

Praksisplan speciallægepraksis

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
1. Indledning - baggrund og formål	3
1.1 Baggrund og proces for praksisplanen	3
2. Mål og visioner for Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland.....	5
2.1 Visioner for fremtidens speciallægepraksis i Region Midtjylland	5
3. Kapacitet, aktivitet og geografisk dækning.....	7
3.1 Differentieret tilgang til kapaciteten i speciallægepraksis	7
3.2 Aktivitet i speciallægepraksis.....	8
3.3 Kapacitet	12
3.4 Geografisk placering.....	13
3.5 Dermatologi- øjen- og øre-næsehalspraksis i alle regionerne	16
3.6 Ventetid hos praktiserende speciallæger	17
3.7 Forventet rekrutteringsbehov som følge af speciallægenes alder	19
3.8 Vurdering af fremtidig kapacitet - de store praksisspecialer	19
3.9 Muligheder for at øge kapaciteten	20
4. Speciallægepraksis i sammenhængende og integrerede sundhedsvæsen ..	23
5. Behandling af høj kvalitet i speciallægepraksis	28
6. Tilgængelighed og service	31
7. Proces for behandling af ansøgninger fra praktiserende speciallæger	33
8. Moderniseringer, faglige anbefalinger (der ikke fremgår tidligere) alle specialer	35

Bilag

1. Specialespecifik gennemgang
2. Om speciallægepraksis
3. Demografi i Region Midtjylland

1. Indledning - baggrund og formål

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige speciallægepraksisbetjening i Region Midtjylland.

Ambitionen har været at lave en speciallægepraksisplan der sikrer, at regionen fortsat har et solidt og velfungerende tilbud til borgerne i form af praktiserende speciallæger, der leverer sundhedsydelser af høj kvalitet.

Det har samtidig været ambitionen med planen at understøtte intentionen i regionens målbillede og de tværpolitiske sigtelinjer regionsrådet vedtog i efteråret 2018. Sigtelinjerne har bl.a. til formål at give retning til prioriteringer og beslutninger i forhold til at realisere målbillederne for Region Midtjylland.

I planen tages der højde for, at sundhedsvæsenet står overfor en række udfordringer de kommende år med flere borgere med kroniske sygdomme, flere borgere med multisygdom og begrænset økonomi for regionen.

Planen skal bidrage til en tilpasning af funktioner og kapacitet mellem hospitaler og speciallægepraksis og fastlægger de fremtidige ønsker for kapaciteten indenfor de forskellige speciale. Speciallægepraksis varetager en del af den ambulante aktivitet i regionen og skal derfor ses i sammenhæng med hospitalernes opgavevaretagelse. I planen vil der derfor blive skelnet mellem specialer, hvor hovedparten af aktiviteten foregår i speciallægepraksis samt specialer, hvor hovedparten foregår på hospitalerne og i mindre grad i speciallægepraksis.

Endvidere skal planen medvirke til at fremme samarbejdet og koordineringen med det øvrige sundhedsvæsen. Dertil skal planen medvirke til at sikre den faglige kvalitet i praksis og at speciallægepraksis kan bidrage med mest mulig værdi for patienten.

Praksisplanen skal kunne fungere som administrationens styrings- og planlægningsredskab for udviklingen af området de kommende år.

Praksisplanen rummer visioner, samt sætter mål og anbefalinger for tilrettelæggelse og udvikling af den fremtidige betjening af borgerne på speciallægepraksisområdet i Region Midtjylland.

1.1 Baggrund og proces for praksisplanen

Baggrund for praksisplanen

De overordnede visioner og målsætninger for speciallægeområdet skal realiseres indenfor de formelle rammer, som fremgår af lovgivningen og af speciallægeoverenskomsten. I det følgende redegøres kort for konkrete planbestemmelser.

Sundhedsloven fastlægger de overordnede rammer for sundhedsvæsenet og for praksissektoren. I følge loven skal borgerne sikres let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling. Ifølge sundhedsloven udarbejdes der en plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed en gang i hver valgperiode.

Ifølge Landsoverenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS) skal der i regionerne udarbejdes en praksisplan for

speciallægepraksis. Regionen har ansvar for – og kompetence til – udarbejdelse af denne praksisplan.

Udkastet til praksisplanen skal forelægges samarbejdsudvalget på speciallægeområdet (samarbejdsudvalget består af 4 repræsentanter fra Region Midtjylland og 4 repræsentanter fra de praktiserende speciallæger) med henblik på bemærkninger. De lægelige medlemmer af samarbejdsudvalget kan i givet fald fremsætte selvstændige bemærkninger til udkastet til praksisplan. Bemærkningerne forelægges regionsrådet sammen med udkastet til praksisplan.

De konkrete rammer for planlægningen på speciallægeområdet beskrives i overenskomstens kapitel 2, hvoraf det bl.a. fremgår, at

- der med henblik på at etablere en systematisk, gensidig tilpasning af funktioner og kapacitet mellem sygehusene og praksissektoren – med udgangspunkt i det enkelte speciale - skal foretages en samlet planlægning for tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening
- praksisplanlægningen danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold og skal fremme udviklingen i samarbejdet og opgavefordelingen lokalt
- praksisplanlægningen ud fra hensynet til effektivitet og kvalitet skal sikre koordinering og samordning af den ambulante speciallægebetjening inden for sygehusvæsenet og i speciallægepraksis samt sikre en samordning med almen praksis og andre sundhedsmæssige og sociale forhold.

Proces for udarbejdelse af praksisplanen

Som led i planudarbejdelsen har der været forudgående drøftelser af visioner for området i relevante administrative og politiske fora - herunder Det stående udvalg for nære sundhedstilbud og samarbejdsudvalget på speciallægeområdet.

Der har endvidere været afholdt en workshop med repræsentanter fra de praktiserende speciallæger, specialerådene, afdelingsledelserne og almen praksis, og der har været nedsat arbejdsgrupper med lægefaglige repræsentanter fra hospitalerne og speciallægepraksis inden for de 3 store praksisspecialer.

Praksisplanen har været til høring hos relevante interessenter og behandlet i samarbejdsudvalget på speciallægeområdet.

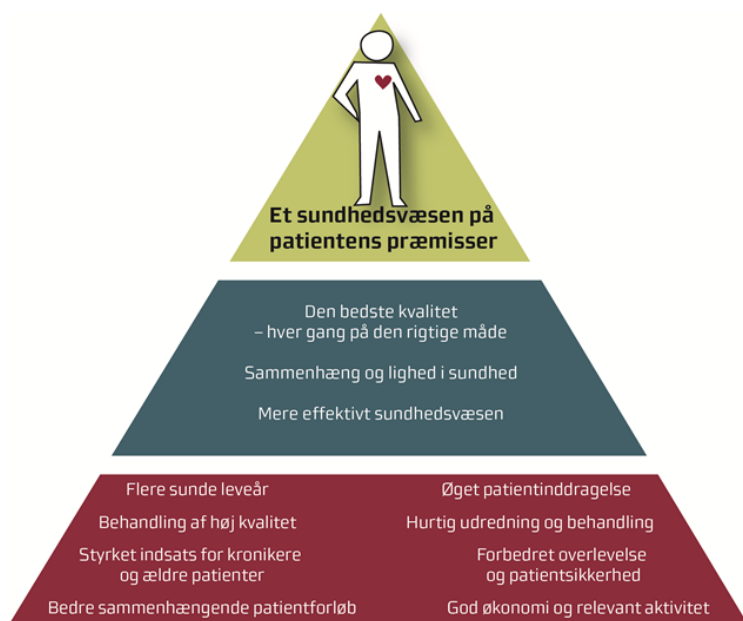
2. Mål og visioner for Sundhedsvæsenet i Region Midtjylland

Denne praksisplan bygger på den sundhedsplan som Regionsrådet vedtog i 2013, der beskriver, hvordan regionen vil udvikle sundhedsvæsenet. Sidenhen har regionsrådet i forbindelse med aftalen om de nationale mål for sundhedsvæsenet omsat de nationale mål og sundhedsplanen i et målbillede for sundhedsområdet i Region Midtjylland. Endvidere bygger planen på de sigtelinjer, som Regionsrådet udarbejdede i 2018. Som afsæt for udarbejdelsen af praksisplanen drøftede Udvalget for nære sundhedstilbud de overordnede rammer for speciallægepraksis på møde den 12. september

2018. Ovenstående danner grundlaget og rammen for visioner, mål og anbefalinger, der beskrives i planen.

Målbilledet, der er illustreret i nedenstående figur, består af:

- Region Midtjyllands vision, som er et sundhedsvæsen på patientens præmisser
- Tre spor, som er pejlemærker for, at regionen opnår et sundhedsvæsen på patientens præmisser
- Otte mål, som hele sundhedsvæsenet i Region Midtjylland skal styre efter for at sikre de tre spor og forbedringer i sundhedsvæsenet på patientens præmisser



2.1 Visioner for fremtidens speciallægepraksis i Region Midtjylland

Sundhedsvæsenet står overfor en række udfordringer de kommende år med flere borgere med kroniske sygdomme, flere borgere med multisygdom og begrænset økonomi for regionen.

Disse grundvilkår ligger også til grund for visioner, mål og indsats for speciallægepraksis, såvel som for hele regionens sundhedsvæsen.

Praksisplanens mål er derved at sikre, at speciallægepraksis indgår i et nært, sammenhængende sundhedsvæsen på patientens præmisser og med høj kvalitet.

