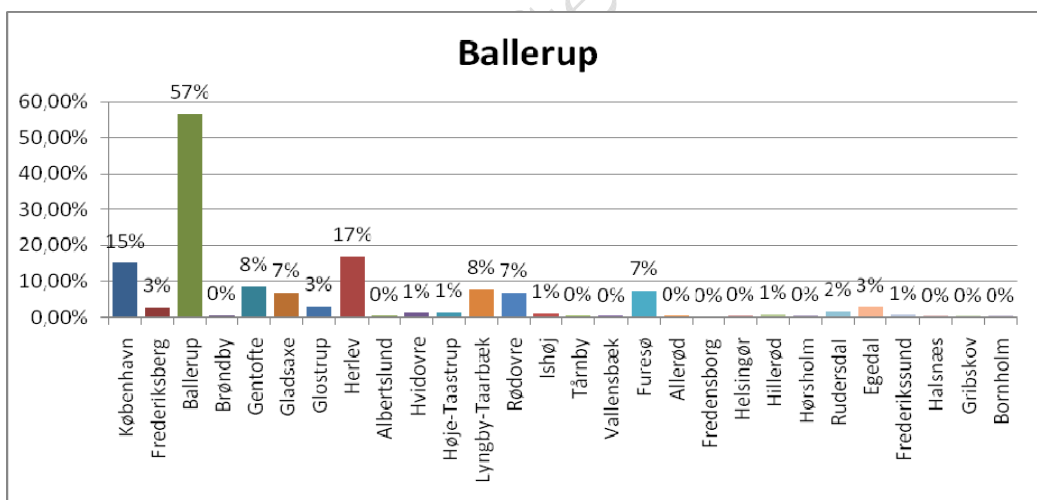
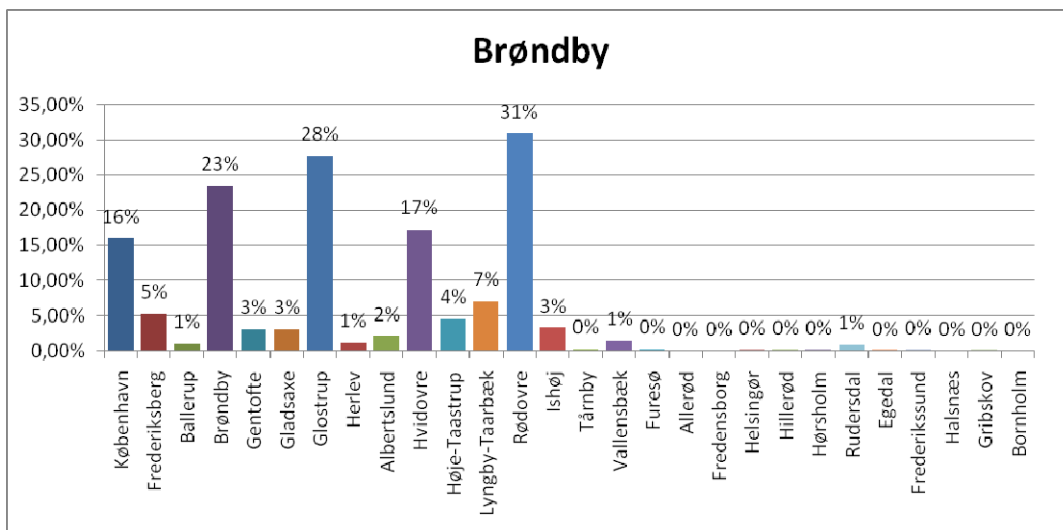
Bilag 1.12: Grundbeskrivelse – Pendlingsmønstre for regionens borgere blandt speciallæger i Region Hovedstaden

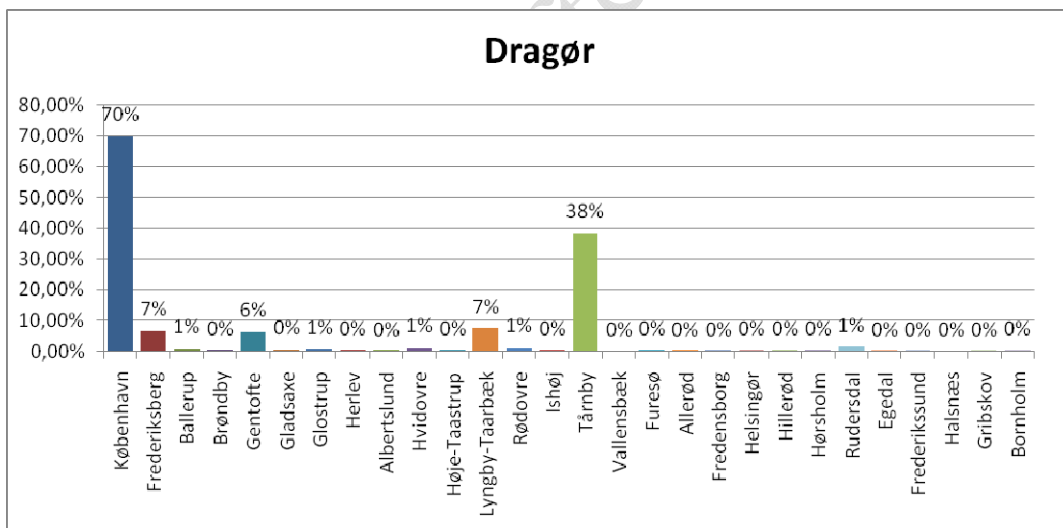
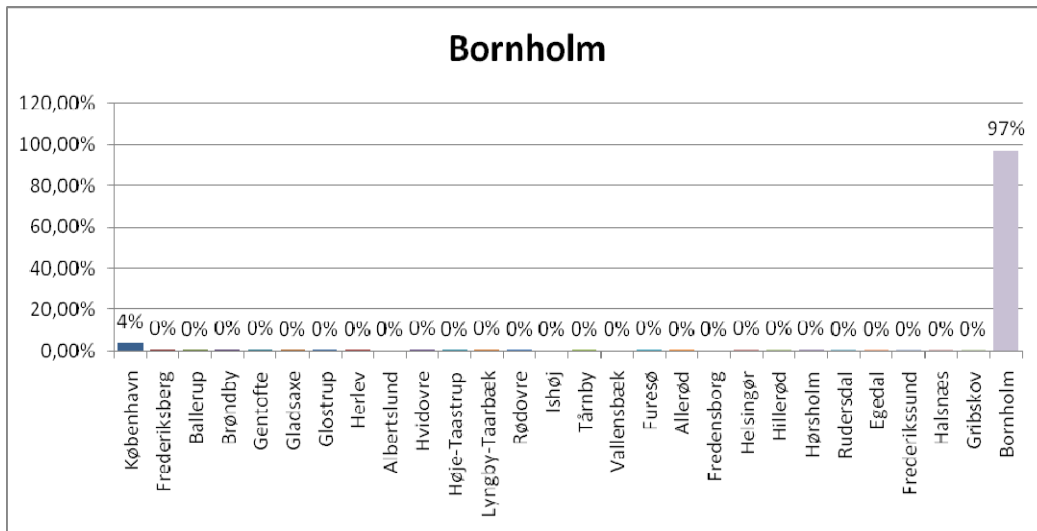
Figur 12. Følgende eksempler viser pendlingsmønstre for borgere i regionen behandlet i 2011 for hver af regionens kommuner. Data er begrænset til borgere og ydere i Region Hovedstaden.

