

**Region Hovedstaden**  
Koncern Praksis

# Praksisplan for speciallægepraksis 2013-2017

**REGION**

HØRINGSUDKAST  
August 2013

Høringsudkast

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 .....	13
3.2 Telefonisk tilgængelighed.....	14
3.3 Elektronisk tilgængelighed.....	14
3.4 Ventetider.....	15
4. Praksisfællesskaber.....	16
5. Administrative retningslinjer .....	17
Udvikling .....	18
1. Indledning.....	18
2. Baggrund.....	18
3. Samarbejde og samordning med det øvrige sundhedsvæsen .....	19
3.1 Opgavefordeling mellem sektorerne.....	19
3.1.1 Analyse og vurdering af opgavefordelingen.....	20
3.1.2 Friholdelse af kapacitet (80-20 model).....	21
3.1.3 Øvrige lokalaftaler (§§ 64 & 65).....	22
3.2 Det tværsektorielle samarbejde .....	22
3.2.1 Kommunikation mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen.....	23
Fælles Medicinkort .....	23
Kommunikation med andre ydere i praksissektoren og kommunerne.....	23
Kommunikation med hospitalerne – epikriser, central visitation og diagnostiske enheder.....	24
3.2.2 Sammenhængende patientforløb.....	26
Shared care .....	26
Udvikling af patientforløbsbeskrivelser.....	26

Forløbsprogrammer og pakkeforløb.....	27
Udredningsgaranti og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg .....	28
3.2.3 Formaliserede samarbejdsfora.....	29
Tre-partsgrupper – specialeorienterede samarbejdsfora .....	29
Udvikling af det specialeorienterede samarbejde.....	29
Sundhedsfaglige råd og komiteer .....	31
4. Kvalitetsudvikling.....	32
4.1 Rammer for kvalitetsudvikling i speciallægepraksis ..	32
4.2 Den organisatoriske kvalitet .....	34
4.2.1 Forberedelse til akkreditering .....	34
4.3 Den sundhedsfaglige kvalitet.....	35
4.3.1 Kliniske retningslinjer .....	35
4.3.2 Datafangst og diagnosekodning .....	36
4.3.3. Datakonsulentfunktion.....	36
4.3.4. Rationel medicinanvendelse i speciallægepraksis .....	37
4.4 Den patientoplevede kvalitet.....	38
4.4.1 Patientsikkerhed .....	38
4.4.2 Den regionale patientsikkerhedsorganisation .....	39
4.4.3 Udbredelse af læring af UTH – etablering af patientsikkerhedskultur i den enkelte praksis .....	39
Bilag .....	40
Bilagsfortegnelse .....	40
Bilag 1.1: Grundbeskrivelse - antal speciallægepraksis fordelt på praksisform .....	41
Bilag 1.2: Grundbeskrivelse - antal borgere pr. heltidskapaciteter .....	41
Bilag 1.3: Grundbeskrivelse - antal speciallægeydernumre fordelt på overenskomstomfattede specialer .....	42
Bilag 1.4: Speciallægekapaciteter i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner .....	43
Bilag 1.5: Grundbeskrivelse - speciallægekapaciteter fordelt på hospitalsplanområder samt fordeling efter folketal.....	43
Bilag 1.6: Grundbeskrivelse - Regionens borgeres forbrug af speciallægeydelser fordelt på praksisformer og specialer .....	44
Bilag 1.7: Grundbeskrivelse – Forbrug pr borger i Region Hovedstaden til speciallægehjælp .....	45
Bilag 1.8: Grundbeskrivelse Forbrug (honorar og ydelser) for borgere i Region Hovedstaden til speciallægehjælp.....	46

Bilag 1.9: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp fordelt på regioner .....	48
Bilag 1.10: Grundbeskrivelse - Forbrug af speciallægehjælp i de enkelte regioner i forhold til antallet af borgere .....	48
Bilag 1.11: Grundbeskrivelse - Produktion pr. patient i forskellige specialer .....	49
Bilag 1.12: Grundbeskrivelse – Pendlingsmønstre for regionens borgere blandt speciallæger i Region Hovedstaden .....	49
Bilag 2: Administrative retningslinjer for flytning af praksis af 14.03.2013 .....	65
Bilag 3: Administrative retningslinjer for assisterende speciallæge .....	67

Høringsudkast

# 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 formen 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 gennemførsel**

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



#### 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.

Høringsudkast

# Kapacitet

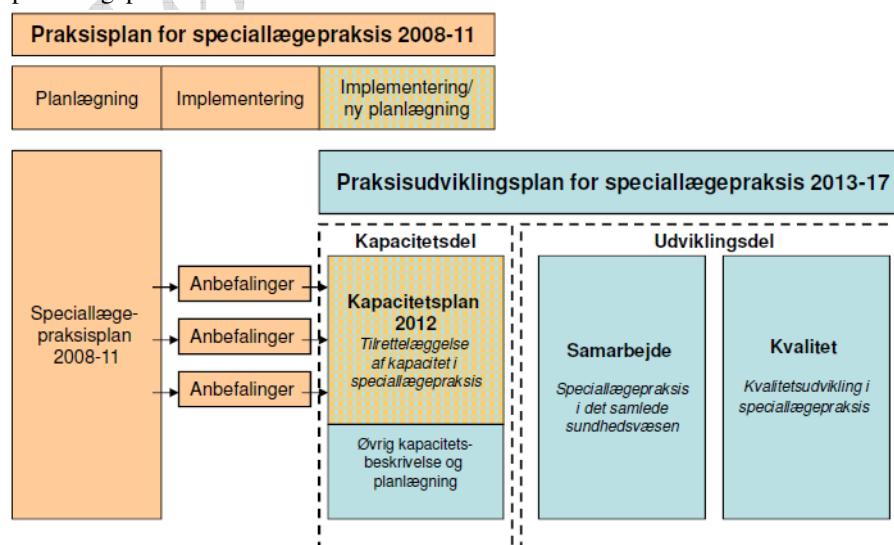
## 1. Indledning

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 specialerelaterede 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 landstal 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			
	<i>Fuldtids-praksis</i>	<i>Deltids-praksis</i>	<i>Overlæge-praksis</i>	<i>Antal i alt</i>
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 deltidspædagogik til fuldtidspædagogik.

Kapacitetsplanens hovedkonklusioner er følgende:

- Deltidspædagogik: Der anbefales en konvertering af eksisterende deltidspædagogik til fuldtidspædagogik. Planen lægger op til, at konverteringen til fuldtidspædagogik skal ske gennem frivillig sammenlægning af deltidspædagogik. Sammenlægningen skal ske ved, at speciallæger i deltidspædagogik gradvis opkøber andre deltidspædagogik og dermed efterhånden opnår status som fuldtidspædagogik. Konverteringen må hverken medføre en kapacitetsudvidelse eller belaste den økonomiske ramme for speciallægeprædagogik.
- Kapacitetsvurdering: Kapacitetsplanen omfatter en samlet vurdering af kapaciteten i speciallægeprædagogik. Analysen viser blandt andet, at der er pres på kapaciteten inden for børne- og ungdomspsykiatri samt voksenpsykiatri. Kapacitetsplanen anbefalede derfor en udvidelse af speciallægeprædagogik. 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 speciallægeprædagogik.

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

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

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 speciallægeprædagogik skal have fokus på patientrettet service i form af ventetider samt tilgængelighed for regionens borgere, såvel fysisk som telefonisk og elektronisk, samt at speciallægeprædagogik skal sørge for at have ajourførte praksisdeklarationer på sundhed.dk.

### 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. handicapegnet adgang til praksis, herunder:
  - At der planlægges en undersøgelse af mulighed for forbedring af den fysiske tilgængelighed i speciallægepraksis.
  - 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 toilet forhold 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.

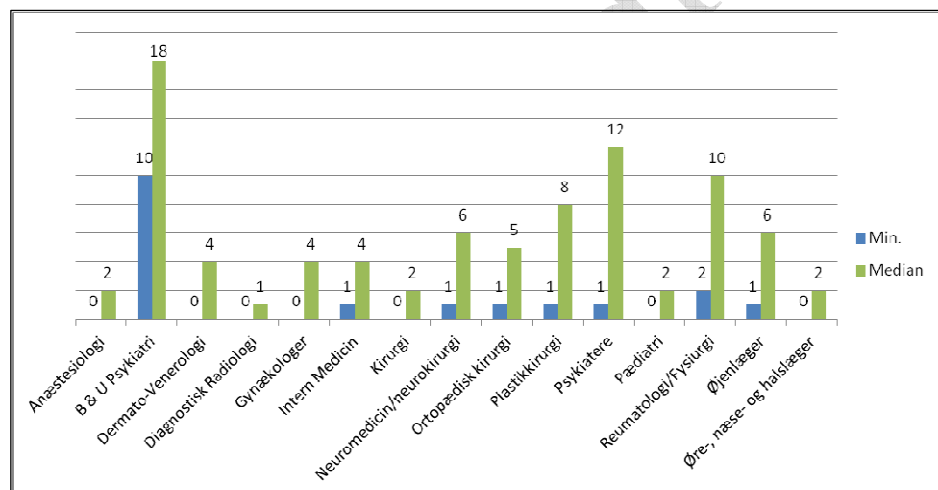
Tabel 2: Oversigt over ventetider i speciallægepraksis pr. 24. marts 2013

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.

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 lokalfællesskab 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 hospitalsfunktioner<sup>1</sup> 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)

---

<sup>1</sup> 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 hospitalerne<sup>2</sup>. 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 ambulant behandling på regionens hospitaler, som kan træde til og løfte opgaver i relation til patientforløb, hvor den højtspecialiserede 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.

---

<sup>2</sup> 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 hospitaler<sup>3</sup>.

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 regioner<sup>4</sup>.

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)<sup>5</sup> 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 vurdering<sup>6</sup>.

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

<sup>5</sup> PaSS – Patientforløb i Speciallægepraksis og på Sygehus, KORA 2012

<sup>6</sup> 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 model<sup>7</sup> 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 hospitaler<sup>8</sup>.

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.

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

<sup>8</sup> 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 (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 mindskes<sup>9</sup>. 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 behandling<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> 'Afrapportering af KVIS-delforløbet om kvalitetssikring af sektorovergange', FAS og Danske Regioner

<sup>10</sup> 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.

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

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, kirurger 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.

Samarbejde med kommunerne sker primært i forbindelse med sundhedsaftalerne, hvorunder der i relevant omfang kan ske en koordinering mellem speciallægepraksis og kommunernes øvrige tilbud om patientforløb, hvor begge parter er involveret.