Lige adgang og god tilgængelighed

- Et sundhedsvæsen på patientens præmisser forudsætter, at borgerne i Region Midtjylland har lige adgang til speciallægehjælp. Dette indebærer en balanceret udvikling i alle dele af regionen og tilbud om speciallægehjælp indenfor en rimelige ventetid

Når Region Midtjylland fremadrettet skal tilpasse funktioner og kapacitet mellem hospitaler og speciallægepraksis vil regionen se mere differentieret på speciallægepraksis. Regionen vil vægte, at de specialer og funktioner, hvor der i dag er sammenfald mellem hvad der foregår på hospitalet og i speciallægepraksis i højere

grad varetages af hospitalerne (eksempelvis i sundhedshuse). For de specialer (øjne, øre-næse-hals og dermatologi), hvor størstedelen af behandlingsindsatsen på hovedfunktionsniveau foregår i speciallægepraksis vægter regionen en fortsat ligelig geografisk fordeling.

Der lægges vægt på, at patienten ses som en aktiv medspiller, der inddrages i eget behandlingsforløb og benytter egne ressourcer i samspil med det professionelle behandlingssystem. Speciallægen har en vigtig opgave med at inddrage patienten og tage afsæt i den enkelte patients behov.

- **Sammenhængende patientforløb forløb**

Borgerne skal opleve sammenhængende behandlingsforløb, og speciallægepraksis skal indgå som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Et velfungerende nært sundhedsvæsen forudsætter, at der er klarhed om arbejdsdeling og snitflader, og ansvaret er klart fordelt, så patienten ikke oplever unødvendige overlap eller huller i behandlingsforløbet. Det skal derfor sikres, at borgere, der bliver patienter i sundhedsvæsenet, oplever udrednings- og behandlingsindsatsen som sammenhængende og koordineret.

I den forbindelse er ikke mindst kommunikationen mellem aktørerne i et patientforløb vigtigt.

- **Effektiv behandling af ensartet og høj kvalitet i speciallægepraksis**

I Region Midtjylland skal patienternes møde med sundhedsvæsenet hver gang være af høj kvalitet.

Arbejdet med kvalitet i speciallægepraksis skal derfor udvikles og understøttes, så det sikres, at de praktiserende speciallæger har fokus på kvalitet i behandlingen, arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling. Også speciallægepraksis skal koble kvalitet, aktivitet og økonomi og bidrage til, at der opnås mere sundhed for pengene.

3. Kapacitet, aktivitet og geografisk dækning

Mål

- At sikre den nødvendige kapacitet til behandling hos praktiserende dermatologer, øjenlæger, øre-næsehalslæger og psykiatere
- At der skal være nogenlunde lige geografisk adgang til speciallægepraksis indenfor øjne, øre-næse-hals og dermatologi
- At Speciallægepraksis på lige fod med den øvrige sundhedssektor medvirker til at sikre en effektiv anvendelse af de ressourcer, der afsættes til sundhedsområdet

3.1 Differentieret tilgang til kapaciteten i speciallægepraksis

Der er stor forskel på den rolle speciallægepraksis spiller i det samlede sundhedsvæsen i Regionen Midtjylland, der fremgår af denne praksisplan.

Derfor vil Region Midtjylland fremadrettet have en mere differentieret tilgang til speciallægepraksis, når det drejer sig tilpasning af kapacitet og funktioner mellem hospitaler og speciallægepraksis.

Overordnet set kan speciallægepraksis grupperes på 2 hovedområder:

1. Substituerende specialer – store og åbenlyst praksisrelevante

De substituerende specialer, kan karakteriseres ved, at en betydelig del af regionens behandlingskapacitet og behandlingsindsats på hovedfunktionsniveau foregår i speciallægepraksis. Øre-næse-halslæger, øjenlæger og dermatologer hører under denne kategori. Endvidere er psykiatri også et praksisrelevant speciale, idet de ser de patienter, der jf. Sundhedsstyrelsens målgruppebeskrivelse ikke hører hjemme i regionspsykiatrien. sektoren.

Det er disse specialer, som ser langt flest patienter og næsten alle patienter inden for disse specialer, kommer til speciallægepraksis, før de eventuelt henvises videre til hospitalerne.

Derfor betragtes disse som de mest praksisrelevante specialer, er vigtige og nødvendige aktører i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionen vil derfor tilstræbe en geografisk ligelig fordeling af kapaciteten.

Det psykiatriske speciale betragtes ligeledes som praksisrelevant, da de modtager patienter, der jævnfør Sundhedsstyrelsens målgruppebeskrivelse ikke hører hjemme i regionspsykiatrien.

2. Supplerende specialer – små/mindre og ikke nødvendigvis praksisrelevante

Inden for de øvrige specialer er der et stort sammenfald mellem det, der foregår i speciallægepraksis og det, der foregår på ambulatorierne. Det er den alment praktiserende læge, der sammen med patienten beslutter, hvor der skal henvises til. Det vil sige, at disse speciallægepraksis supplerer hospitalerne. For hvert speciale er der tale om forholdsvis få speciallægepraksis, da hovedparten af patienterne bliver udredt og behandlet på hospitalerne.

Endvidere er specialerne kendetegnet ved, at specialerne er meget ujævnt fordelt over regionen med overrepræsentation i den østlige del. Denne struktur bygger på beslutninger truffet i amternes tid, et er planlægningsmæssigt svært at ændre på den geografiske placering, og der er derfor meget ufleksibelt at ændre i kapaciteten i speciallægepraksis. Det er endvidere vanskeligere at sikre et ensartet udrednings- og behandlingstilbud til borgerne. Eksempelvis kan en praksishandel betyde, at den nye speciallæge har andre kompetencer, end den tidligere. Det har regionen ikke mulighed for at have indflydelse på.

Derfor vurderes det, at det ambulante tilbud inden for disse specialer som udgangspunkt bedst håndteres af hospitalerne (f.eks. ved hjælp af ambulatorievirksomhed i sundhedshuse eller lignende for at sikre nærhed). Som udgangspunkt vil regionen derfor ikke opslå ydernummeret, hvis en praktiserende speciallæge lukker uden at sælge. I de tilfælde vil det være en opgave for hospitalerne at sikre det ambulante tilbud, som den lukkede praksis medfører. Det drejer sig om neurologer, reumatologer, kirurger, plastikkirurger, pædiatere, gynækologer, ortopædkirurger, intern medicinere og radiologer.

Regionen anerkender det store stykke arbejde, som speciallægepraksis varetager i dag. Det skal bemærkes, at ovenstående ikke skal betragtes som en kritik af de eksisterende praktiserende speciallæger inden for disse specialer, men alene skal danne retning for den fremtidige kapacitetsplanlægning på området.

3.2 Aktivitet i speciallægepraksis

Tabel 12 og tabel 13 viser borgere fra Region Midtjylland, der har været ved praktiserende speciallæge. Det kan have været i en anden region.

Tabel 12 udbetalt honorar i 2017

	Honorar
Speciallægehjælp	631.506.000
Anæstesiologi	15.535.000
Dermatologi	75.043.000
Diagnostisk radiologi	17.919.000
Reumatologi	8.899.000
Gynækologi-obstetrik	44.070.000
Intern medicin	25.909.000
Kirurgi	27.355.000
Neurologi	17.445.000
Øjenlægehjælp	171.914.000
Ortopædisk kirurgi	14.188.000
Ørelægehjælp	137.974.000
Plastikkirurgi	7.435.000
Psykiatri	43.962.000

Pædiatri	15.247.000
Børne- og ungdomspsykiatri	8.597.000

Targit Forbrug

Note: Patienter under "Anæstesiologi" har samtidigt været hos øre-næse-halslæge.

Note: Honorarerne er før knækfradrag, så den reelle honorarudgift har været lidt mindre.

Tabel 13 Udvikling i antal patienter og honorar/patient

	2014		2015		2016		2017	
	Antal personer	Honorar/patient	Antal personer	Honorar/patient	Antal personer	Honorar/patient	Antal personer	Honorar/patient
I alt	354.608	1.030	360.093	1.348	364.069	1.328	370.297	1.353
Anæstesiologi	10.860	1.399	10.772	1.396	10.532	1.420	10.799	1.439
Dermatologi	74.438	960	74.580	963	74.402	962	73.732	1.018
Diagnostisk radiologi	15.726	896	16.304	892	18.062	871	20.342	881
Reumatologi	5.114	1.612	5.403	1.680	4.996	1.649	5.169	1.722
Gynækologi-obstetrik	25.209	1.733	26.181	1.753	25.989	1.637	26.516	1.662
Intern medicin	10.793	2.755	10.401	2.779	9.938	2.675	10.135	2.556
Kirurgi	11.513	2.548	11.594	2.524	10.600	2.548	10.338	2.646
Neurologi	10.385	1.435	10.929	1.441	11.486	1.506	12.056	1.447
Øjenlægehjælp	144.245	1.100	148.436	1.102	151.979	1.078	154.922	1.110
Ortopædisk kirurgi	6.762	1.856	6.244	1.856	7.106	1.816	7.778	1.824
Øre-næse-halslæge	111.897	1.165	113.337	1.203	112.841	1.180	115.960	1.190
Plastikkirurgi	3.334	2.028	3.349	2.104	2.980	2.272	3.367	2.208
Psykiatri	7.501	4.568	7.884	4.859	8.966	4.756	8.964	4.904
Pædiatri	5.390	2.937	5.535	2.934	5.451	2.864	5.448	2.799
Børnepsykiatri	794	6.720	863	6.377	1.013	6.981	1.163	7.392

Note: Antal personer viser antallet af borgere der har været hos en praktiserende speciallæge mindst 1 gang i 2017.

Der er ca. 16.000 flere borgere, der har været hos praktiserende speciallæge i 2017 end i 2014. Den største stigning ses inden for øjne, øre-næse-hals og diagnostisk radiologi.