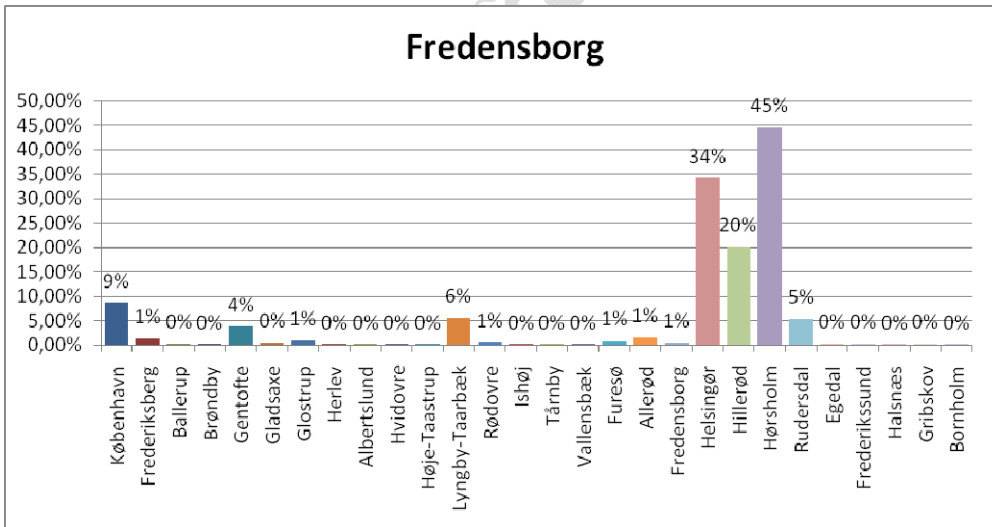
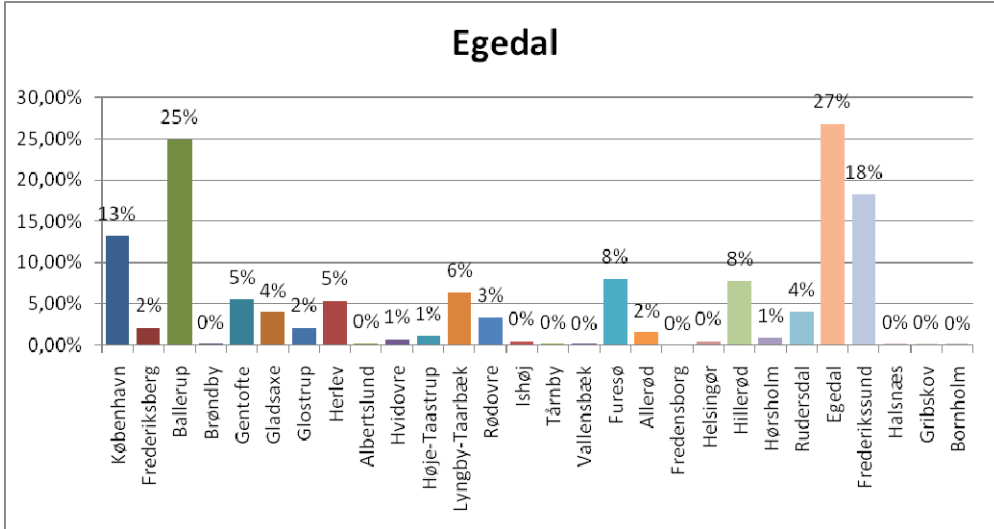
Tabellerne viser, hvor borgere fra en kommune, som har opsøgt speciallæge, har fået behandling. Bemærk at den enkelte borger kan optræde i flere søjler, hvis vedkommende har søgt speciallæger i forskellige kommuner.

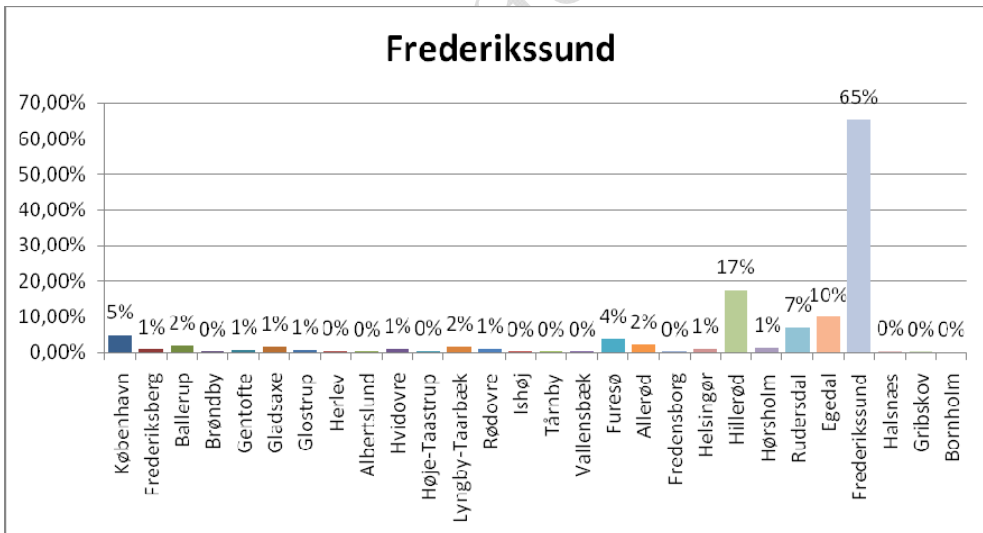
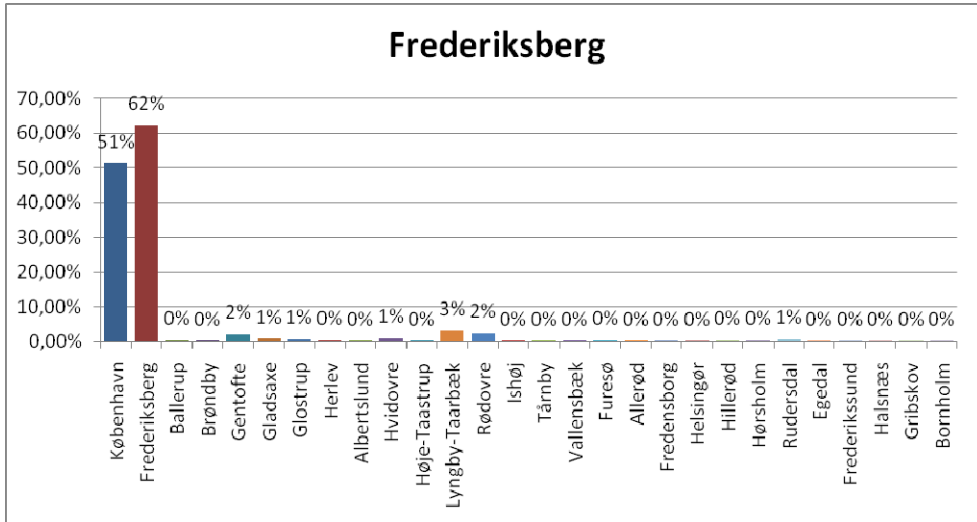
Se følgende sider for tabeller