#### 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.

Der er etableret central visitationsordning (CVI) og diagnostiske enheder, der forventes at forbedre procedurene 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 bemandet 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-faktorerne<sup>11</sup> 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 polyper, men der ikke er tale om cancer. Sådanne patienter skal følges jævnlige ved skopier, og denne opgave bliver løst i speciallægepraksis.

#### Udvikling af patientforløbsbeskrivelser

Specialeviser patientforløbsbeskrivelser beskriver dels arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og det øvrige sundhedsvæsen herunder internt i praksissektoren, dels skaber de ensartethed i behandlingen i de enkelte

---

<sup>11</sup> KRAM: Kost, Rygning, Alkohol og Motion

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 effektiviseringspotential, 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 lænderyg 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 rehabilitering<sup>12</sup>. 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 udredningsyndelser, blandt andet ekkokardiografi og EKG.

#### Eksempler: Pakkeforløb på kræftområdet

De endoskoperende 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 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

<sup>12</sup> Jf. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme, Region Hovedstaden 2011

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 efteruddannelsestilbuddet 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 patientoplevels 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 specialevís, i takt med at der udvikles løsninger herfor.

Indsatserne i planperioden kan være:

- Arbejde med dokumentation af kvalitet
- Kursus, temadage, konsulentbesøg
- Patientsikkerhed
- Systematisk/målrrettet 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 1.1-1.12: Grundbeskrivelse

Bilag 2: Administrative retningslinjer for flytning af praksis

Bilag 3: Retningslinjer vedr. assisterende speciallæge

Høringsudkast



## 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 deltidspødsis 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: Speciallægekapaciteter i Region Hovedstaden i forhold til øvrige regioner

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

Region	Fuldtid = 1		Deltid = 0,33		Overlæger = 0,1		Omregnet til fuldtidss-praksis	Antal borgere	Fuldt ids-praksis pr. 1000 borgere
	An-tal	Kapa-citet	An-tal	Kapa-citet	An-tal	Kapa-citet			
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 - speciallægekapaciteter fordelt på hospitalsplanområder samt fordeling efter folketal

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

Planområder	Speciallæger omregnet til fuldtidskapacitet*	Andel af samlet speciallægekapacitet 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 deltidspraksis og 0,1 for en overlægepraksis.

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

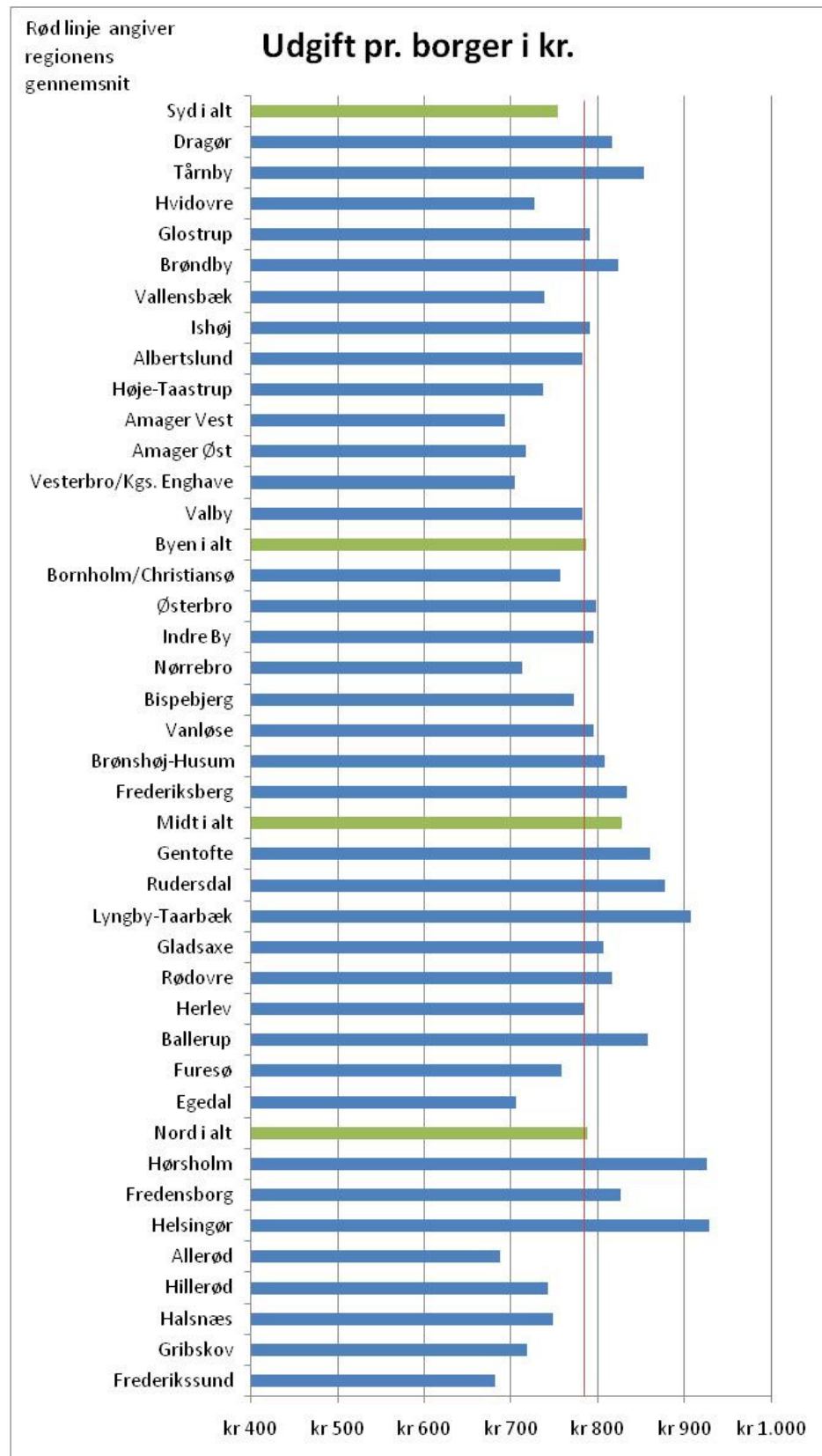
Figur 6 Regionens borgeres forbrug af speciallægeydelser fordelt på praksisformer og specialer pr. 1. januar 2012

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

Speciale	2008			2011			%ændring 2008-2011			
	1. konsulta- tioner	Ydelser	Honorar	1. konsulta- tioner	Ydelser	Honorar	1. konsulta- tioner	Ydelser	Honorar, løbende priser	Honorar, faste priser**
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 %
Ortopædkirur- gi	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 anatom	*	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

## 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.

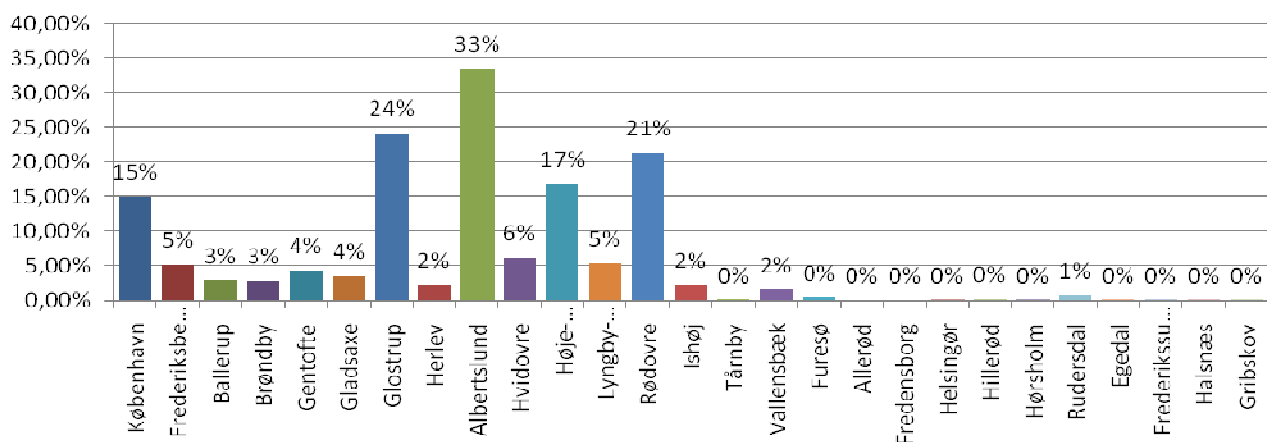
## Bilag 1.12: Grundbeskrivelse – Pendlingsmønstre for regionens borgere blandt speciallæger i Region Hovedstaden

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.

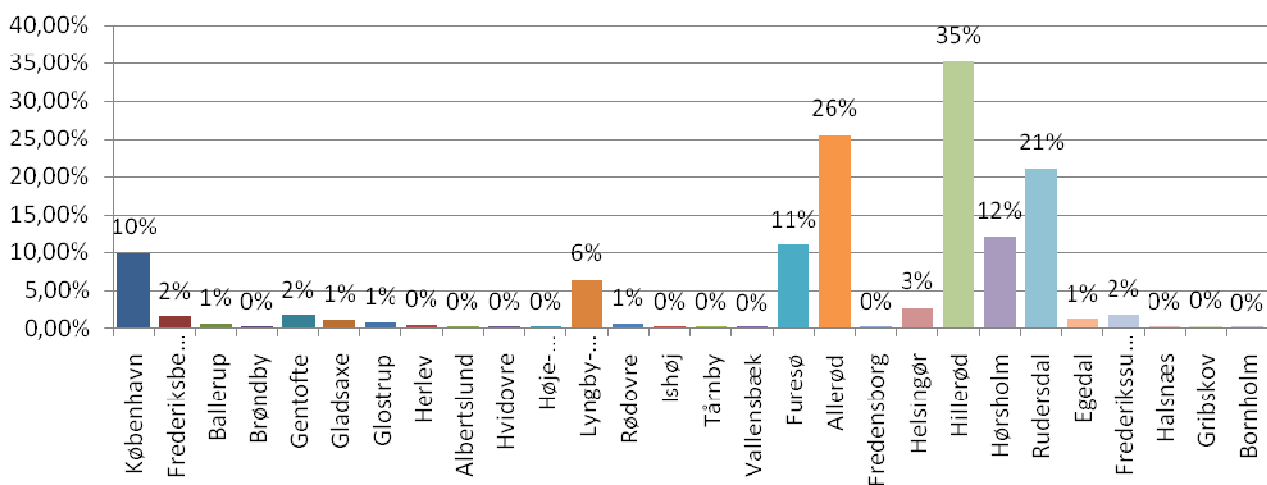
Tabellerne viser, hvor borgere fra en kommune, som har opsøgt speciallæge, har fået behandling. Bemærk at den enkelte borger kan optræde i flere søjler, hvis vedkommende har søgt speciallæger i forskellige kommuner.