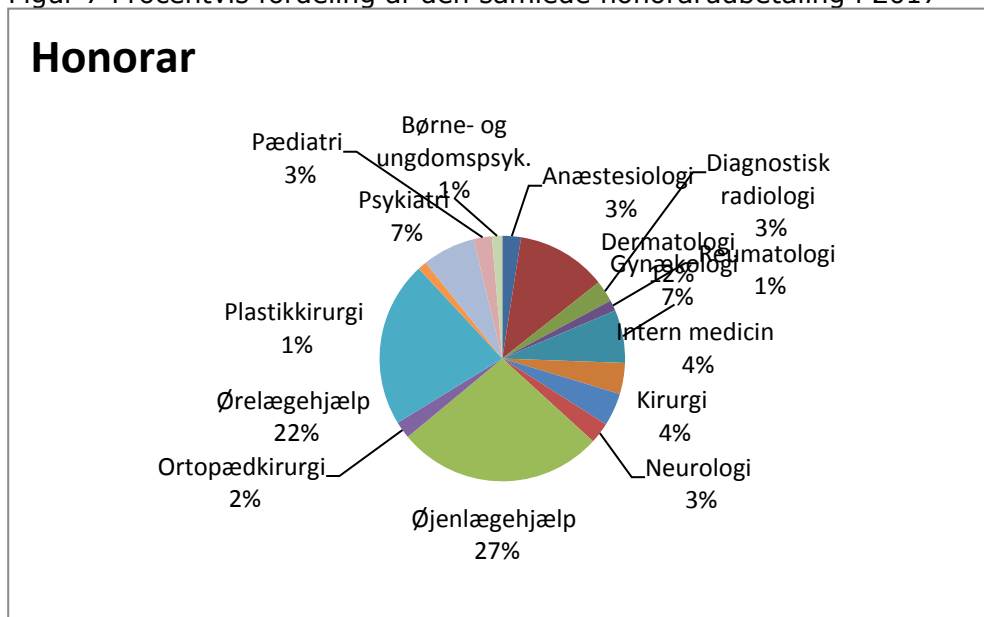
Tabel 14 Samlede udgifter til speciallægepraksis

2015	2016	2017
608.570.000	614.144.000	629.002.000

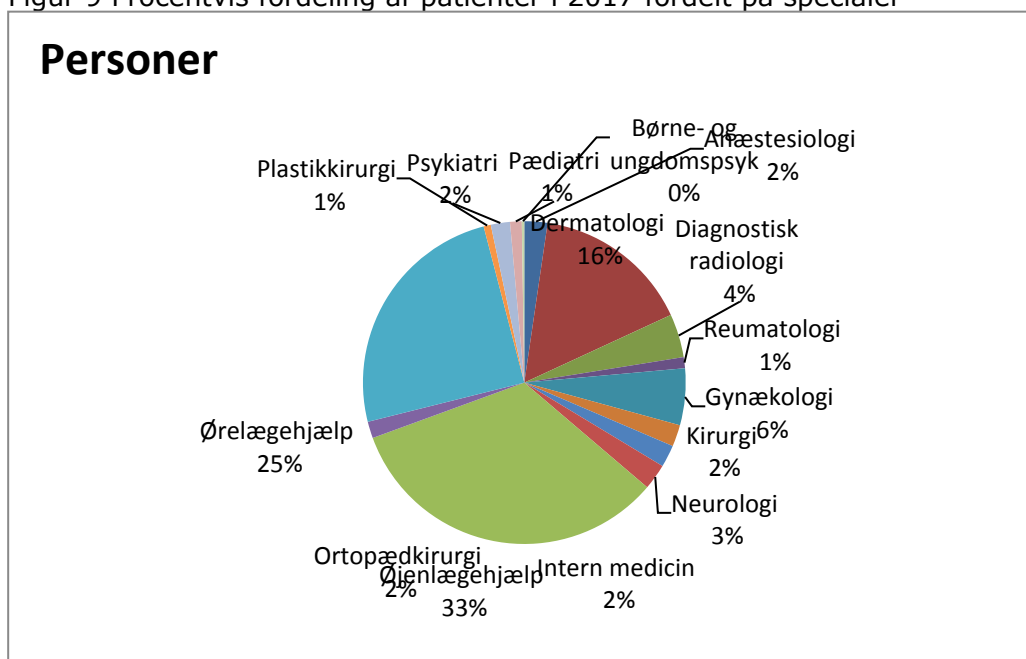
Trukket fra ØS

Tabel 13 viser regionens samlede udgifter (honorarer, fonde, medicin udskrevet fra speciallægepraksis). Honoraret er efter knækfradrag, og er derfor lidt mindre end bruttohonoraret, der fremgår af Tabel 12).

Figur 7 Procentvis fordeling af den samlede honorarudbetaling i 2017



Figur 9 Procentvis fordeling af patienter i 2017 fordelt på specialer



Af figur 8 og 10 ses, at 60 % af det udbetalte honorar i 2017 kan henføres til dermatologer, øjenlæger og øre-næse-halslæger. 73 % af det samlede antal patienter, der har været i speciallægepraksis, har været ved speciallæge inden for et af disse specialer.

Konklusion på den overordnede aktivitet i speciallægepraksis

Speciallægepraksis inden for øjne, øre-næse-hals og dermatologi er de klart største specialer både hvad angår antal patienter og udbetalt honorar. 61 % af det samlede bruttohonorar er blevet udbetalt til speciallæger inden for disse specialer. 64 % af alle borgere, der har været hos en praktiserende speciallæge i 2017 har været hos praktiserende øjenlæge, øre-næse-halslæge eller dermatolog.

I faktiske tal drejer det sig om 155.000 hos øjenlægerne, 116.000 hos øre-næse-halslægerne og 74.000 hos dermatologerne.

Godt 370.000 borgere fra Region Midtjylland har været hos praktiserende speciallæge mindst 1 gang. Godt 96.000 af dem har været hos praktiserende speciallæge inden for mindst 2 specialer.

Udviklingen i honorar/patient fra 2014 til 2017 er steget med 1,7 %. De største stigninger ses inden for psykiatri (7,4 %), børne- og ungdomspsykiatri (10 %), plastikkirurgi (8,9 %) og dermatologi (6,1 %), og de største fald er inden for Intern Medicin (- 7,2 %) og pædiatri (- 4,7 %).

Det må samlet konkluderes, at de praktiserende speciallæger inden for de store praksisspecialer, opfylder en meget stor og vigtig del af det ambulante sundhedstilbud til borgerne i Region Midtjylland.

3.3 Kapacitet

Der er i alt 145 fuldtidspraktiserende speciallæger i regionen. Hertil kommer 14 deltidspaktiserende.

Fordelingen inden for hvert af de 15 praksisspecialer ses af tabel 1.

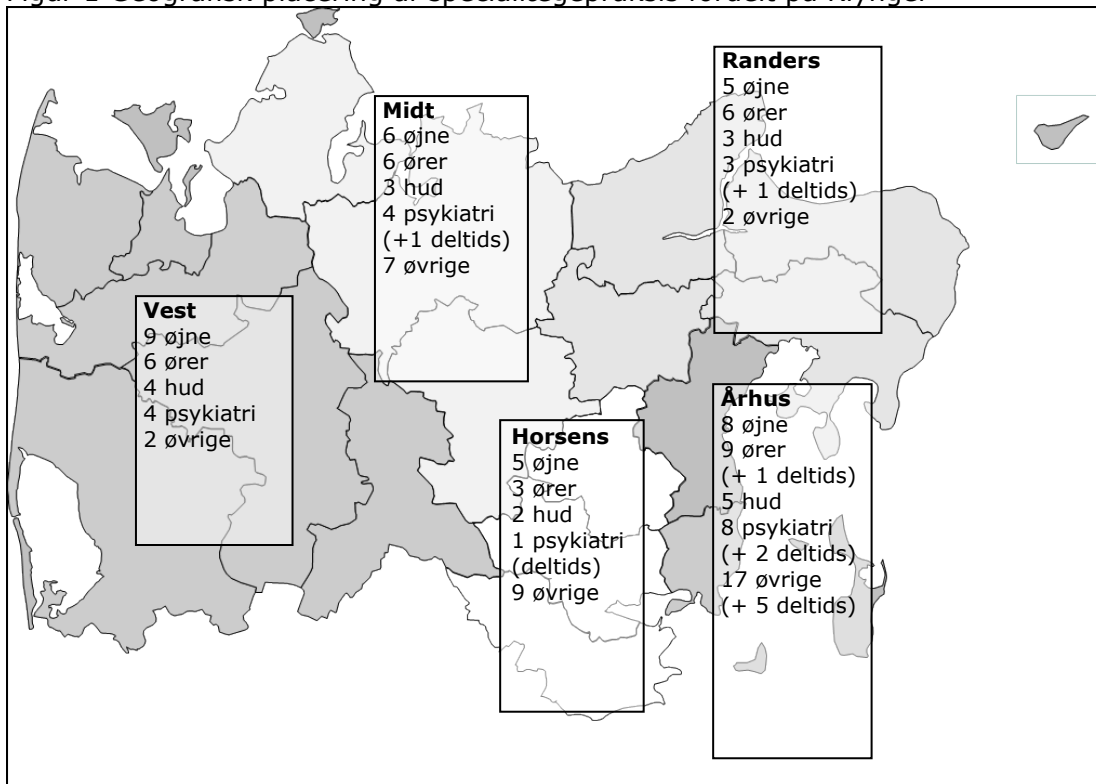
Tabel 1 Kapaciteter speciallægepraksis

Udvikling	Fuldtids kapaciteter	Deltids kapaciteter	Kapaciteter i alt
Anæstesiologi	4	1	4,33
Dermatologi	17		17
Diagnostisk radiologi	1		1
Reumatologi	3		3
Gynækologi-obstetrik	9		9
Intern medicin	4	2	4,66
Kirurgi	5		5
Neurologi	7	1	7,33
Øjenlægehjælp	33		33
Ortopædisk kirurgi	3		3
Ørelægehjælp	30	1	30,33
Plastikkirurgi	1	4	1,99
Pædiatri	5		5
Psykiatri	20	5	21,66