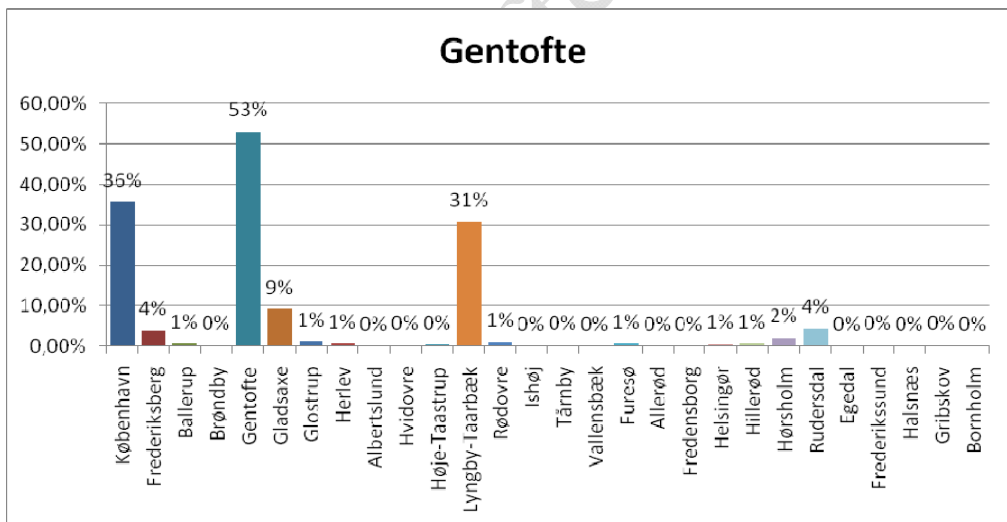
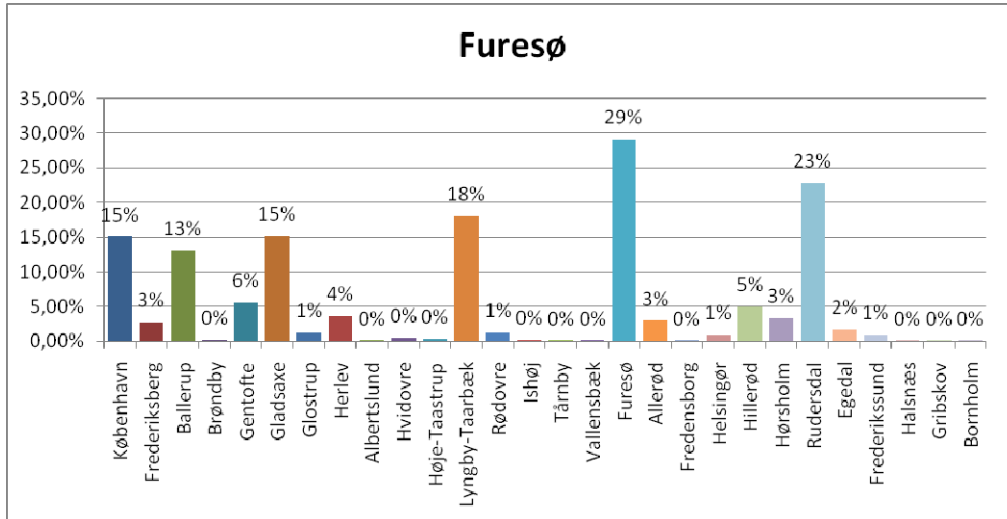


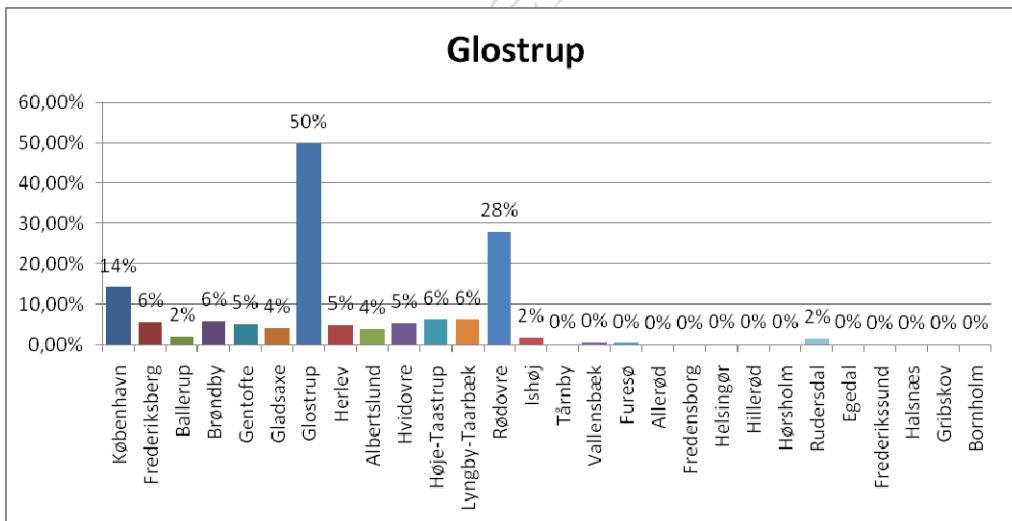
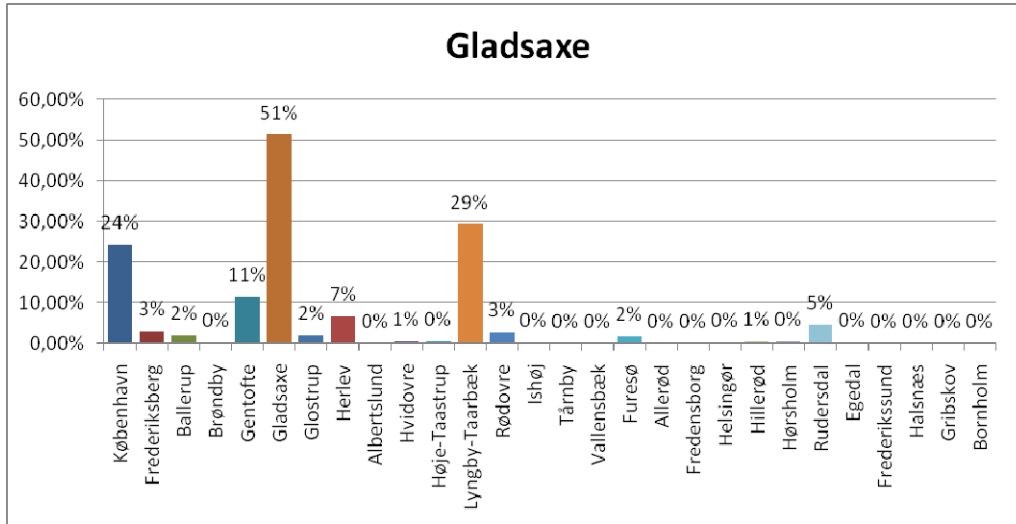