*Se følgende sider for tabeller*

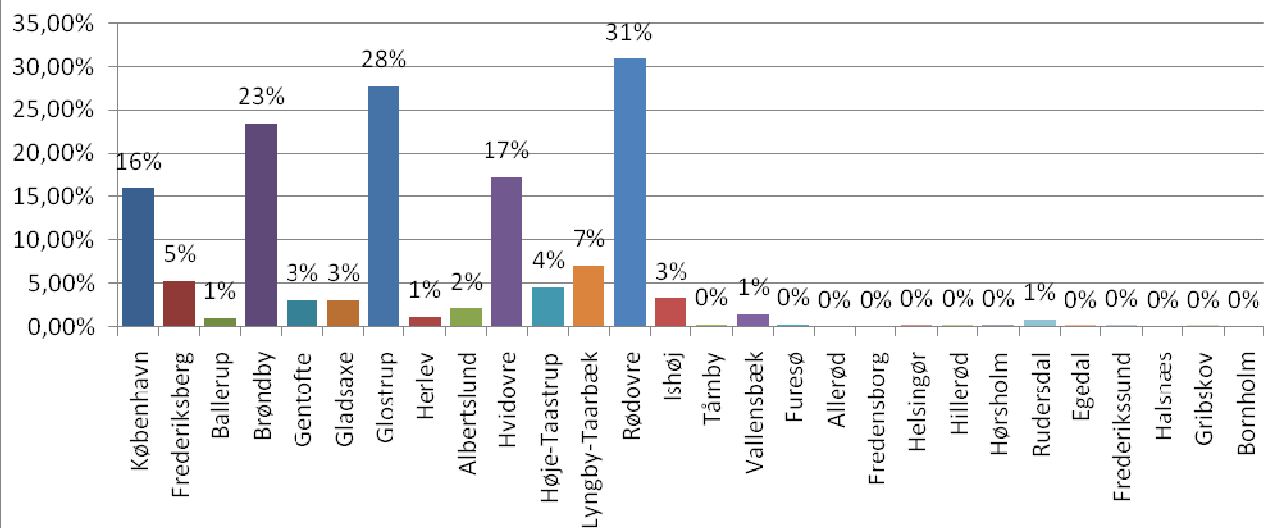
## Albertslund



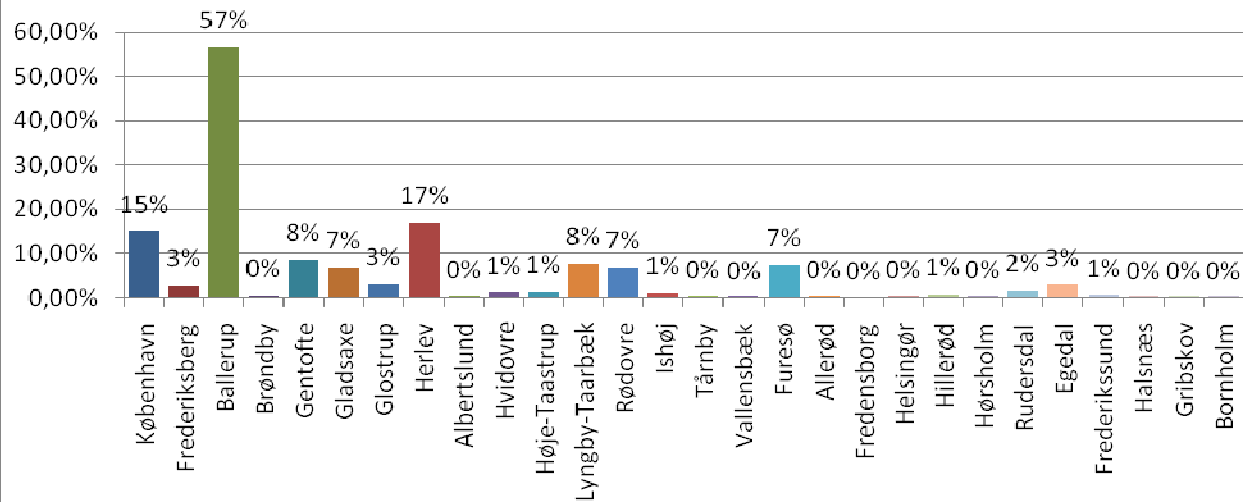
## Allerød



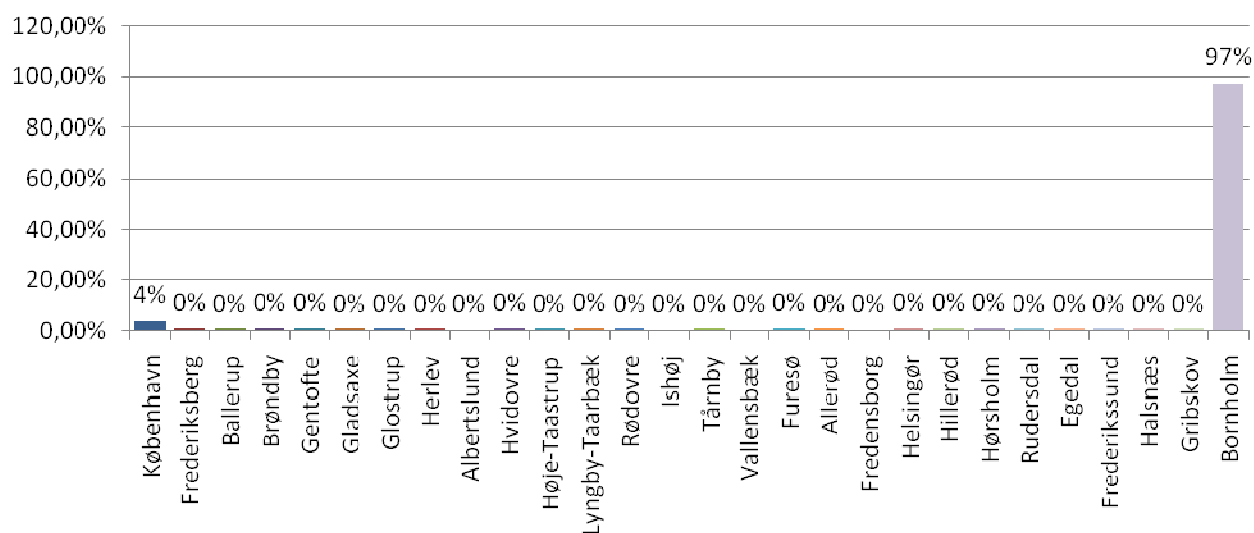
## Brøndby



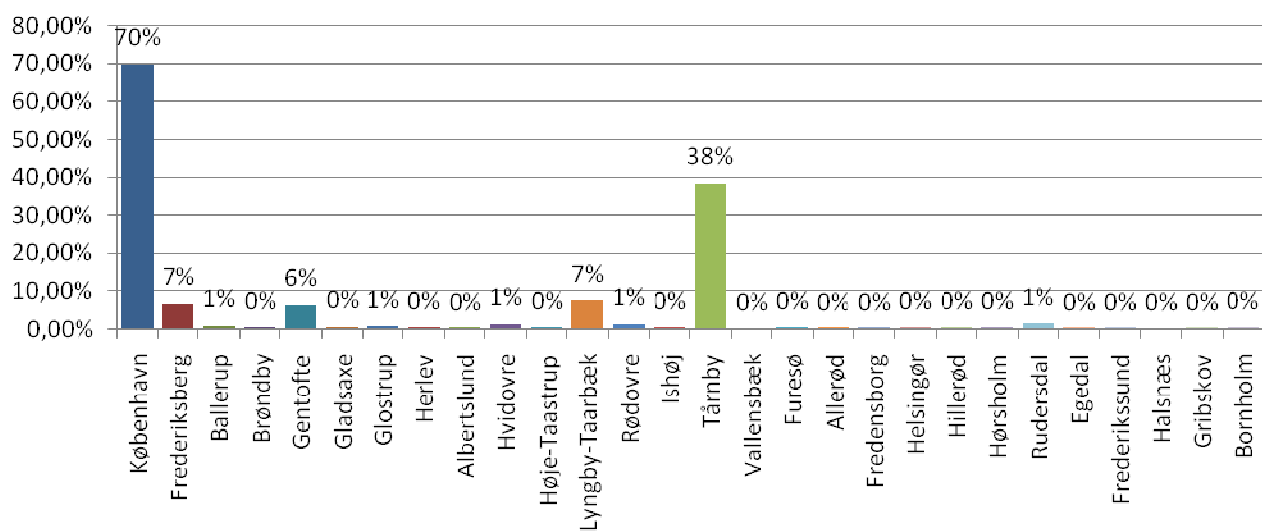