Note: Deltidspraksis er normeret som 0,33 fuldtidspraksis

3.4 Geografisk placering

Figur 1 Geografisk placering af speciallægepraksis fordelt på Klynger



Øvrige specialer

Vest

1 ortopædkirurg, 1 neurolog

Midt

4 gynækologer, 1 neurolog, 1 kirurg, 1 intern mediciner (lungemedicin)

Randers

1 pædiater, 1 gynækolog

Horsens

1 reumatolog, 2 neurologer, 2 pædiatere, 1 gynækolog, 1 Intern Mediciner (deltids lungemediciner), 1 kirurg, 1 børne- og ungdomspsykiater

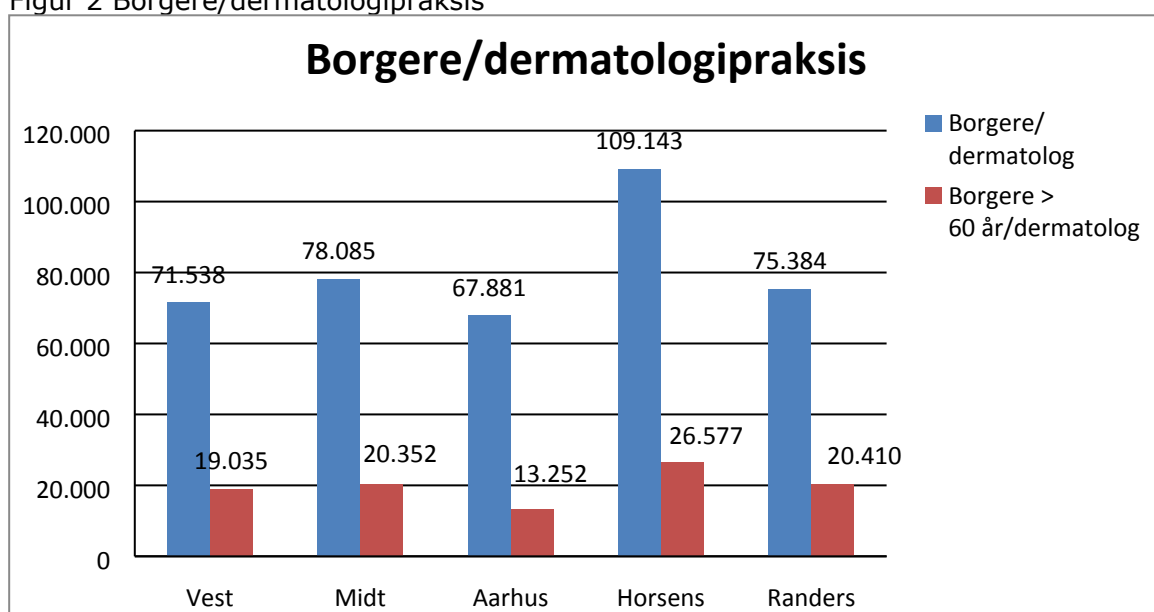
Århus

2 reumatologer, 2 neurologer, 1 pædiater, 3 gynækologer, 2 kirurger + 1 deltids, 2 børne- og ungdomspsykiatere, 1 diagnostisk radiolog, 3 intern medicinere + 1 deltids (2 kardiologer og 1 fuldtids + 1 deltids lungemedicinere), 1 plastikkirurgi + 3 deltids

Det ses af figur 3, at i sær speciallægepraksis inden for "øvrige" er lokaliseret i den østlige del af regionen. Dette er i høj grad en konsekvens af beslutninger i de tidligere amter.

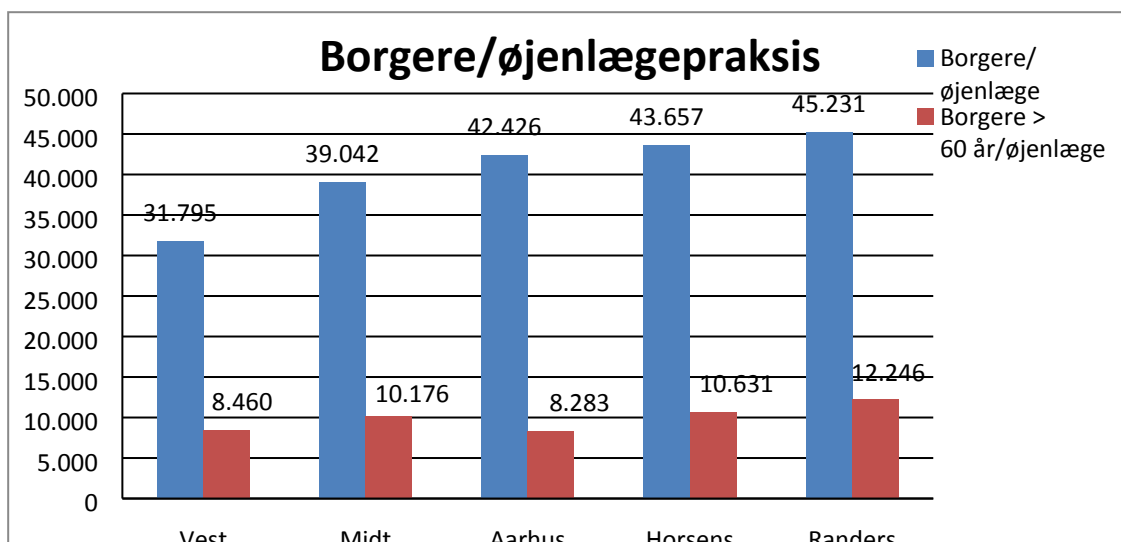
Borgere pr. praksis fordelt på klynger

Figur 2 Borgere/dermatologipraksis



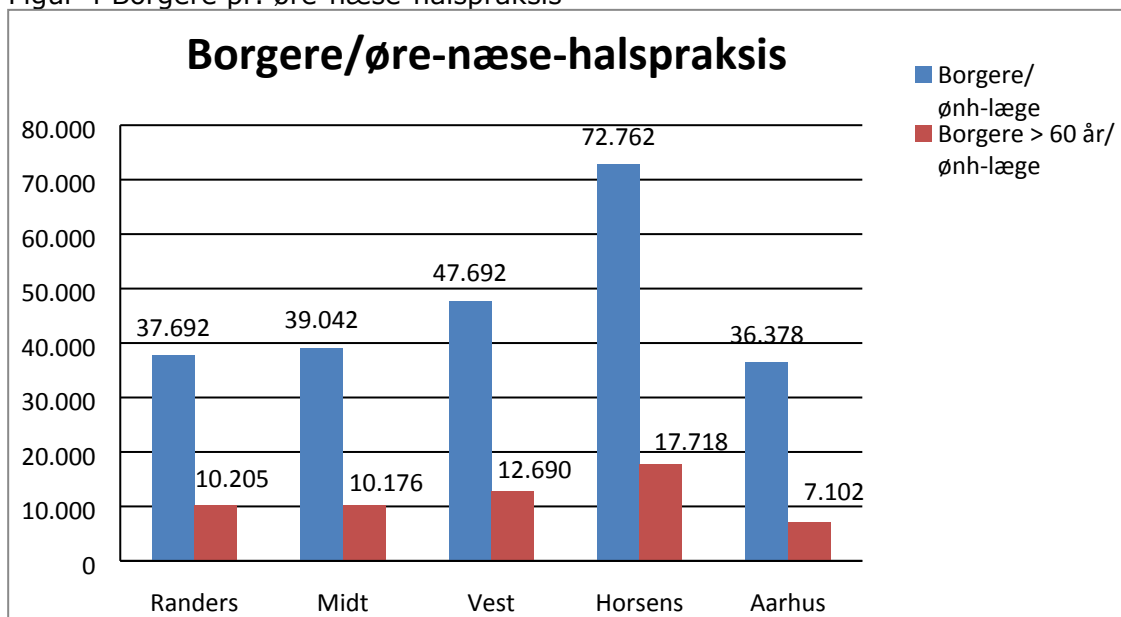
I Region Nordjylland er der dermatologer i Hobro og Thisted, og i Region Syddanmark er der 2 dermatologer i Vejle. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den dermatolog, de ønsker, uanset region.

Figur 3 borgere pr. øjenlægepraksis



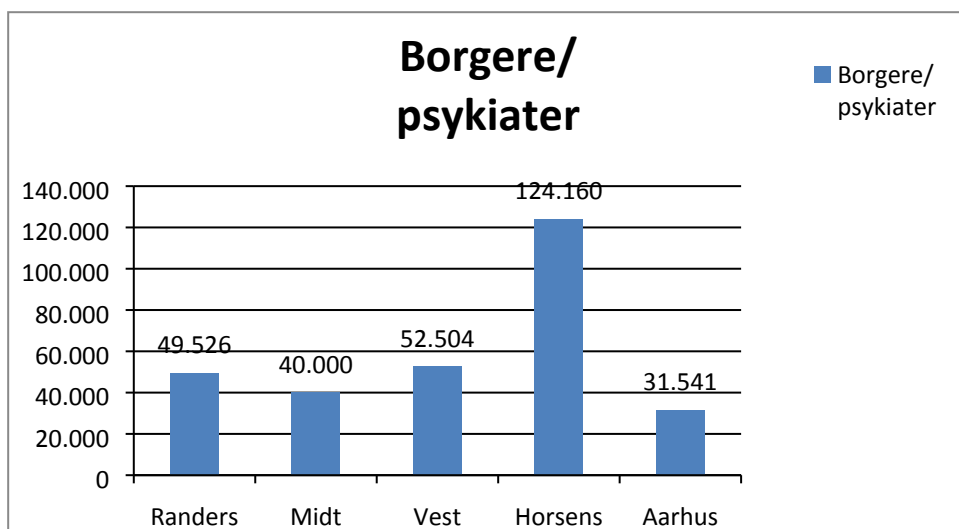
I Region Nordjylland er der bl.a. øjenlæge i Nykøbing Mors, Thisted og Hobro, og i Region Syddanmark er der 4 øjenlæger i Vejle, 1 i Billund og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den øjenlæge, de ønsker, uanset region.