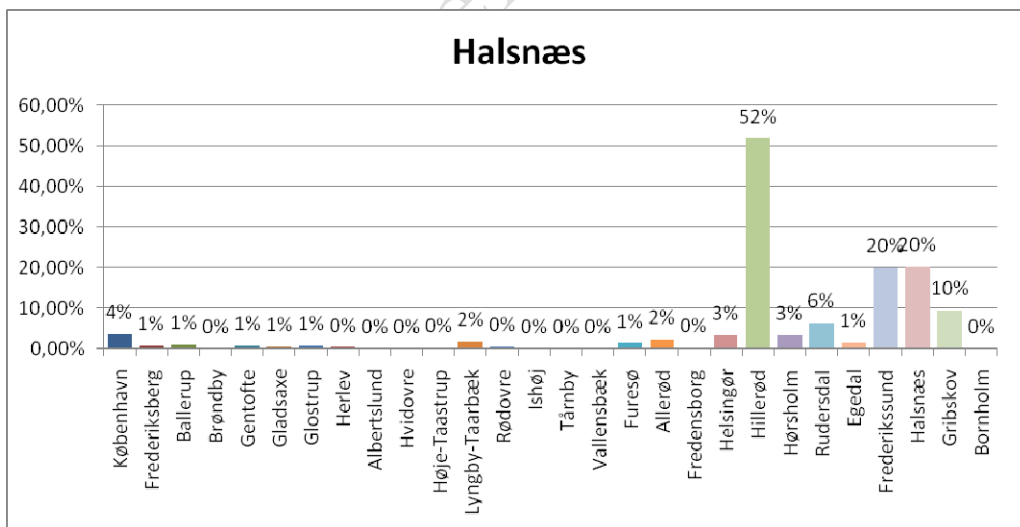
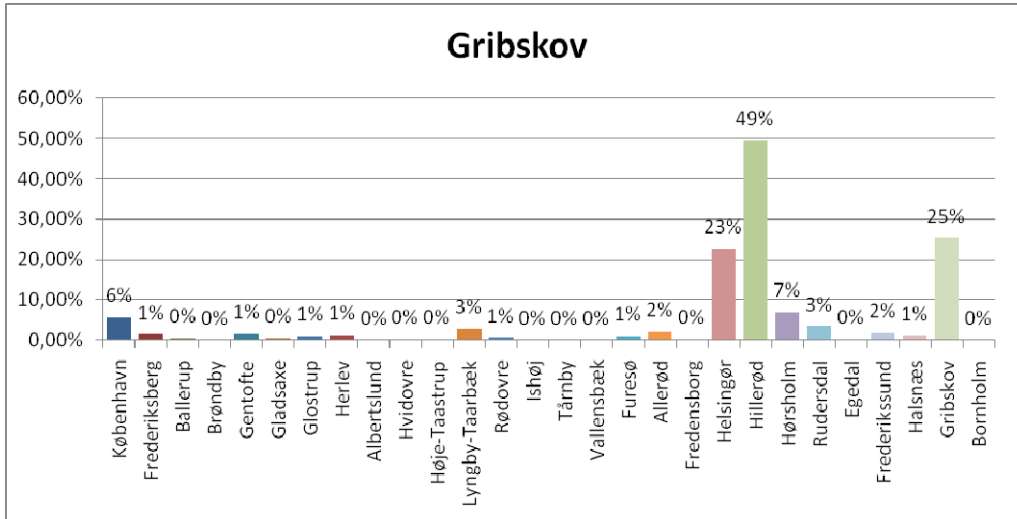