## Ballerup

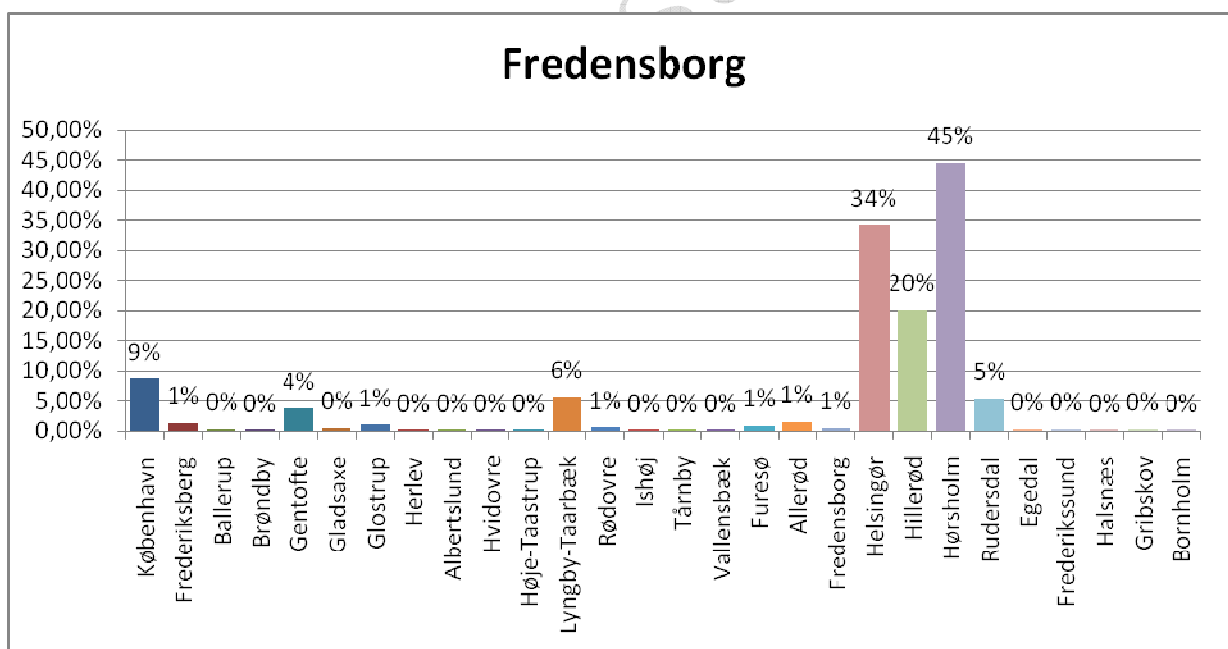
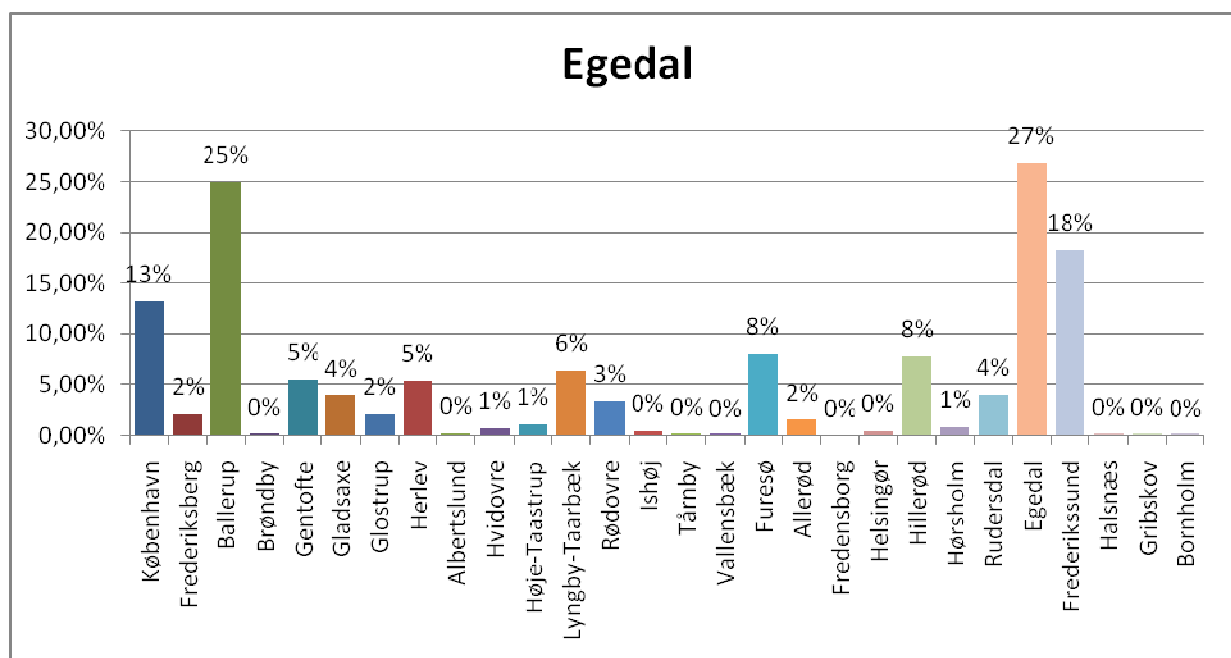


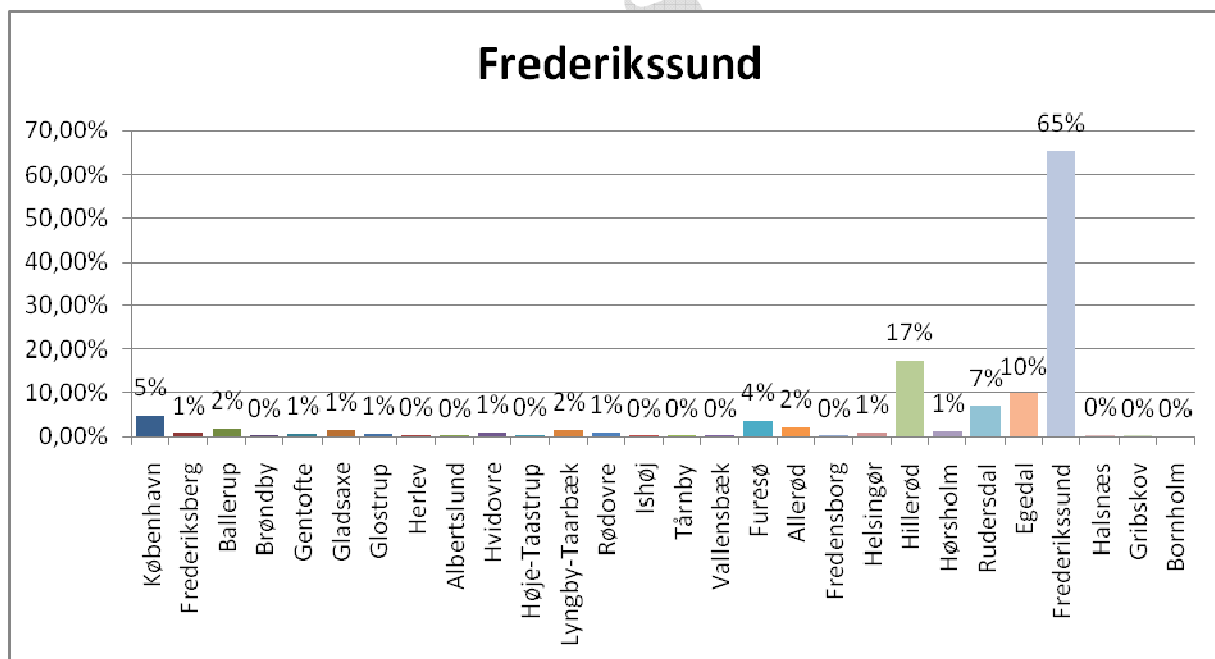
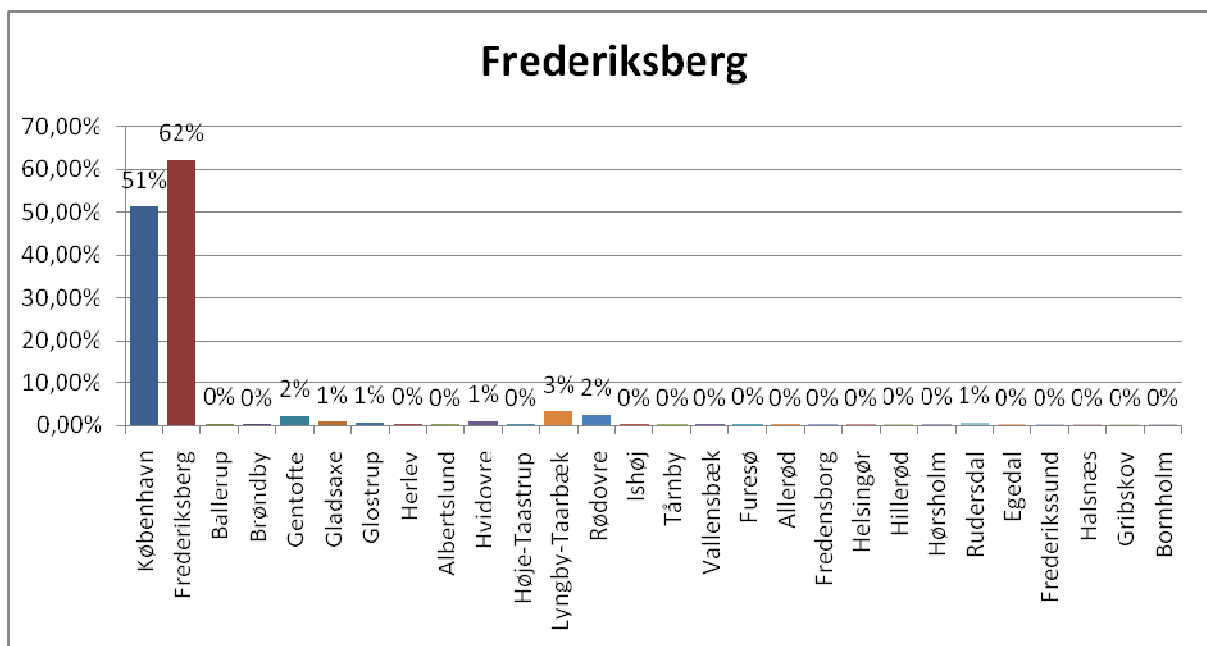
## Bornholm