Figur 4 Borgere pr. øre-næse-halspraksis



I Region Nordjylland er der bl.a. øre-næse-halslæge i Nykøbing Mors, Thisted og Hobro, og i Region Syddanmark er der 4 øre-næse-halslæger i Vejle og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den øjenlæge, de ønsker, uanset region.

Figur 5 Borgere pr. psykiatripraksis



Note. Da patienter over 60 år ikke er overrepræsenteret i psykiatripraksis, viser figuren ikke patienter over 60 år pr. psykiatripraksis

I Region Nordjylland er der bl.a. psykiater i Nykøbing Mors og Hobro, og i Region Syddanmark er der psykiater i Vejle og 1 i Grindsted. Region Midtjyllands borgere kan frit benytte den psykiater, de ønsker, uanset region.

3.5 Dermatologi- øjen- og øre-næsehalspraksis i alle regionerne

Tabel 2 Dermatologikapaciteter i regionerne

	Dermatologipraksis			
	Kapaciteter	Borgere/ kapacitet	Kapaciteter efter nyopslåede praksis i Syd og Nord	Borgere/ kapacitet
Region Midtjylland	17	77.234	17	77.234
Region Nordjylland	8	73.620	9	65.440
Region Syddanmark	15	81.354	16	76.269
Region Sjælland	14	59.624	14	59.624
Region Hovedstaden	47	38.757	47	38.757

Note: Region Syddanmark og Region Nordjylland er på vej med at opslå hvert et ekstra dermatologiydnummer

Tabel 3 Øjenlæge- og øre-næse-halskapaciteter i regionerne

	Øjenlægepraksis		ØNH-lægepraksis	
	Kapaciteter	Borgere/ kapacitet	Kapaciteter	Borgere/ kapacitet
Region Midtjylland	33	39.787	30,33	43.290
Region Nordjylland	17	34.645	14	42.069
Region Syddanmark	38	32.113	35	34.866
Region Sjælland	24	34.781	24	34.781
Region Hovedstaden	49	37.175	56	32.528

Det ses af tabel 2 og 3, at der generelt er færre speciallægepraksis pr. borger inden for øjne, øre-næse-hals og dermatologi i Region Midtjylland end i de øvrige regioner.

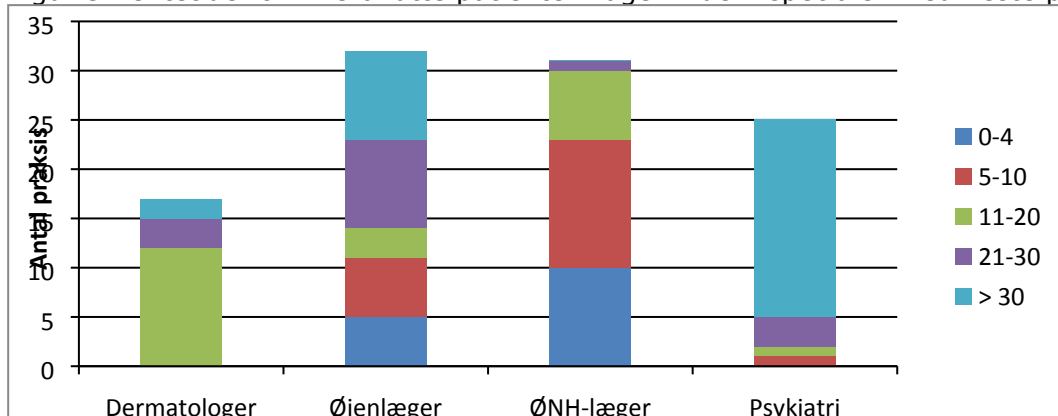
Konklusion på kapacitet og den geografisk fordeling

På baggrund oversigten over antal borgere pr. speciallægepraksis, er vurderingen, at der er en nogenlunde ligelig geografisk placering af de store praksisspecialer. Dog med undtagelse af psykiatri og – til dels – øre-næse-hals, hvor der er meget få speciallægepraksis pr. borger i Horsensklyngen.

De øvrige specialer er i overvejende grad placeret i den østlige del af regionen.

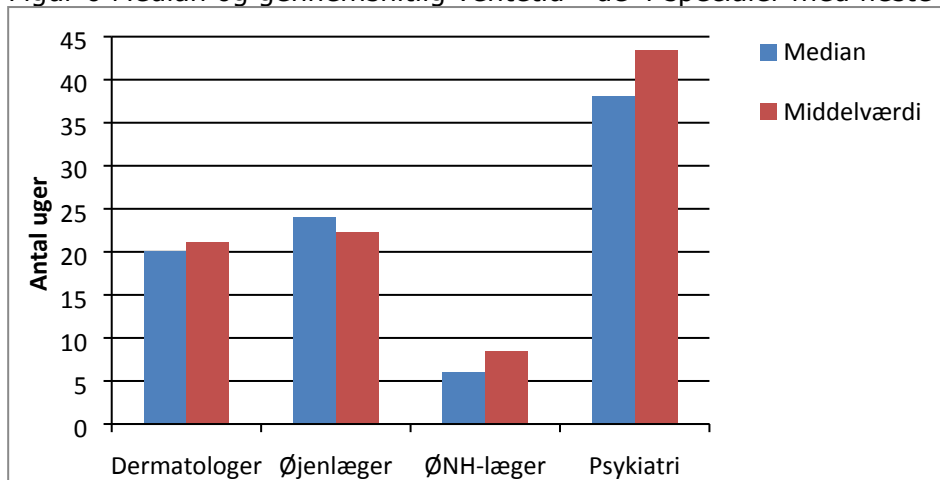
3.6 Ventetid hos praktiserende speciallæger

Figur 5 Ventetider til ikke-akutte patienter i uger – de 4 specialer med flest praksis



Note: Der er 1 øjenlæge, der ikke har indberettet ventetid, så denne indgår ikke i oversigten.
Note: Praksis hvor flere speciallæger arbejder under samme ydernummer er opgjort, som alle har samme ventetid.

Figur 6 Median og gennemsnitlig ventetid - de 4 specialer med flest praksis



Tabel 7 Dermatologi Ventetid til ikke-akutte patienter

Klynger	Ventetider i uger - dermatologi	Spredning	Gennemsnit
Randers	14, 18, 16	14-18	16
Midt	20, 20, 17	17-20	19
Vest	18, 20, 35, 35	18-35	27
Horsens	27, 20	20-27	24
Aarhus	20, 25, 16, 16, 22	16-25	20

Tabel 8 Øjenlæger Ventetid til ikke-akutte patienter

Klynger	Ventetider i uger - øjenlæger	Spredning	Gennemsnit
Randers	8, 12, 14, 22, 24	8-22	16 uger
Midt	5, 26, 32, 46, 54, 1 ikke oplyst	5-54	33 uger
Vest	24, 25, 26, 26, 32, 32, 52, 52, 54	24-54	36
Horsens	9, 10, 16, 26, 36	9-36	19
Aarhus	0, 2, 2, 2, 3, 7, 7, 26	0-26	6 uger

Tabel 9 Øre-næse-halslæger Ventetid til ikke-akutte patienter

Klynger	Ventetider i uger - ØNH-læger	Spredning	Gennemsnit
Randers	2, 10, 10, 12, 12, 12	2-12	10 uger
Midt	4, 4, 6, 10, 12, 15	4 - 15	9 uger
Vest	2, 2, 2, 11, 12, 12	2 - 12	7 uger
Horsens	4, 4, 16	4 - 16	8 uger
Aarhus	3, 5, 6, 6, 8, 16, 16, 18, 26	3-26	12 uger

Tabel 10 Psykiatere Ventetid til ikke-akutte patienter

Klynger	Ventetider i uger - psykiatri	Spredning	Gennemsnit
Randers	44, 50, 52, 77	44 - 77	56
Midt	30, 35, 52, 56, 102	30 - 102	55
Vest	8, 22, 24, 32	8 - 32	22
Horsens	39, 60	39 - 60	49
Aarhus	16, 32, 35, 36, 36, 38, 44, 52, 56, 58	16 - 58	40

Af figur 5 og 6 samt tabel 7, 8, 9 og 10 ses, ventetiden til ikke-akutte patienter inden for de 4 store praksisspecialer.

Konklusion på ventetiden

Der er lang ventetid hos dermatologipraksis og hos de praktiserende psykiatere. På øjenlægeområdet er der geografisk bestemt lang ventetider, mens ventetiden hos øre-næse-halslægerne er meget varierende men ikke geografisk bestemt.

Når den geografisk bestemte ventetid hos øjenlægerne sammenholdes borgere/øjnelægepraksis, er der ikke umiddelbart en sammenhæng. Dette bør udredes nærmere.

Ventetiden er opgjort ved, at de praktiserende speciallæger indberetter ventetid til ikke-akutte patienter på praksis.dk

Noget af forskellen i ventetiden inden for de enkelte specialer kan skyldes, at de praktiserende speciallæger driver deres praksis forskelligt. F.eks. kan nogen have booket langt de fleste tider på forhånd, mens andre efterlader flere "huller" i kalenderen, så de har mulighed for i højere grad at tage individuelle hensyn, når patienten henvender sig.

3.7 Forventet rekrutteringsbehov som følge af speciallægenes alder

Øjenlæger

Af de 33 fuldtidspraktiserende øjenlæger i Region Midtjylland er gennemsnitsalderen 52 år og 5 er 60 år eller ældre. Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af enkelte praktiserende øjenlæger i årene fremover. Regionen forventer ikke, at det bliver problematisk at få genbesat disse praksis.