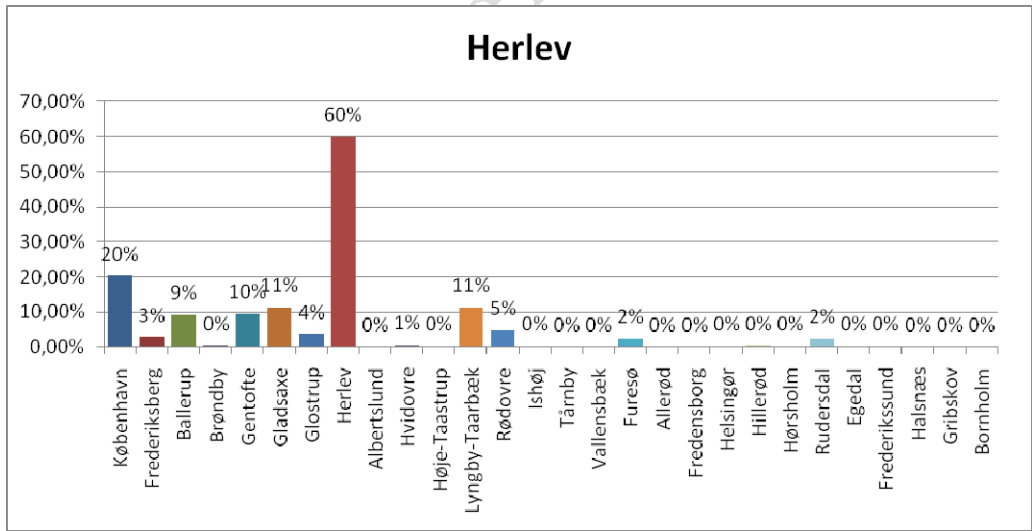
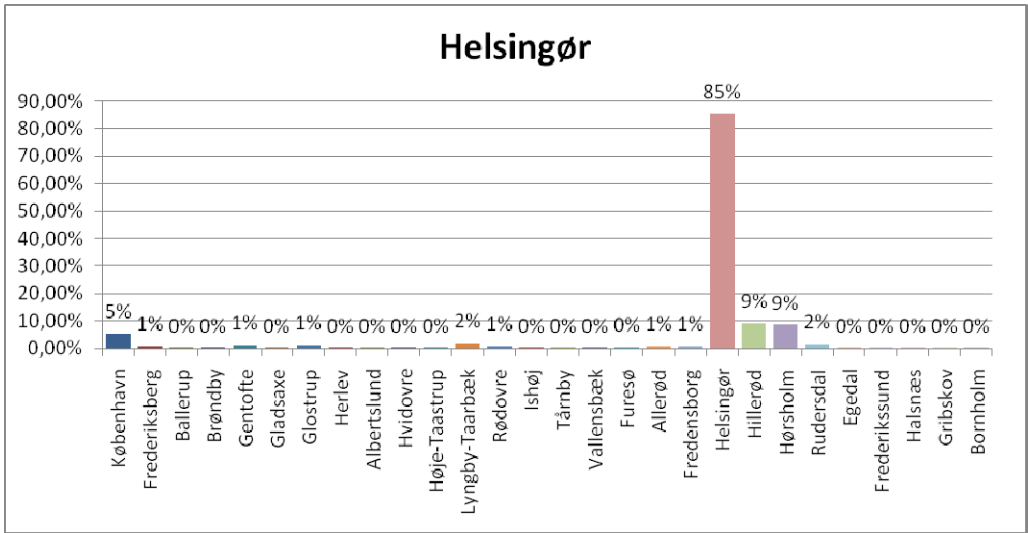




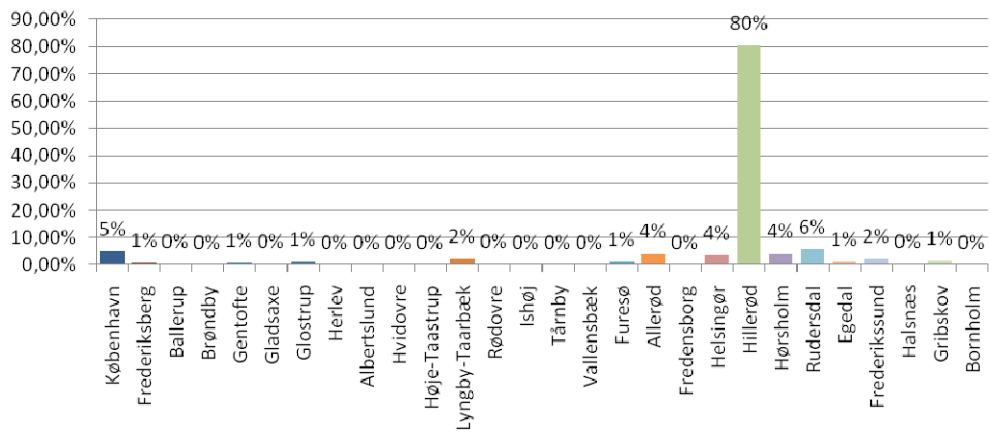




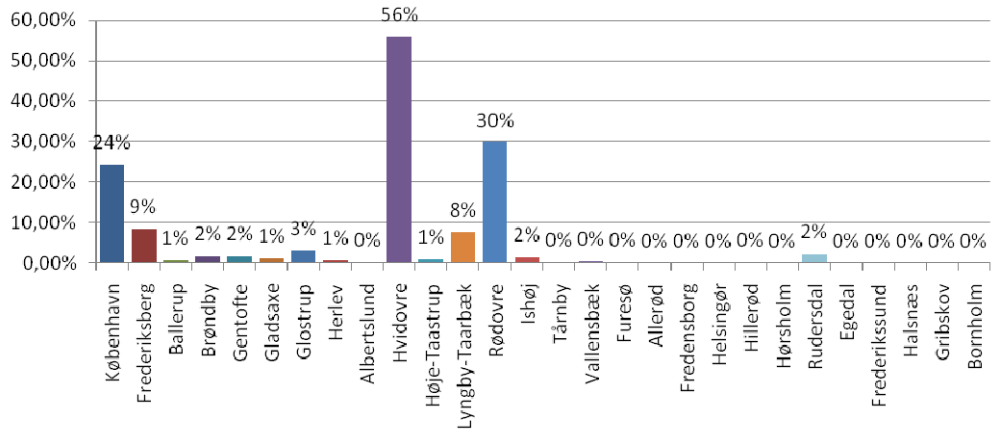


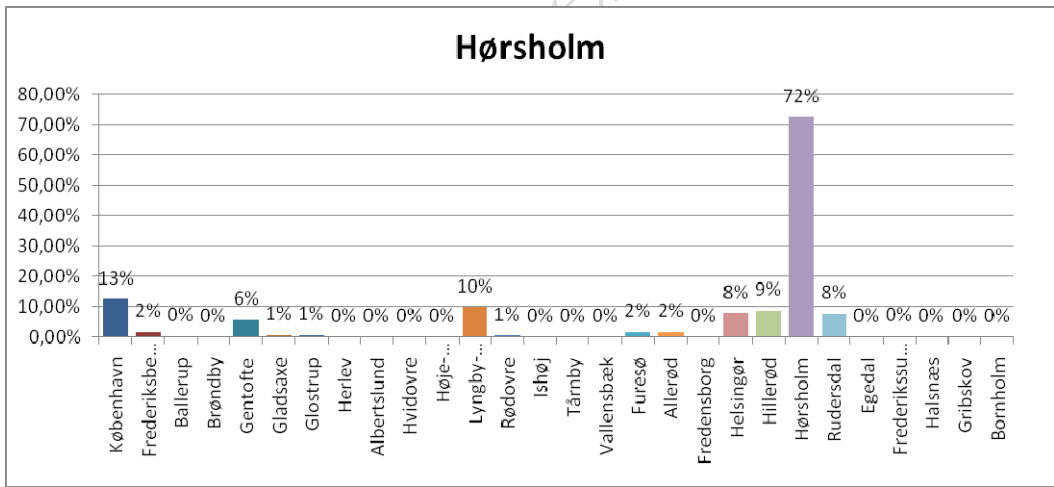
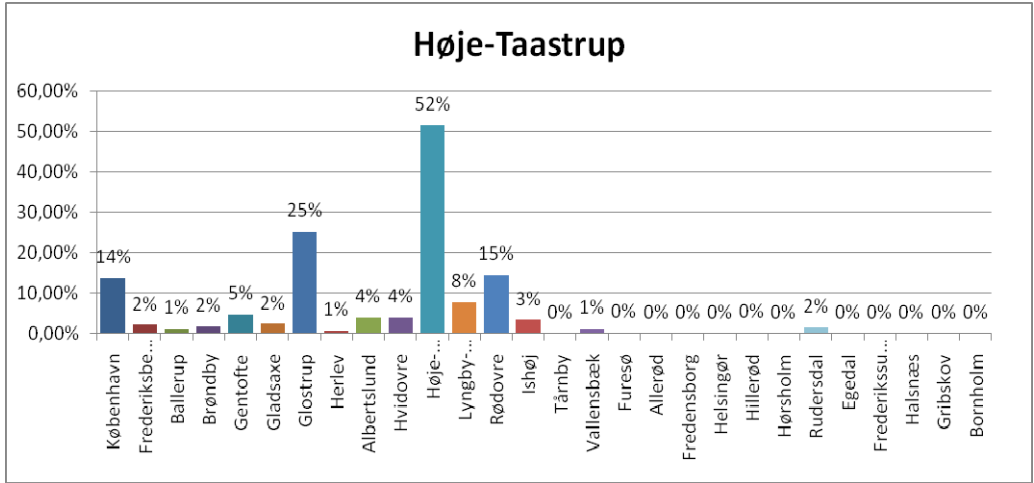