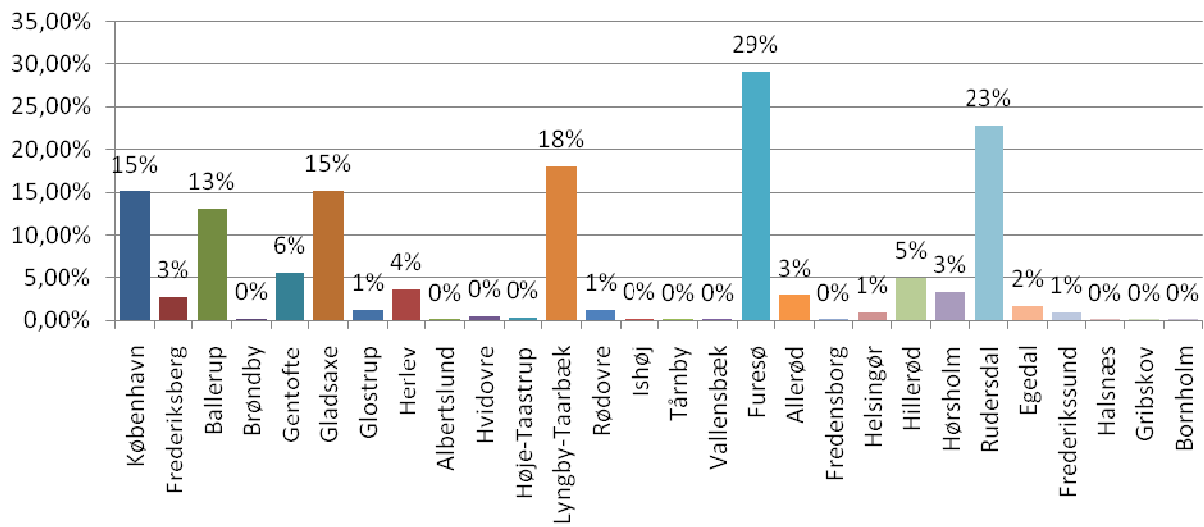
## Dragør



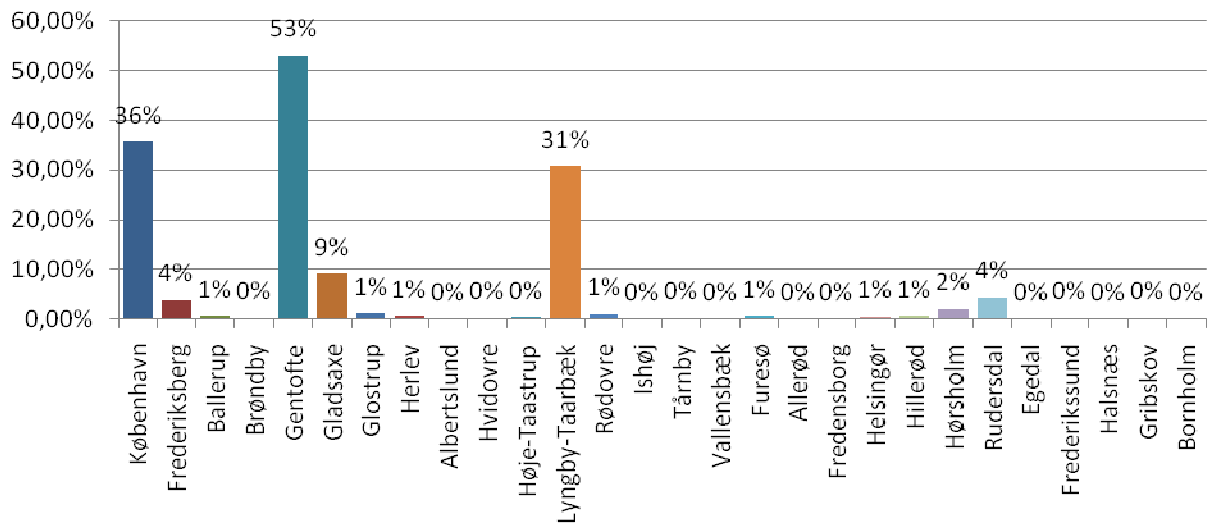




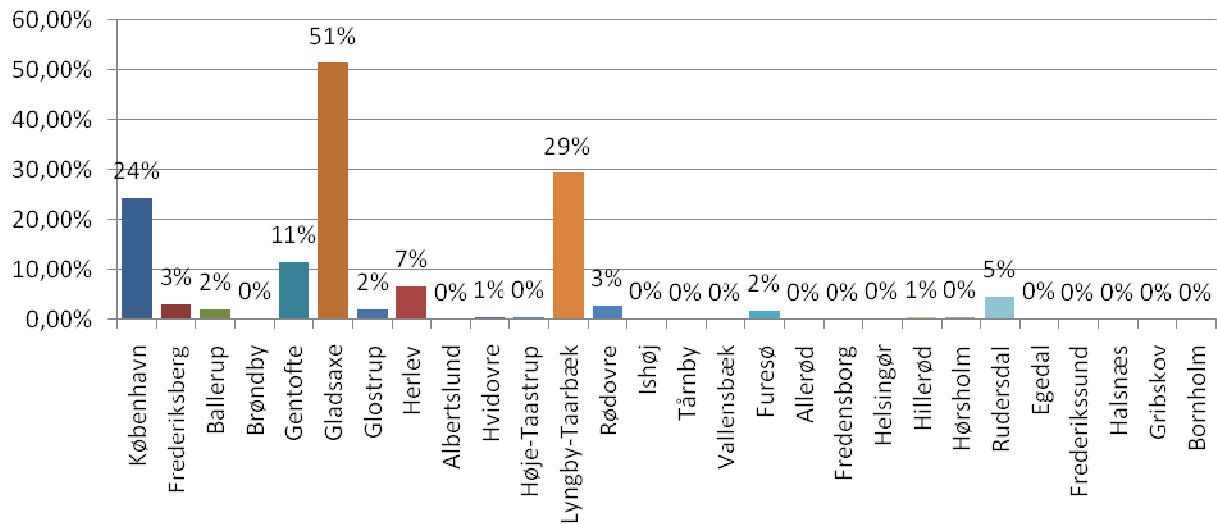
## Furesø



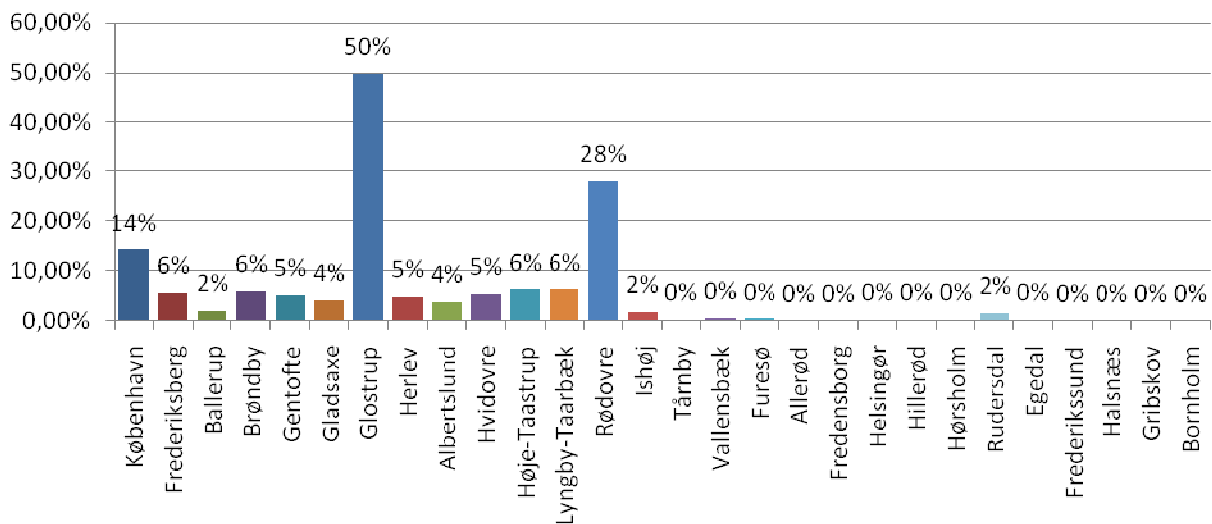
## Gentofte



## Gladsaxe

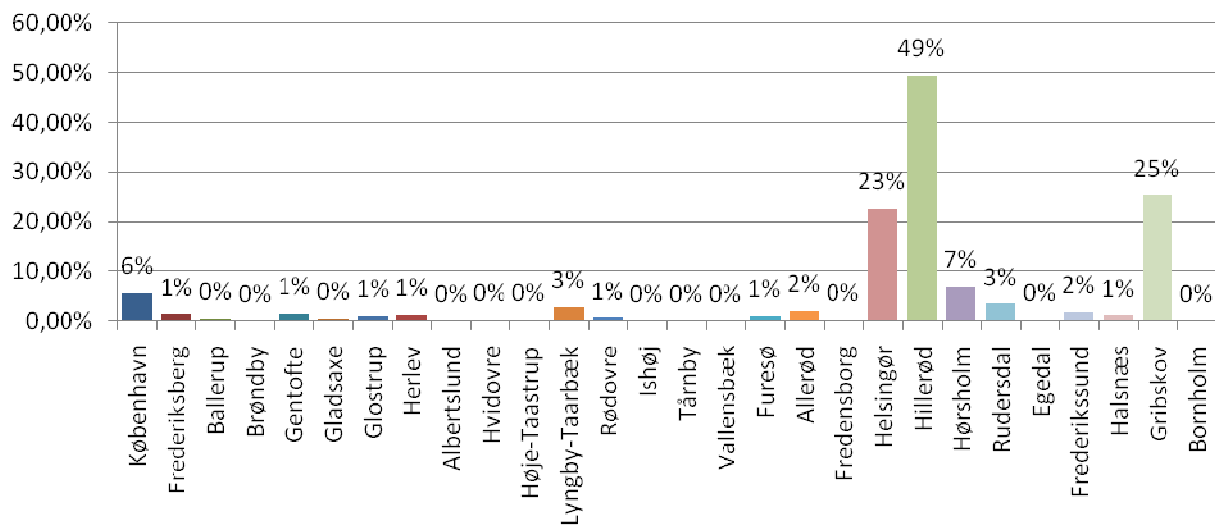


## Glostrup

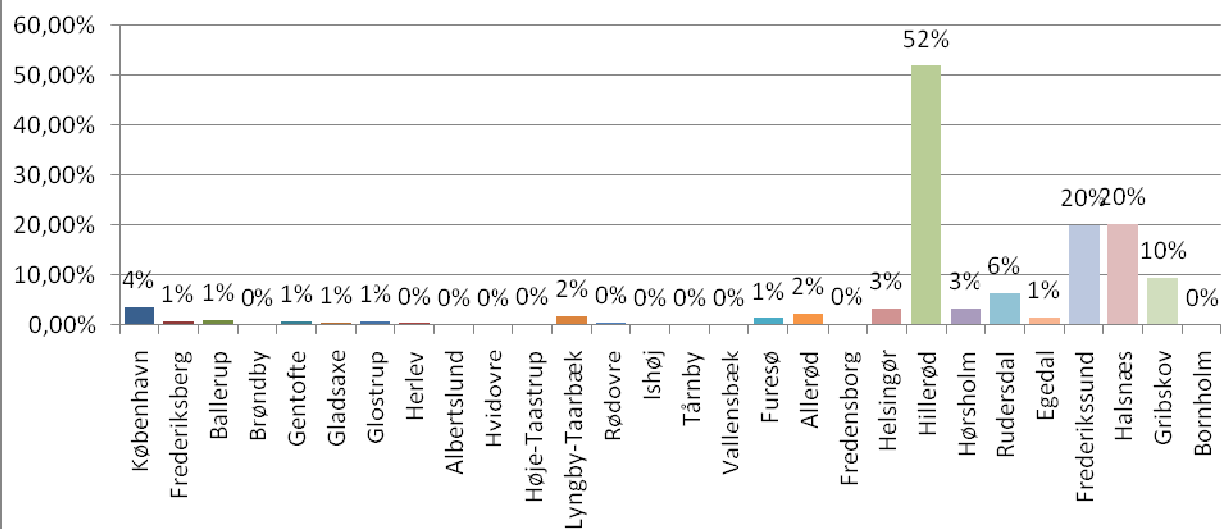




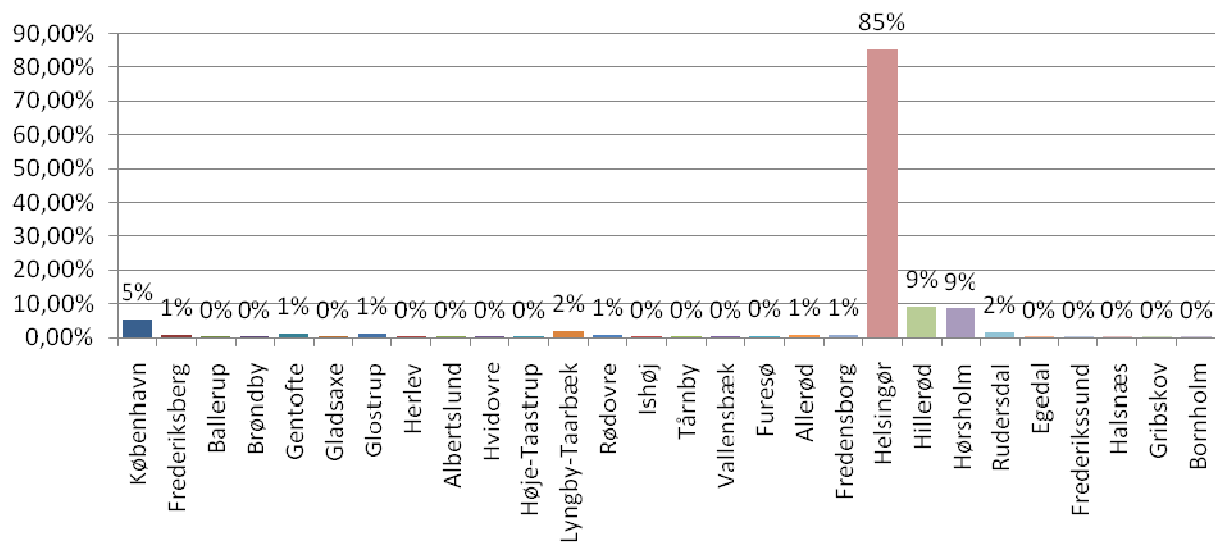
## Gribskov



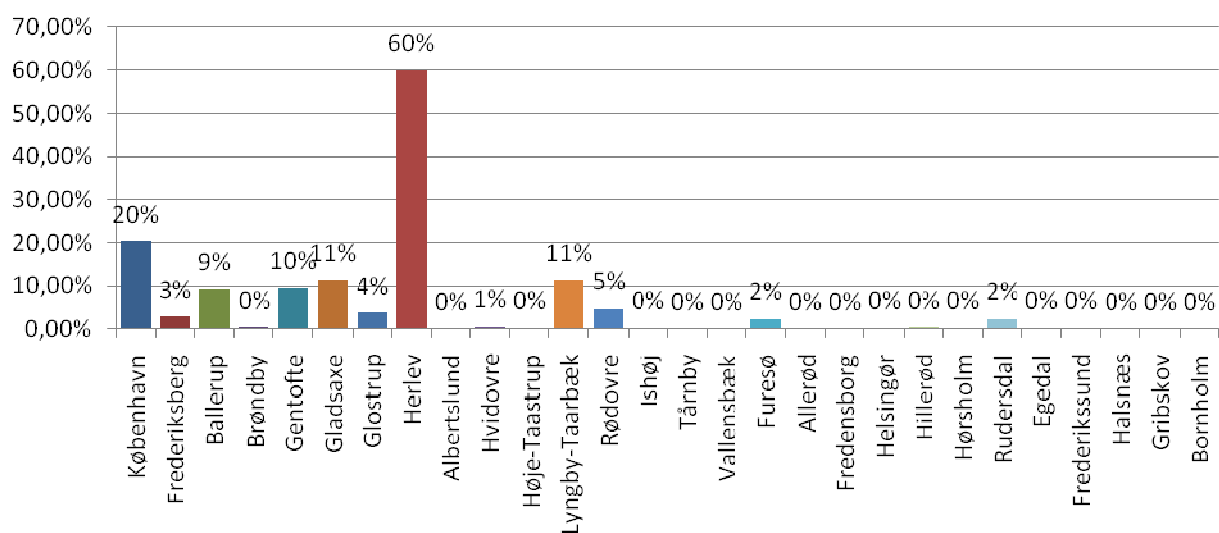
## Halsnæs



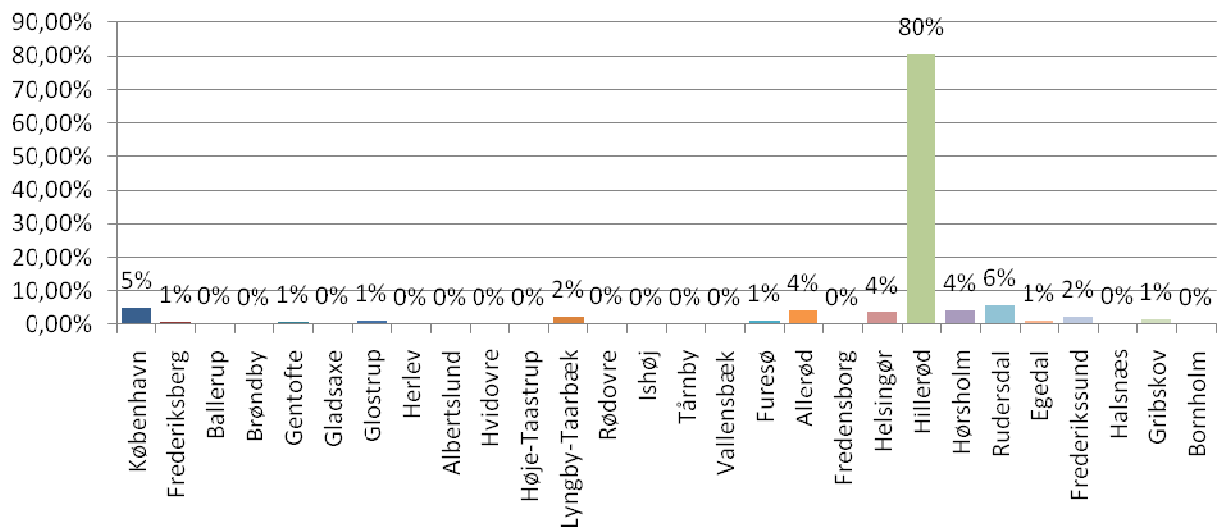
## Helsingør



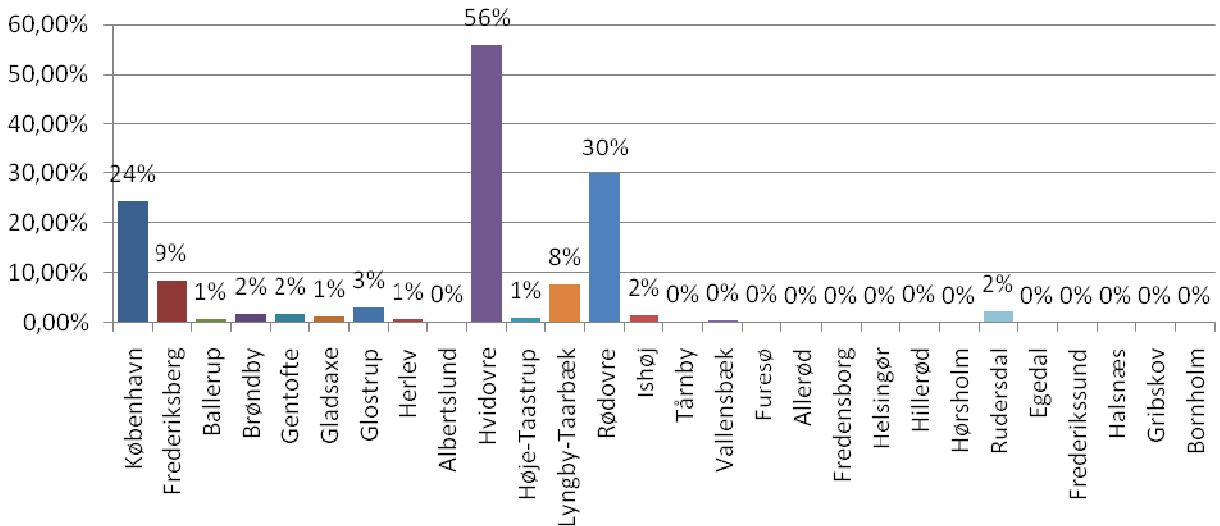
## Herlev



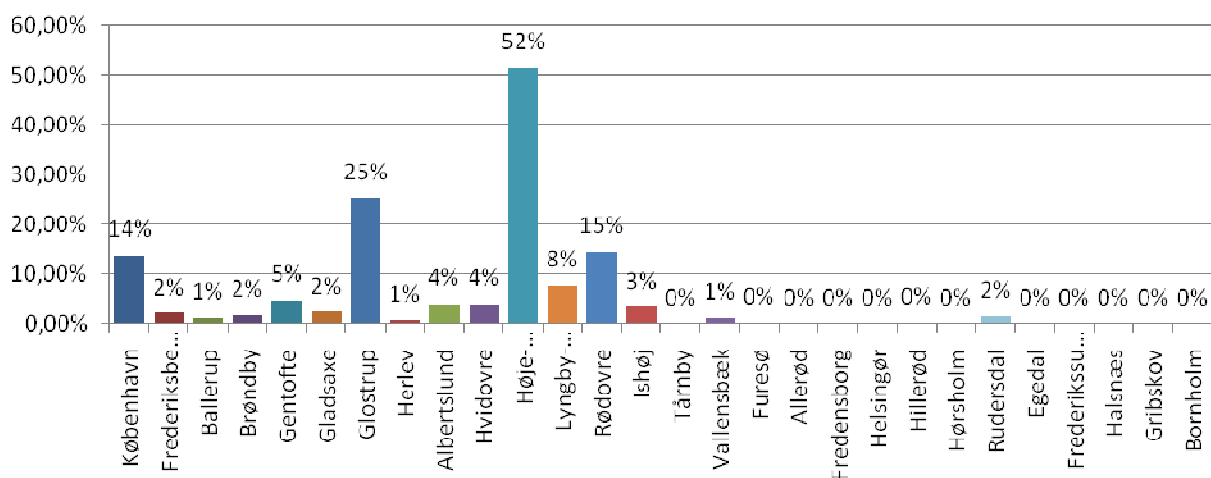
## Hillerød



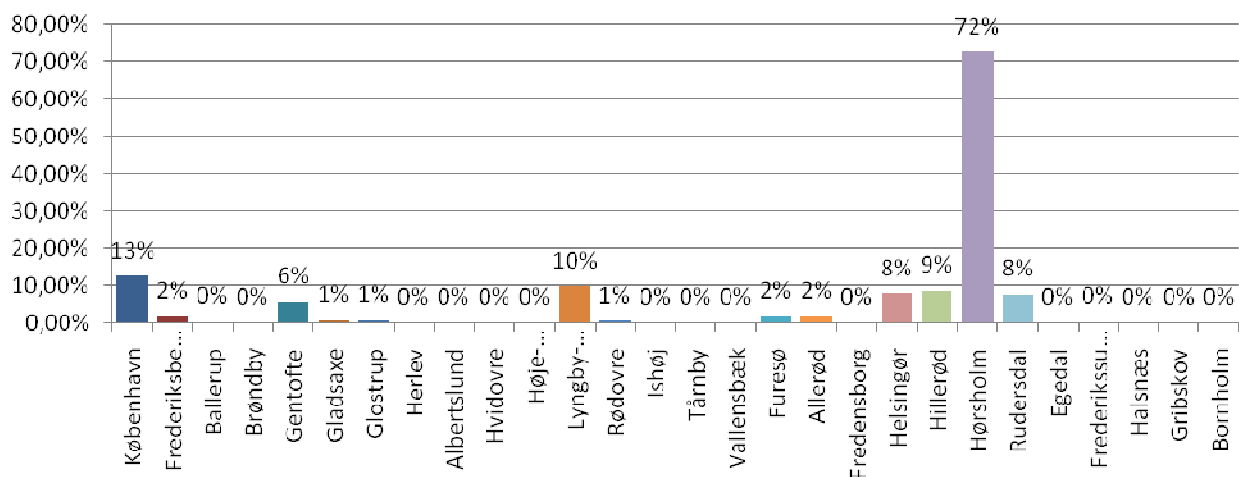
## Hvidovre



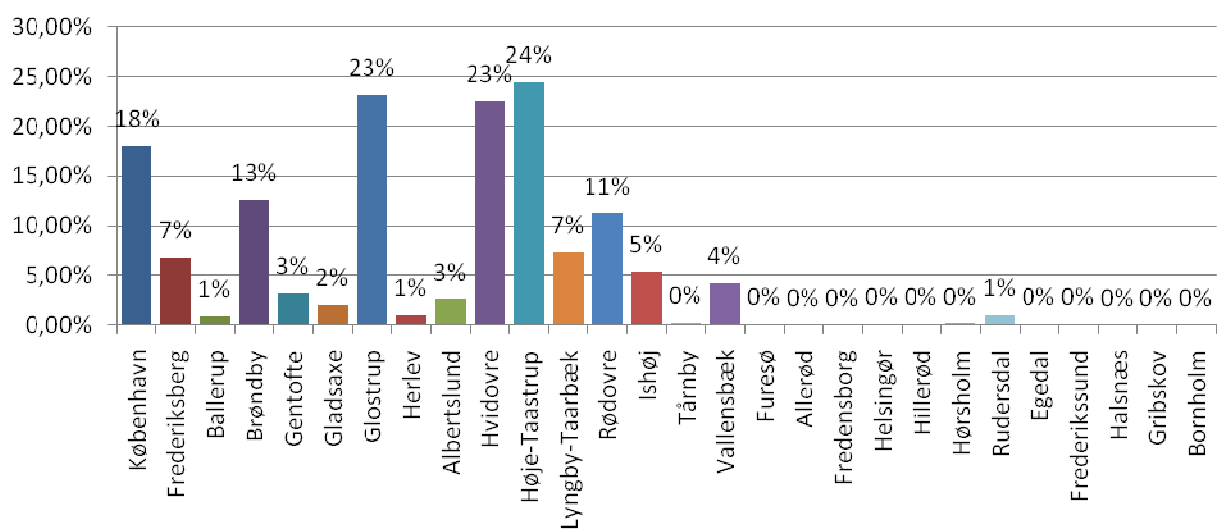
## Høje-Taastrup



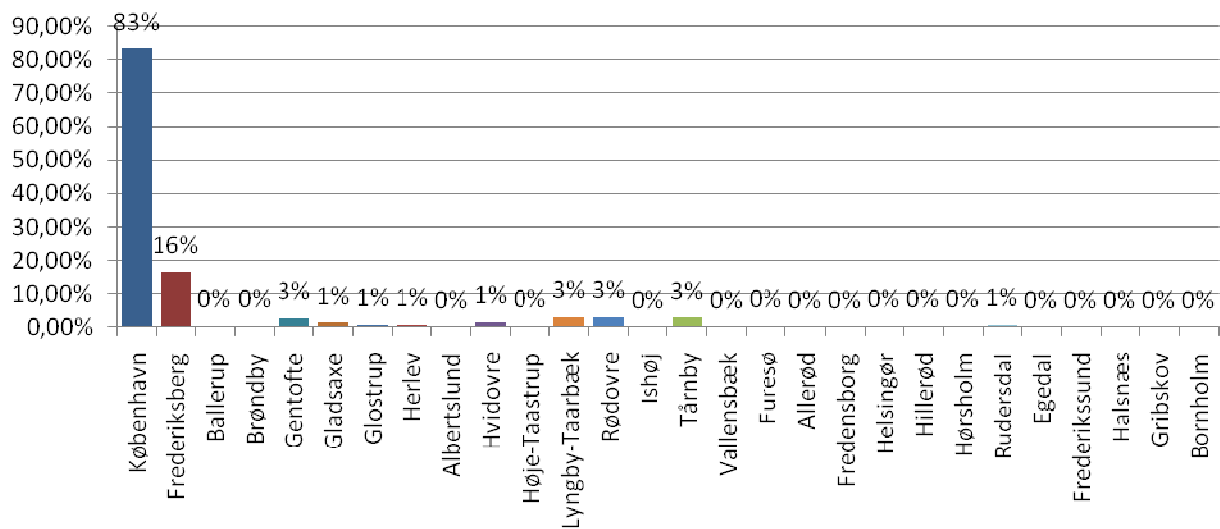
## Hørsholm



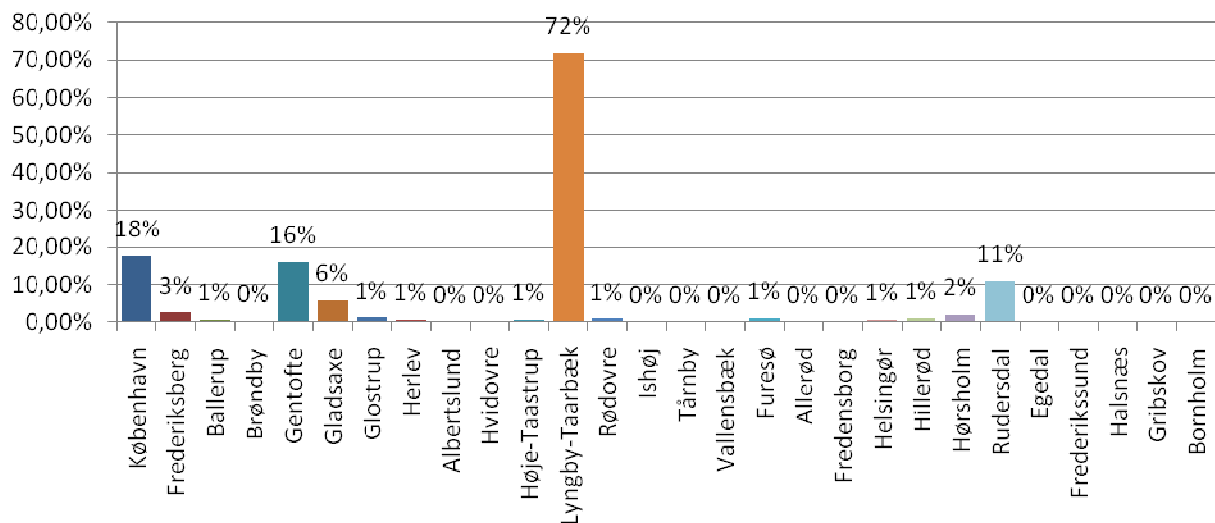
## Ishøj



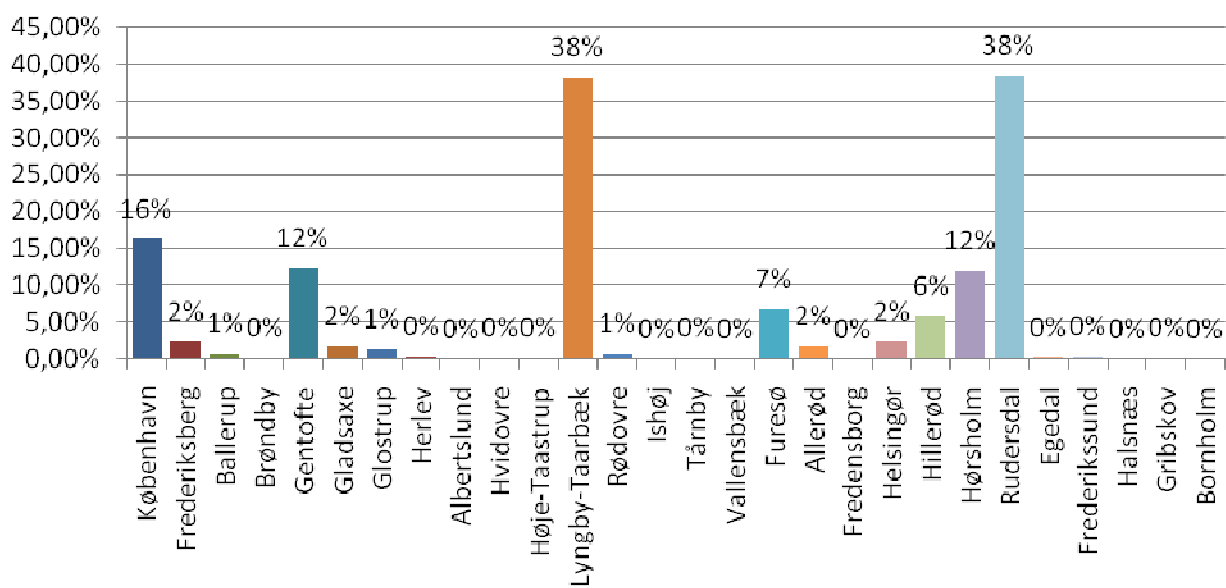
## København



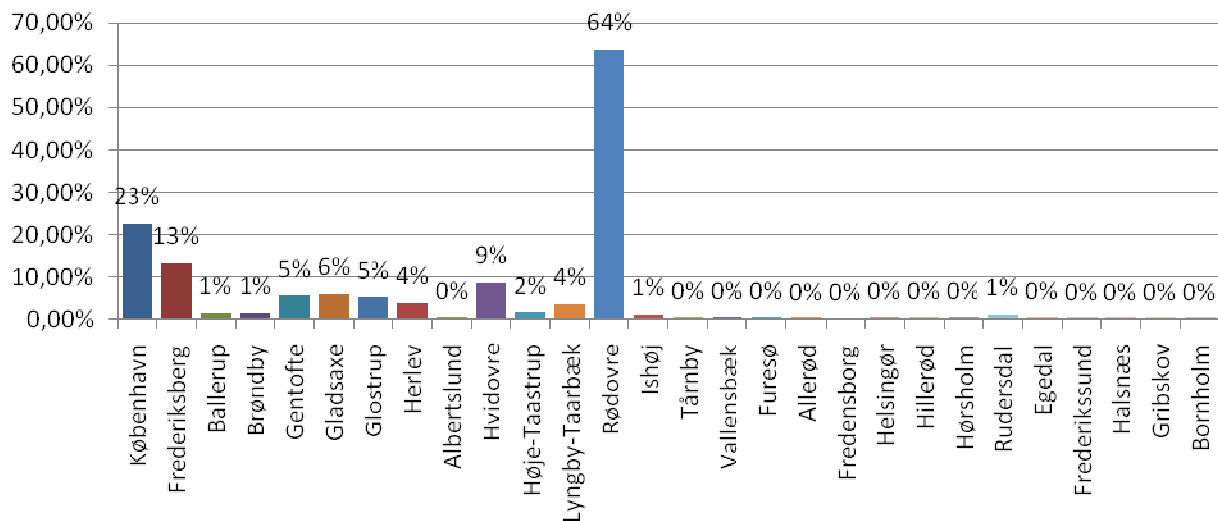
## Lyngby-Taarbæk



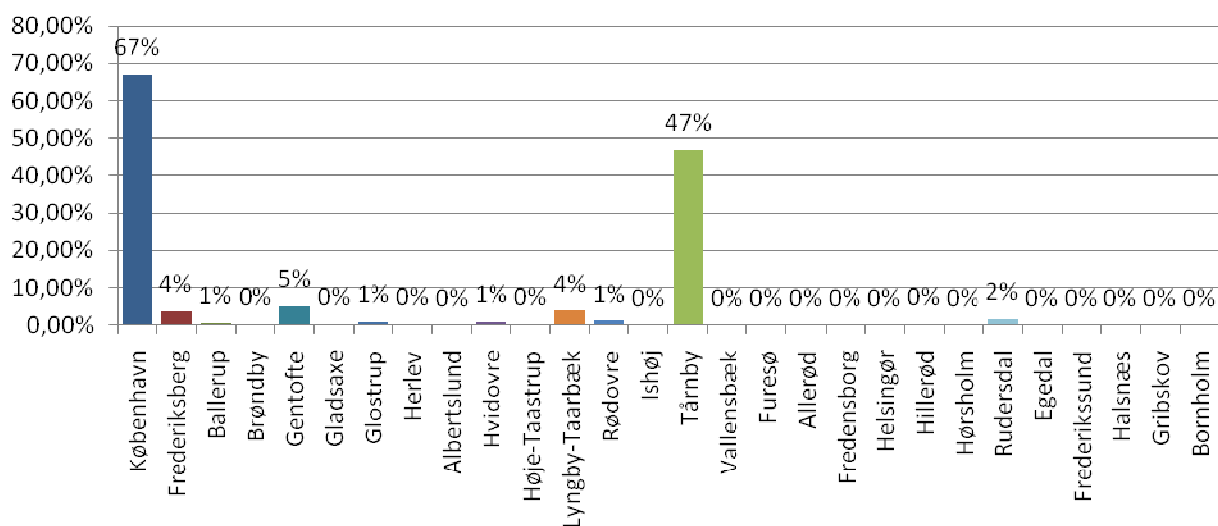
## Rudersdal



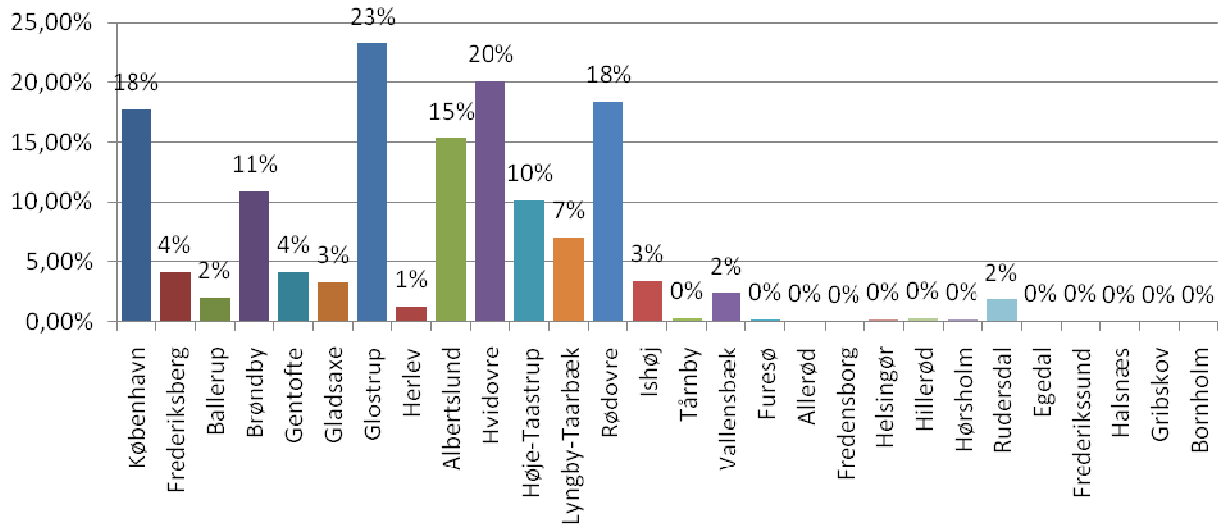
## Rødovre



## Tårnby



## Vallensbæk



Høringsudvalget



## 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.

- Der er mindst lige så gode handicapvenlige adgangsforhold i de ansøgte lokaler som før flytningen.  