Øre-næse-halslæger

Af de 30 fuldtids- og 1 deltidspæktis inden for øre-næse-halslægeområdet i Region Midtjylland, er gennemsnitsalderen 52 år og 5 er 60 år eller ældre. Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af enkelte praktiserende øre-næse-halslæger i årene fremover.

Dermatologer

Af de 17 fuldtidspraktiserende dermatologer i Region Midtjylland, er gennemsnitsalderen 51 år og 4 er 60 år eller ældre. Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af enkelte praktiserende dermatologer i årene fremover.

Psykiatere

Af de 20 fuldtids- og 5 deltidspæktis inden for psykiatrispecialet i Region Midtjylland, er gennemsnitsalderen 59 år og 13 er 60 år eller ældre, hvoraf 5 er 65 eller ældre. Derved kan det forudses, at der bliver behov for rekruttering af en del praktiserende psykiatere i årene fremover.

3.8 Vurdering af fremtidig kapacitet - de store praksisspecialer

Ifølge befolkningsprognosen (bilag 3) vil der i de kommende år, komme betydeligt flere borgere i Region Midtjylland og i særdeleshed flere ældre borgere.

24 % af regionens borgere over 60 år i dag, hvilket stiger til ca. 30 % i 2030. 41 % af patienterne i dermatologipraksis, 66 % i øjenlægepraksis og 33 % i øre-næse-halslægepraksis er over 60 år. Dette viser, at det i høj grad er ældre patienter, der ses i hos praktiserende speciallæger inden for de store og praksisrelevante specialer.

Dertil er der som tidligere nævnt i forvejen er meget lang ventetid hos de praktiserende dermatologer og psykiaterne, geografisk bestemt lang ventetid hos øjenlægerne og varierende men relativ lang ventetid hos øre-næse-halslægerne.

Kapacitetsanalysen i praksisplanen i høj grad baseret på de indberettede ventetider og borgere/speciallægepraksis inden for klyngerne.

Derfor skal der – som tidligere nævnt - være opmærksomhed på, at noget af forskellen i ventetiden inden for de enkelte specialer kan skyldes, at de praktiserende speciallæger driver deres praksis forskelligt. Dertil skal der være opmærksomhed på, at borgerne ikke nødvendigvis benytter speciallægepraksis inden for egen klynge, men kan vælge den praktiserende speciallæge de ønsker i hele landet.

Med hensyn til speciallægepraksis inden for psykiatrispecialet, vil der ikke komme anbefalinger om kapacitetsudvidelser i denne praksisplan. Dette skyldes, at dette speciale

har nogle helt særlige rekrutteringsudfordringer, og en kapacitetsproblematikken på dette felt bør anskues samlet for hele psykiatrien.

Konklusion på vurderingen af fremtidig kapacitet

Det kan som følge af den demografiske udvikling med flere ældre borgere forventes, at efterspørgslen efter ydelser hos øjenlæger, øre-næse-halslæger og dermatologer vil stige, idet ældre patienter fylder relativt meget i disse praksis.

I psykiatrispecialet er ældre borgere ikke overrepræsenteret, så en forventet demografisk bestemt øget efterspørgsel inden for dette speciale skal ses i sammenhæng med den generelle befolkningsudvikling i regionen.

Derfor anbefales det, at kapaciteten inden for disse specialer justeres i årene fremover. Det kan som det fremgår af kapitel 3.9 ske både gennem kapacitetsudvidelse i speciallægepraksis og i hospitalsregi.

3.9 Muligheder for at øge kapaciteten

a) Muligheder for at øge kapaciteten i speciallægepraksis

Som konsekvens af det nationale økonomiprokollat har den enkelte praktiserende speciallæge ikke umiddelbart mulighed for at se flere patienter, hvis det eksisterende honorar/patient fastholdes.

Effektiviseringer

1. I dag kan der være en del forskel på patientforløbene hos praktiserende speciallæger inden for det enkelte speciale. Det kan undersøges, om der er mulighed for at effektivisere patientforløbene hos de praktiserende speciallæger – f.eks. ved i regi af Specialerådet at udarbejde forløbsbeskrivelser og kliniske retningslinjer, som de praktiserende speciallæger skal arbejde efter. Det er dog usikkert, hvor meget ekstra kapacitet dette reelt vil give, da det også er et af de værktøjer, der bruges for at opnå effektiviseringsgevinster i forbindelse med moderniseringerne.

I forbindelse med det igangværende arbejde med at modernisere alle praksisspecialerne, forventes en effektiviseringsgevinst på 4 %, der skal bruges til at se flere patienter.

Det anbefales at samarbejdsudvalget på speciallægeområdet følger op på, at regionen opnår de aftalte effektiviseringsgevinster

Forbundet med merudgift

1. Regionen kan beslutte at øge antallet af speciallægepraksis. En ulempe er, at det er meget svært/dyrt at ændre på beslutningen, når en praksis først er oprettet, og at regionen ikke har det fulde overblik over reelle udgift og indflydelse på den detaljerede aktivitet.
2. Kapaciteten kan øges ved at tildele en praktiserende speciallæge en ekstra kapacitet (maksimalt for 10 år). Det vil sige, at der kan ansættes en ekstra speciallæge i den aktuelle praksis.
3. Det er også muligt at give en praktiserende speciallæge tilladelse til at åbne en satellitpraksis et andet sted end på praksisadressen (maksimalt for 10 år), hvis der ønskes en kapacitetsudvidelse et bestemt sted i regionen.
4. Der kan arbejdes på at forhøje økonomiprokollatet på landsplan, men det forudsætter enighed med de øvrige regioner.

I forbindelse med en eventuel merudgiftskrævende beslutning om kapacitetsudvidelse, er vurderingen, at det største behov er inden for dermatologiområdet.

Da der er en nogenlunde geografisk lige fordeling af dermatologiske speciallægepraksis og ventetiden ikke er geografisk bestemt, vurderes det, at det vil, være mest hensigtsmæssigt at øge kapaciteten ved at tildele en eller flere praktiserende dermatologer ekstra kapacitet i en årrække.

På øre-næse-halsområdet og psykiatriområdet er der ligeledes en nogenlunde lige geografisk fordeling af praksis med undtagelse i Horsensklyngen, hvor der relativt få speciallægepraksis. Dette afspejler sig dog ikke i ventetiden, der ikke er væsentligt anderledes end andre steder i regionen.

På øjenområdet er der geografisk bestemt lang ventetid – især i den vestlige del af regionen. Der er ikke en umiddelbar forklaring på dette, da der ikke er færre øjenlægepraksis i vestklyngen end andre steder.

b. Andre muligheder for løsning af kapacitetsudfordringen

Som supplement til de eksisterende speciallægepraksis, er det en mulighed, at hospitalerne opretter fremskudte ambulatorier/klinikker i sundhedshuse eller lignende.

For regionen kan det have den fordel, at der kan skrues op og ned for aktiviteten og regionen kan tilrettelægge den konkret aktivitet efter det aktuelle behov. Derudover er der sikkerhed for, hvad udgiften vil være.

Anbefalinger

- At hvis en praktiserende speciallæge inden for dermatologi, øjne eller øre-næse-hals lukker uden at sælge sin praksis opslås ydernummeret af regionen
- At hvis en speciallæge inden for et af de mindre (supplerende) specialer lukker uden at sælge, skal ydernummeret som udgangspunkt ikke genbesættes
- At hvis en praktiserende psykiater lukker sin praksis uden at sælge, tages der konkret stilling til et opslag af ydernummeret
- At der ikke gives tilladelse til at flytte praksis inden for øjne, øre-næse-hals og dermatologi, da der er en nogenlunde ligelige geografisk placering af disse specialer.
- At hvis en speciallæge inden for et af de øvrige specialer ønsker at flytte sin praksis, vil ønsket blive forelagt regionsrådet. Der gives afslag på ønsker om at flytte praksis til Aarhus, da der i forvejen er en relativ stor koncentration af speciallægepraksis her.
- At hvis der oprettes nye kapaciteter, skal dette foregå ved tidsbegrænset ekstra kapacitet eller satellitpraksis.
- At hvor det er muligt, skal placering i sundhedshuse eller tilsvarende fysiske lokaler tilgodeses
- At ventetidsproblematikken inden for øjenområdet udredes nærmere
- At samarbejdsudvalget følger opfølgningen på moderniseringerne med henblik på at sikre, at de forudsatte effektiviseringsgevinster opnås

4. Speciallægepraksis i sammenhængende og integrerede sundhedsvæsen

Mål

- At patienten oplever et sammenhængende sundhedsvæsen, der tilpasser sig den enkeltes behov og forudsætninger
- At speciallægepraksis indgår i og medvirker til et velfungerende samlet sundhedsvæsen

Sammenhæng

Det nære sundhedsvæsen skal styrkes og udvikles i et tæt og forpligtende samarbejde mellem praktiserende speciallæger, almen praksis, kommuner og hospitaler.

Det skal i den forbindelse sikres, at borgere, der bliver patienter i sundhedsvæsenet, oplever udrednings- og behandlingsindsatsen som sammenhængende og koordineret.

Det er derfor afgørende, at praktiserende speciallæger fungerer som og opleves som en integreret del af regionens samlede sammenhængende sundhedsvæsen. Dette skal f.eks. komme til udtryk i form af velfungerende overdragelse af patienter fra en behandler til en anden.

Samarbejde om patienten

For at sikre optimale patientforløb er det vigtigt, at der er et godt samarbejde om patienten.

Hvis den alment praktiserende læge og den praktiserende speciallæge er i dialog om patienten, vil det ofte kunne medføre et hurtigere og bedre forløb og i en række tilfælde give mulighed for at undgå en henvisning. Dette kan både foregå telemedicinsk og telefonisk.