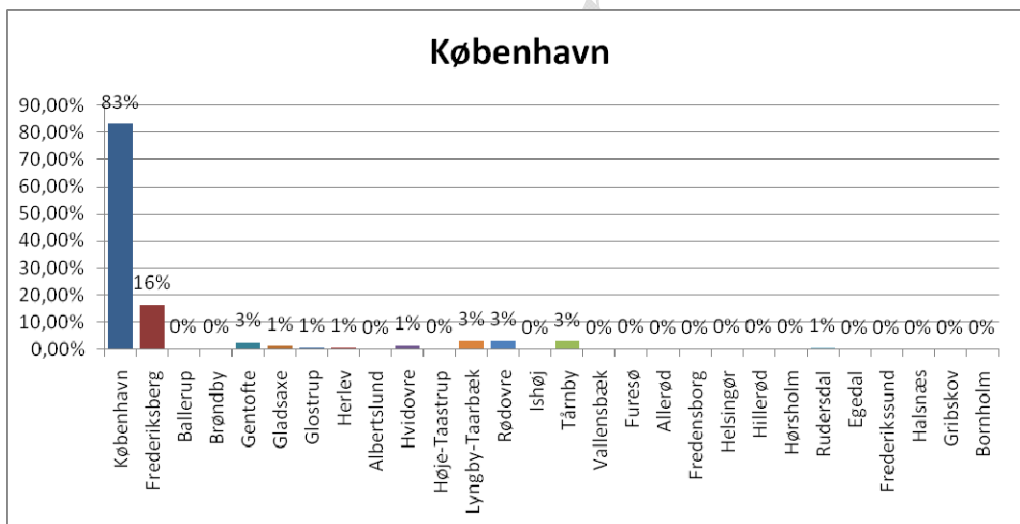
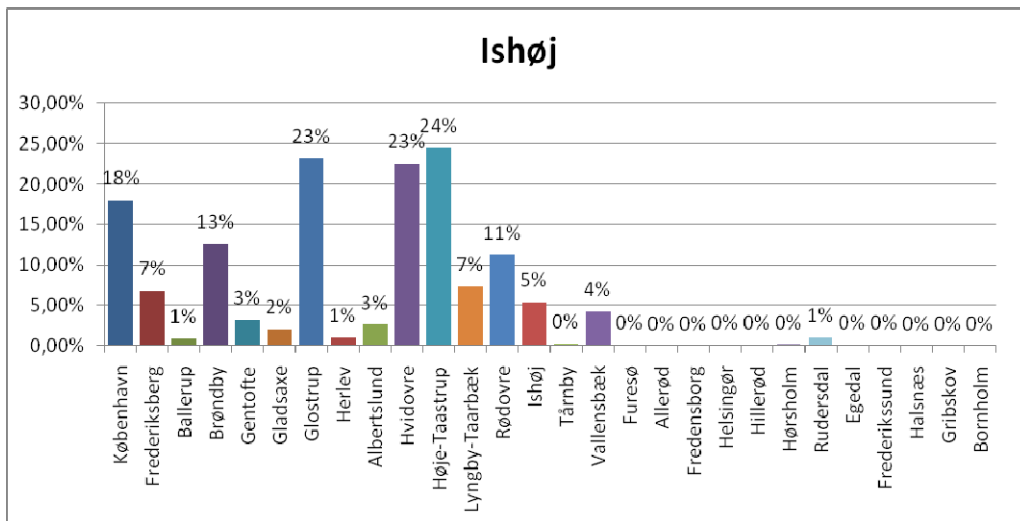
Hillerød