For at kunne vurdere handicaptilgængeligheden i henholdsvis den nuværende praksis og kommende praksis, skal speciallægen udfylde to skemaer om den nuværende og den kommende kliniks indretning og adgangsforhold for handicappede.
- Der er mindst samme tilgængelighed til såvel offentlig som privat transport til den ansøgte lokaler som før flytningen.

**Ansøgninger, hvor afgørelse træffes af speciallægesamarbejdsudvalget**

I de tilfælde, hvor flytteansøgningerne ikke lever op til samtlige retningslinjer, og hvor der skal foretages en afvejning af flere hensyn, træffes afgørelse af speciallægesamarbejdsudvalget. Speciallægesamarbejdsudvalget kan inddrage andre forhold, der vurderes som væsentlige for afgørelser af ansøgninger om flytning, herunder faglige forhold, som knytter an til praksisplanen, og speciallægesamarbejdsudvalget er i øvrigt ikke bundet af de administrative retningslinjer ved udvalgets behandling af flytteansøgninger.

Høringsudvalget

## Bilag 3: Administrative retningslinjer for assisterende speciallæge

Den 27. marts 2012

### **SAMARBEJDSUDVALGET FOR SPECIALLÆGEPRAKSIS**

---

**SAG NR. 18**

**Udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge**

---