Det er ligeledes vigtigt, at der er en nem og hurtig kommunikation mellem speciallægepraksis og hospitalerne.

Det gælder f.eks. i de situationer, hvor den praktiserende speciallæge har brug for billeddiagnostiske undersøgelser og patologi svar.

Arbejdsgrupperne inden for øjne, øre-næse-hals og dermatologi har påpeget, at dette ikke fungerer optimalt i dag.

Deling af billeddiagnostisk materiale sker i dag ved, at billederne brændes på en cd og sendes med posten.

Med hensyn til patologisvar oplever speciallægerne, at der er meget lang svartid, hvis ikke patienterne skal i en kræftpakke.

Både problemerne med deling af billeddiagnostisk materiale og lange svartider på patologisvar, medfører forlængede patientforløb og risiko for at udredning af en alvorlig sygdom bliver forsinket.

Regionen er i gang med at etablere mulighed for, at der kan foregå en deling af billeddiagnostisk materiale mellem hospitaler og praktiserende kiropraktorer. Det forventes, at denne løsning vil kunne udbredes til de praktiserende speciallæger.

Det anbefales, at så snart løsningen fungerer hos kiropraktorerne implementeres den også i speciallægepraksis.

Med hensyn til patologisvar er hospitalerne presset på kapaciteten, så kræftpatienter prioriteres.

For at sikre ensartede patientforløb og for at undgå dobbeltundersøgelser, når patienten skifter behandler, foreslår arbejdsgrupperne, at der i højere grad udarbejdes forløbsbeskrivelser og kliniske retningslinjer.

Det anbefales derfor, at der som det første igangsættes et arbejde om fælles forløbsbeskrivelser på øjenområdet. Arbejdsgruppen på øjenområdet foreslår, at der startes med forløbsbeskrivelser vedrørende efterkontrol af operation for grå stær og forløb for glaucompatienter.

Arbejdsgruppen på dermatologiområdet har derudover påpeget, at sårpatienter i højere grad kan behandles i kommunerne/almen praksis og at efterbehandling af aknepatienter og behandling af vorter i højere grad kan foregå i almen praksis. Det anbefales, at der indledes drøftelse med almen praksis og kommunerne om dette.

I dag er der følgende § 64-aftaler med praktiserende dermatologer i Region Midtjylland:

- røde bade (dermatologerne i Herning)
- kontrol af maligne melanomer (dermatologerne i Herning, Holstebro og Skive)
- kontrol af biologisk behandling Dermatologerne i Herning og 1 praksis i Aarhus)

Det er vurderingen at de alle fortsatte er relevante, så det anbefales, at de fortsætter.

På øjenområdet har regionen indgået en aftale med 11 praktiserende øjenlæger om, at de må foretage op til 600 operationer for grå stær om året, og en aftale om kontrol af anti-VEGF behandlede patienter. Det anbefales, at begge aftale fortsætter, men at organiseringen af operationer for grå stær løbende overvejes.

Arbejdsgruppen pegede endvidere på, at de finder det af hensyn til patienten vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende øjenlæger får mulighed for at foretage behandling af efterstær med YAG-laser.

Det anbefales, at det undersøges om det økonomisk, fagligt og patientmæssigt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende øjenlæger foretager YAG-laser behandling af efterstær.

På øre-næse-halsområdet er der en aftale om, at en praktiserende øre-næse-halslæge ser patienter på Samsø 8 dage om året. Det anbefales, at denne aftale fortsætter af hensyn til øens borgere.

Endelig har Region Midtjylland tiltrådt rammeaftale om sterilisation af mænd, således at de kirurger, hver må foretage 150 sterilisationer på patienter henvist fra den centrale visitation på Hospitalsenheden Midt. Det anbefales, at denne aftale fortsætter.

Der kan være situationer, hvor det vil være hensigtsmæssigt at flytte patienter fra speciallægepraksis til hospitalerne. Det f.eks. være i forbindelse med, at der oprettes sammedagspakker på hospitalerne eller en opgaveflytning kan sikre bæredygtige afdelinger.

Kommunikation

Patientoverdragelse mellem almen praksis og praktiserende speciallæge og mellem praktiserende speciallæger og hospitaler skal ske på et velinformeret grundlag.

I den forbindelse er der er til stadighed behov for at skærpe fokus på kommunikation mellem sundhedsvæsnets parter.

Det typiske kommunikationsforløb hos en praktiserende speciallæge er, at almen praksis sender en henvisning til speciallægen. Efter udredning og/eller behandling hos speciallægen sendes en epikrise til henvisende alment praktiserende læge. Der kan løbende sendes korrespondancebrev om patienten mellem den behandlende speciallæge og patientens egen læge.

I de tilfælde speciallægepraksis henviser patienten videre til hospitalet, sender hospitalet efter endt udredning/behandling epikrise til henvisende speciallæge.

For at patienten kan få det optimale forløb, er det vigtigt, at henvisninger og epikriser indeholder alle relevante informationer, og det skal sikres, at kvaliteten i henvisninger og epikriser højnes, og epikriser afsendes rettidigt.

Samspelet mellem praktiserende speciallæge og de kommunale sundheds- og omsorgsfunktioner er ligeledes vigtigt. Ikke mindst indenfor psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, er der behov for effektiv og velstruktureret kommunikation og informationsudveksling mellem speciallæge og kommunale behandlere.

Den praktiserende speciallæge honoreres for telefonisk rådgivning af en alment praktiserende læge om en konkret patient (det forudsættes at henvendelsen har en omfang, som medfører journalføringspligt for speciallægen, og henvendelsen ikke resulterer i en henvisning).

Telemedicinske løsninger

Samarbejdet om patienten mellem almen praksis og speciallægepraksis kan i en del tilfælde optimeres ved hjælp af telemedicinske løsninger. Dette kan understøtte udredning og behandling af en række patienter, og kan i en række tilfælde forhindre viderehenvisninger.

Derfor skal telemedicin i højere grad indtænkes i forbindelse med både udrednings-, behandlings- og kontrolforløb i speciallægepraksis – f.eks. ved faglig sparring, hjemmemonitorering og patientens egenbehandling.

Telemedicin kan f.eks. anvendes ved at en speciallæge hjælper den alment praktiserende læge med diagnostik og behandlingsplan på baggrund af elektronisk kommunikation og deling af billeder. Et eksempel på dette er, hvor dermatologen vurderer patientens symptomer på baggrund af billeder fremsendt af den alment praktiserende læge).

Den dermatologiske arbejdsgruppe har tilkendegivet, at dermatologernes muligheder for at diagnosticere patienten og tage stilling til, om der bør henvises til speciallægepraksis kan forbedres væsentligt, hvis der før den telemedicinske henvisning, bliver foretaget en biopsi.

Det anbefales, at der igangsættes et arbejde med at styrke den telemedicinske indsats inden for dermatologien.

Det vurderes, at anvendelse af telemedicin kan styrkes og udbygges inden for flere specialer. Derfor anbefales endvidere, at det afdækkes, om der er andre områder, hvor telemedicin kan udbygges.

Patientens præmisser

Der lægges vægt på, at patienten ses som en aktiv medspiller, hvor der tages afsæt i patientens ressourcer. Speciallægen har en vigtig opgave med at inddrage patienten i behandlingsforløbet og tage ansvar for egen sygdom og sundhed – også i forebyggelsesfasen.

Det kan for eksempel ske ved, at patienter og pårørende modtager opdateret, relevant og forståelig information om egen sygdom og behandlingsforløb eller ved, at den praktiserende speciallæge udarbejder handleplaner og opstiller milepæle i samarbejde med patienten.

Praktiserende speciallæger har et medansvar for, at patient og pårørende bliver partner i behandlingsforløbet og skal medvirke til at gøre det lettere for patienten, at udføre egenomsorg gennem udnyttelse af patientens egne ressourcer. F.eks. ved at telemedicin i højere grad indtænkes i forbindelse med hjemmemonitorering og patientens egenbehandling.

Patienternes sundhedsmæssige situation og egne ressourcer er meget forskellige. Det betyder, at ikke alle borgere skal have den samme ydelse, men at tilbuddene skal differentieres, så de møder den enkelte bedst muligt.

For at styrke patientens muligheder for at tage øget ansvar for egen sygdom og behandling, anbefales det, at arbejdet med PRO-data styrkes. Dette kan f.eks. foregå ved at Region Midtjylland via det nationale e-KVIS presser på for mere brug af PRO data.

Anbefalinger

- At der sikres mulighed for deling af billeddiagnostisk undersøgelser mellem hospital og speciallægepraksis.
- At der i samarbejde med hospitalerne arbejdes på, at de praktiserende speciallæger kan få hurtigere patologisvar
- At der arbejdes på at undgå dobbeltundersøgelser og opnås ensartede patientforløb – bl.a. ved hjælp af klinisk vejledninger og patientforløbsbeskrivelser
- At regionen arbejder for mere brug af PRO data gennem det nationale eKVIS
- At telemedicinske løsninger afprøves og anvendes, hvor det giver mening
- At der igangsættes et arbejde med at styrke den telemedicinske indsats inden for dermatologien.
- At der indledes en drøftelse med de alment praktiserende læger for at afdække muligheden for, at de kan supplere billedmateriale med en biopsi.
- At der indledes en drøftelse med de alment praktiserende læger og kommunerne

om, at sårpatienter i højere grad behandles i kommunerne/almen praksis

- At der indledes drøftelse med de alment praktiserende læger om at aknepatienter er og behandling af vorter i højere grad foregår i almen praksis.
- At de eksisterende aftaler om røde bade, kontrol af maligne melanomer og kontrol af biologisk behandling fortsætter.
- At aftalen om operation for grå stær fortsætter
- At aftalen om kontrol af anti-VEGF behandlede patienter fortsætter
- At det undersøges om det økonomisk, fagligt og patientmæssigt vil være hensigtsmæssigt, at de praktiserende øjenlæger foretager YAG-laser behandling af efterstær
- At aftalen om øre-næse-halslæge på Samsø 8 dage om året fortsætter
- At aftalen om sterilisation af mænd fortsætter

5. Behandling af høj kvalitet i speciallægepraksis

Mål

- At speciallægepraksis leverer ydelser på et højt fagligt niveau

I Region Midtjylland skal patienternes møde med sundhedsvæsenet hver gang være af høj kvalitet. De rette ydelser skal gives på den mest effektive måde, og patienterne skal opleve at få den forventede hjælp.