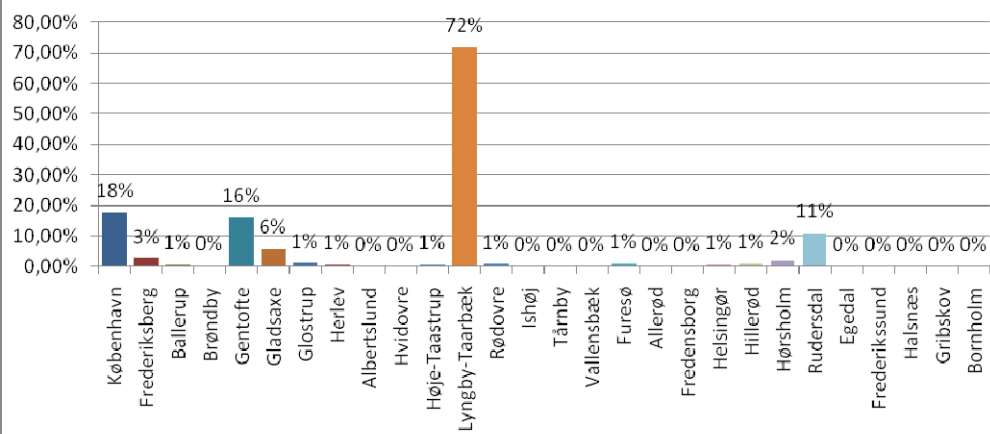
Hvidovre



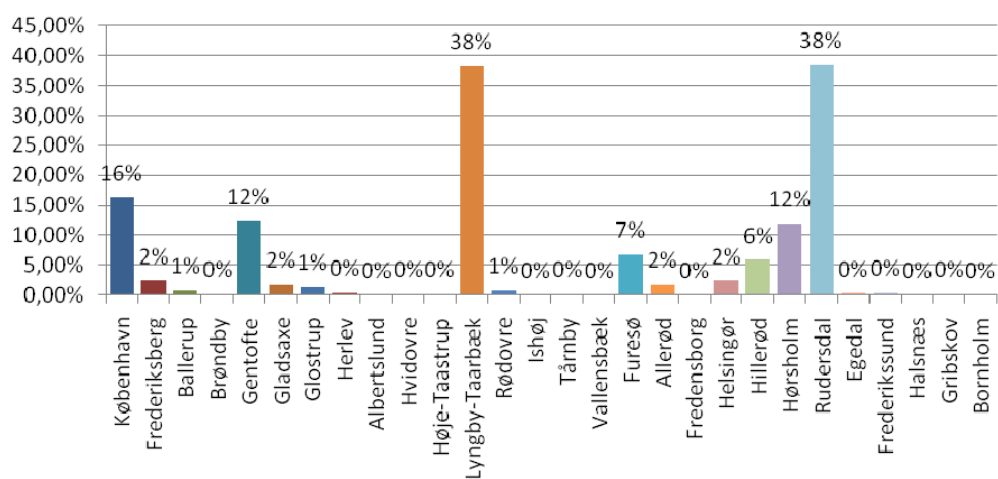


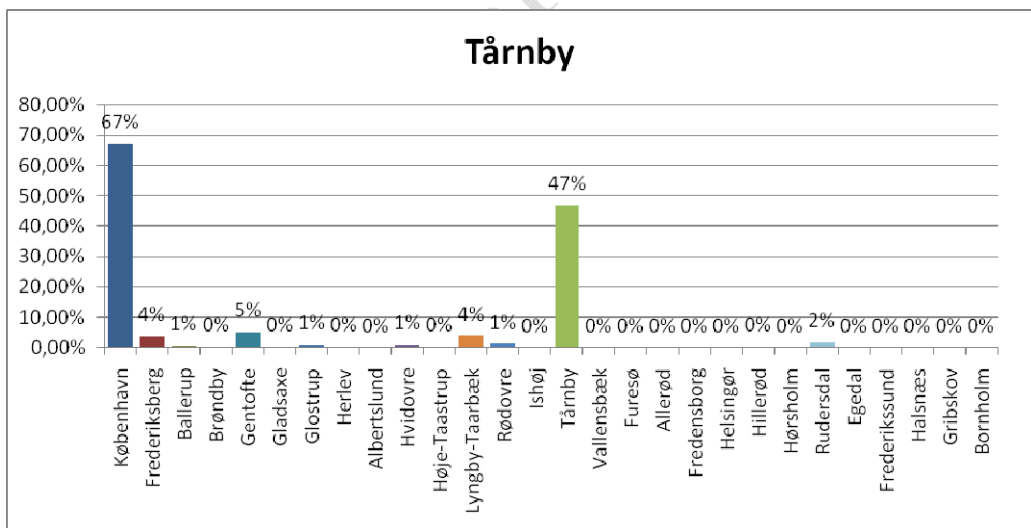
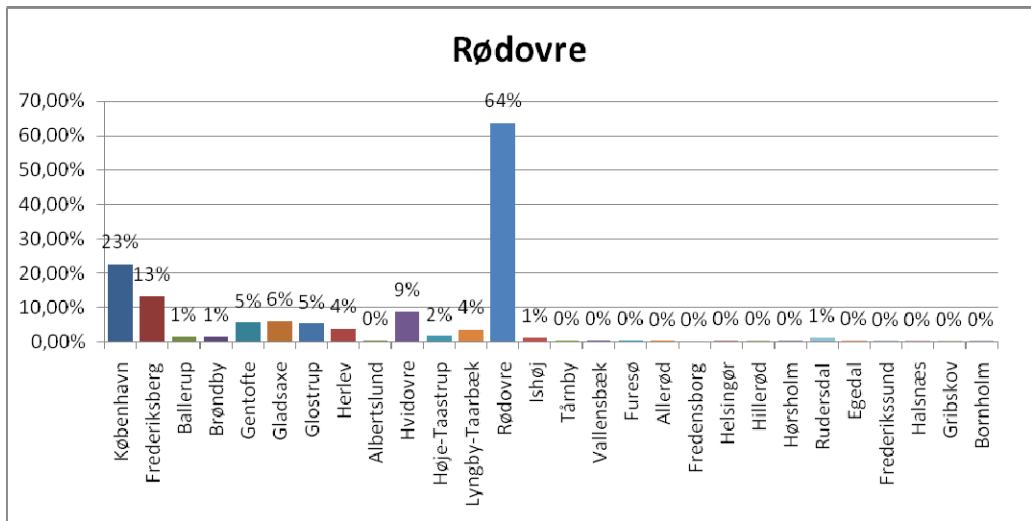


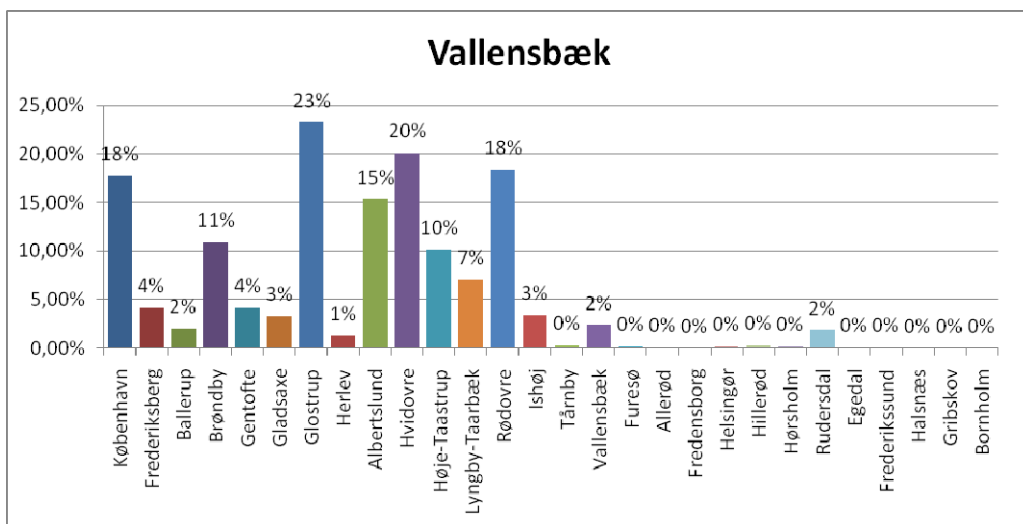
Lyngby-Taarbæk



Rudersdal







Udkast efter h...