#### **ADMINISTRATIONENS INDSTILLING**

**1. at** samarbejdsudvalget godkender udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge

---

#### **RESUME**

Foreningen af Praktiserende Speciallæger i Region Hovedstaden har udarbejdet udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge, som administrationen kan tilslutte sig.

Det indstilles, at samarbejdsudvalget godkender udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge.

---

#### **SAGSFREMSTILLING**

Det blev på møde i samarbejdsudvalget den 30. november 2011 besluttet at udarbejde forslag til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge, jf. protokol fra sag nr. 6 den 30. november 2011.

Speciallægenes sekretariat har udarbejdet følgende udkast til retningslinjer:

#### **Udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge**

En praktiserende speciallæge har i henhold til § 14 i overenskomst om speciallægehjælp krav på ansættelse af assisterende speciallæge, hvis speciallægen har behov for aflastning fordi:

- Folkepensionsalderen er nået, eller
- Der er indtruffet en kronisk sygdom, eller
- Speciallægen deltager i fagpolitisk arbejde.

Det iagttages af speciallægen, at ansættelse af assisterende speciallæge kan ske, såfremt følgende betingelser er opfyldt:

- 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.





Tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge er en personlig ordning jf. § 14, stk. 1 litra f. Samarbejdsudvalget påser, at tilladelsen er tidsbegrænset, men en forlængelse skal foretages, så længe speciallægen er fagpolitisk aktiv.

For praktiserende speciallæger, som har opnået tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæger inden 1. oktober 2011, gælder de vilkår, som er anført i den af samarbejdsudvalget meddelte tilladelse.

Det indgår som en forudsætning for speciallægesidens sekretariat, at retningslinjerne bliver tilpasset fremtidige overenskomster.

Administrationen kan tilslutte sig udkast til retningslinjer og er af den opfattelse, at retningslinjerne fremover vil gøre det nemmere at administrere ansøgninger om ansættelse af assisterende speciallæge.

Det indstilles dermed, at samarbejdsudvalget godkender udkast til retningslinjer for tildeling af assisterende speciallæge.

---

#### **SAMARBEJDSUDVALGETS BESLUTNING**

Tiltrådt.

---

Bilagsfortegnelse:

1. Protokol fra møde i samarbejdsudvalget den 30. november 2011.

Sagsnr: 12001918

Sagsbehandler: Anna Marie Schmidt

Høring