Bilag 1.13: Grundbeskrivelse – Kapacitet fordelt på kommuner/bydele

	Område	Antal borgere	Kapacitet	Borgere pr. kapacitet
Nord	Frederikssund	44.345	8,33	5.324
	Gribskov	40.603	2,66	15.264
	Halsnæs	30.980	2	15.490
	Hillerød	48.203	22,99	2.097
	Allerød	24.043	3,33	7.220
	Helsingør	61.493	17,66	3.482
	Fredensborg	39.565	2	19.783
	Hørsholm	24.365	9,33	2.611
	Midt	Egedal	41.821	3,33
Furesø		38.243	6	6.374
Ballerup		47.994	9,33	5.144
Herlev		26.608	8	3.326
Rødovre		36.883	15,33	2.406
Gladsaxe		65.303	11,32	5.769
Lyngby-Taarbæk		53.251	26,64	1.999
Rudersdal		54.630	10,65	5.130
Gentofte		72.814	23,26	3.130
Byen		Frederiksberg	100.215	29,4
	Brønshøj-Husum	41.341	6,33	6.531
	Vanløse	37.891	3	12.630
	Bispebjerg	50.529	6,1	8.283
	Nørrebro	75.377	3	25.126
	Indre By	49.792	65,95	755
	Østerbro	72.400	23,62	3.065
	Bornholm/Christiansø	41.406	7,33	5.649
Syd	Valby	48.673	8,99	5.414
	Vesterbro/Kgs. Enghave	58.411	14,66	3.984
	Amager Øst	51.542	3,33	15.478
	Amager Vest	59.728	8,33	7.170
	Høje-Taastrup	48.081	11,33	4.244
	Albertslund	27.864	3	9.288
	Ishøj	21.087	1	21.087
	Vallensbæk	14.565	1	14.565
	Brøndby	34.084	3,33	10.235
	Glostrup	21.650	7,43	2.914
	Hvidovre	50.600	10,66	4.747
	Tårnby	41.151	6,33	6.501
	Dragør	13.692	0	-

Kapaciteter pr. 1. januar 2013, borgere pr. 1. januar 2012

Bilag 2: Administrative retningslinjer for flytning af praksis af 14.03.2013



Administrative retningslinjer for flytning af speciallægepraksis

Tiltrådt af speciallægesamarbejdsudvalget den 14. marts 2013

Ansøgninger, hvor afgørelse træffes administrativt

Sekretariaterne - regionsadministrationen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger – skal følge de administrative retningslinjer ved behandling af ansøgninger om flytning af speciallægepraksis.

Følgende kriterier skal være opfyldt for at afgørelse kan træffes administrativt. Kriterierne er ligeværdige - der er ikke nogen kriterier, som er vigtigere end andre.

- Der må ikke ske en skævvridning af den geografiske fordeling af speciallægekapaciteten inden for hoved- og nærområderne i regionen i forhold til befolkningstallene:
 - Speciallægedækningen skal være mindre i det hovedområde, som speciallægen ønsker at flytte til end i det hovedområde, som speciallægen ønsker at flytte fra,
 - Speciallægedækningen skal være mindre i det nærområde, speciallægen ønsker at flytte til end i det nærområde, som speciallægen ønsker at flytte fra,
 - Hvis speciallægen flytter inden for samme nærområde, er dækningen konstant.
- De ansøgte lokaler skal være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler om adgangsforhold og tilgængelighed.

Ved ansøgning om flytning betyder det, at byggelovgivningens tilgængelighedskrav skal være opfyldt i følgende tilfælde:

- Hvis der sker en væsentlig ombygning af den bebyggelse, der flyttes til,
- Hvis flytningen indebærer en ændring i benyttelsen af bebyggelsen, som er væsentlig. Dette vil som hovedregel være tilfældet ved fremtidig erhvervsmæssig benyttelse af bebyggelse, som hidtil har været anvendt til beboelse.

Ved ansøgning om flytning betyder det, at byggelovgivningen ikke stiller krav om tilgængelighed i følgende tilfælde:

- Hvis bebyggelsen benyttes uændret. Det vil sige, hvis bebyggelsen tidligere er anvendt som liberalt erhverv, og den nye lejer også ønsker at anvende bebyggelsen/lejemålet som liberalt erhverv – så er der ikke sket en anvendelsesændring.
- Hvis det vurderes, at ombygningen ikke er væsentlig.

Bilag 3: Administrative retningslinjer for assisterende speciallæge

Den 27. marts 2012

SAMARBEJDSUDVALGET

- a) Den ansættende speciallæge skal, inden ansættelsesforholdet påbegyndes, have indhentet tilladelse fra samarbejdsudvalget.
- b) Den ansættende speciallæge skal til regionen oplyse den ansattes navn og ansættelsesforholdets omfang.
- c) Den ansatte skal have godkendelse som speciallæge i det pågældende speciale.
- d) Mindst 50 % af de ydelser, der afregnes under ydernummeret, skal være udført af den ansættende speciallæge.

Ad. Folkepensionsalder

Såfremt en praktiserende speciallæge på grund af alder ikke længere har mulighed for selv at arbejde fuldtid i sin klinik, har speciallægen krav på aflastning i form af assisterende speciallæge. Det vurderes i hvert enkelt tilfælde, i hvilken udstrækning, der er behov for aflastning.

Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge er en personlig ordning jf. § 14, stk. 1 litra f.

Ad. Kronisk sygdom

Ved dokumenteret kronisk sygdom er det ligeledes en vurdering, i hvilken grad den enkelte speciallæge har behov for aflastning.

Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge er en personlig ordning jf. § 14, stk. 1 litra f.

Ad. Fagpolitisk arbejde

Deltagelse i fagpolitisk arbejde i et af følgende regi giver mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge:

- FAPS bestyrelse forstået som formand, næstformand og medlemmer af bestyrelsen. Formand og næstformand for FAPS bestyrelse har mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge 2 dage om ugen, mens medlemmer af bestyrelsen har mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge 1 dag om ugen.
- Regionsbestyrelser forstået som regionsrepræsentanter og regionsmedlemmer. Regionsrepræsentanterne har mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge 1 dag om ugen, mens medlemmerne kan tildeles en assisterende speciallæge ½ dag om ugen.
- Speciallægeorganisationerne forstået som formand, næstformand, næstformand/ sekretær. Formanden har mulighed for ansættelse af assisterende speciallæge 1 dag om ugen, mens næstformand/sekretær vil være berettiget til en assisterende speciallæge ½ dag om ugen.

Sagsnr: 12001918

Sagsbehandler: Anna Marie Schmidt