For at sikre det, er det afgørende, at speciallægepraksis, i lighed med øvrige dele af sundhedsvæsenet, yder en høj kvalitet og løbende arbejder med kvalitetsudvikling. Der skal være fokus på kvalitet frem for kvantitet.

For praktiserende speciallæger betyder det, at alle arbejder systematisk og kontinuerligt med kvalitetsudvikling som en integreret og prioriteret del af praksisdriften.

Det er forventningen, at kvalitetsforbedringer kan medvirke til en effektiv udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen i det samlede sundhedsvæsen.

Arbejdsgrupperne inden for øjne, øre-næse-hals og dermatologi har foreslået, at der gives mulighed for at praktiserende speciallæger får mulighed for at komme på fokuserede ophold på en hospitalsafdeling, og at hospitalslæger kan få tilsvarende ophold i en speciallægepraksis. Dette kan både ses som efteruddannelse og en styrkelse af samarbejdet mellem hospitaler og speciallægepraksis.

Det anbefales, at der laves forsøg med sådanne ophold på tværs af sektorerne.

Det er vigtigt, at der er mindst samme kvalitetsstandard i speciallægepraksis som på hospitalerne.

Derfor anbefales det, at det undersøges om og i givet fald hvor, der er forskel på standarderne, og indføre fælles standarder, hvor det giver mening.

De praktiserende speciallæger skal indberette utilsigtede hændelser, så tilsvarende uheldige situationer kan undgås.

En gang om året får samarbejdsudvalget en rapport over utilsigtede hændelser i speciallægepraksis.

En meget stor del af kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis sker i regi af bestemmelser i speciallægeoverenskomsten, hvor det er aftalt at der nationalt niveau systematisk arbejdes med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis på flere fronter.

Moderniseringsudvalget

De central parter har aftalt at alle praksisspecialerne skal moderniseres. Formålet er at sikre at fremme faglig udvikling og kvalitet i speciallægepraksis, samt at sikre at ydelserne og ydelsesbeskrivelserne er opdaterede. Derudover har Moderniseringsudvalget til opgave at holde specialerne ajour i forhold til gældende regler – herunder kliniske retningslinjer.

Moderniseringsarbejdet blev påbegyndt i 2015.

eKVIS (Kvalitet i Speciallægepraksis).

eKVIS er etableret af parterne og varetager udvikling, implementering og opfølgning i forbindelse med kvalitet i speciallægepraksis. Arbejdet omfatter:

- Akkreditering (efter den danske kvalitetsmodel)
- Diagnosekodning
- Patientrapporterede data
- Datadrevet kvalitet
- Implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer

Akkreditering (efter den danske kvalitetsmodel)

Den Danske Kvalitetsmodel er indført i speciallægepraksis, og 2. runde akkreditering efter kvalitetsmodellen gennemføres i nærværende aftaleperiode. der vil blive udarbejdet en ny kvalitetsmodel i speciallægepraksis.

Formålet med akkrediteringen er, at

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

Diagnosekodning

Alle praktiserende speciallæger skal i eget journalsystem diagnosekode ud fra den til enhver tid gældende udgave af ICD-kodesystemet. eKVIS understøtter implementering af diagnosekodning og kodepraksis inden for alle specialer.

Det undersøges, hvor langt de praktiserende speciallæger er kommet med dette.

Patientrapporterede data

Der etableres i relevant omfang projekter om patientrapporteret outcome (PRO). Den enkelte speciallæge er forpligtet til at deltage, når eKVIS styregruppen har besluttet at etablere et relevant projekt i det pågældende speciale.

Datadrevet kvalitet

Speciallægen er forpligtet til, at

- arbejde med egne data samt aggregerede data til benchmark i relation til egenkontrol og vurdering af behovet for kvalitetsforbedrende tiltag.
- rapportere til relevante kliniske kvalitetsdatabaser

Implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer

Speciallægerne skal følge og holde sig opdaterede på nationale kliniske retningslinjer.

Efteruddannelse

I henhold til overenskomsten skal den praktiserende speciallæge gennem kontinuerlig efteruddannelse fastholde sine kompetencer på et højt fagligt niveau. Speciallægen har ret til tilskud til deltagelse i efteruddannelse 8 dage om året (i perioden april 2018-marts 2022 kan speciallægen deltage i 10 uddannelsesdage). Kompetencedagene er reserveret til kompetenceudvikling inden for en række områder, blandt andet data-drevet kvalitet, akkreditering og diagnosekodning. Tilskuddet dækkes af Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis.

Fonden for faglig udvikling

Fondens formål er at fremme den faglige udvikling inden for speciallægepraksis ved at yde tilskud til efteruddannelse, kvalitetsudviklingsprojekter mv. Regionerne indbetaler

ca. 1,4 % af regionens samlede udgifter til speciallægepraksis det foregående regnskabsår.

Patientsikkerhed i speciallægepraksis

I Den Danske Kvalitetsmodel indgår der en række patientsikkerhedsmæssige standarder, som speciallægen skal opfylde for at blive akkrediteret.

Speciallægen har pligt til at indberette utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Der skal indberettes både når speciallægen selv er impliceret, hændelser som speciallægen bliver opmærksom på hos andre og i sektorovergange.

Anbefalinger

- At der støttes op om initiativerne fra det landsdækkende eKVIS-projekt. med sigte på at opnå en ensartet høj kvalitet i behandling og udredning i alle regionens speciallægepraksis.
- At der hvor det giver mening, skal der være fokus på fælles faglige kvalitetsstandarder for hospitaler og speciallægepraksis.
- At der igangsættes forsøg med fokuserede ophold på hospitaler og i speciallægepraksis.
- At rapportering af utilsigtede hændelser følges i samarbejdsudvalget

6. Tilgængelighed og service

Mål

- At borgeren oplever imødekomende speciallægepraksis

Med hensyn til tilgængelighed og service skal der være fokus på både fysisk, telefonisk og elektronisk tilgængelighed i speciallægepraksis

Fysisk tilgængelighed

Det er vigtigt, at Speciallægepraksis har fysiske adgangsforhold, så borgere med handicap har mulighed for at benytte tilbud på lige fod med borgere uden handicap.

I overenskomsten fremgår det, at "ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis eller væsentlig ændret benyttelse af lokalerne eller bebyggelsen skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler". Det præciseres, at ved flytning skal byggelovgivningens tilgængelighedskrav være opfyldt.

Derudover fremgår det af overenskomsten, at speciallægepraksis i videst mulige omfang skal tilgodese etablering af handicapvenlige adgangsforhold.

For at patienterne har let adgang til information om adgangsforholdene til praksis, skal dette fremgå af speciallægepraksis' praksisdeklaration på Sundhed.dk.

Telefonisk tilgængelighed

Speciallægepraksis skal normalt have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af ikke under to timers varighed.

Samarbejdsudvalget behandler med jævne mellemrum henvendelser fra borgere, der er utilfreds med at de ikke kan komme igennem på telefonen. Det er ikke indtrykket, at det er et meget stort problem, men samarbejdsudvalget er opmærksom på problemstillingen.

Elektronisk tilgængelighed

I henhold til overenskomsten, skal elektronisk kommunikation med patienterne være en del af speciallægens tilbud til patienterne, i det omfang denne service kan kobles til speciallægens ydelser og er relevant for disse.

Elektronisk tilgængelighed omfatter bl.a. E-konsultation, receptfornyelse og tidsbestilling

For at borgeren har nem adgang til oplysninger om tilgængelighed mv, skal det af praksis-deklarationen på Sundhed.dk bl.a. fremgå følgende:

- om praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienten, og hvordan dette foregår
- træffetider – herunder tidsbestilling og telefonkonsultation
- i hvilke tidsrum det henholdsvis svært eller let at opnå telefonisk kontakt til klinikken
- oplysninger om ferie, sygdom og kurser mv.
- ventetid til ikke-akutte patienter

7. Proces for behandling af ansøgninger fra praktiserende speciallæger

De praktiserende speciallæger må kun foretage de undersøgelser/behandlinger/operationer der fremgår af overenskomsten under det enkelte speciale. De har dog mulighed for at ansøge regionen om tilladelse til at foretage ydelser, der ikke umiddelbart fremgår af overenskomsten, ligesom det forudsætter regionens tilladelse at flytte praksis til en anden by.

Som udgangspunkt er det Praksisplanen, der er retningsgivende for placeringen af opgaver mellem speciallægepraksis og hospitaler, den samlede kapacitet af speciallægepraksis inden for de enkelte specialer og den geografiske placering af disse.

Regionen modtager jævnligt ansøgninger fra praktiserende speciallæger, som der ikke indholdsmæssigt er taget stilling til i Praksisplanen, ligesom regionens behov og ønsker kan ændre sig i løbet af planperioden

Ansøgningerne fra speciallægerne drejer sig typisk om muligheden for foretage ydelser, der ikke er aftalt i overenskomsten, tilladelse til at flytte praksis eller ændring af omsætningsforhold.

Ansøgninger om ydelser

Ansøgninger fra speciallæger om foretage ydelser, der ikke er en del af overenskomsten, behandles én gang om året med henblik på at vurdere, om ansøgningerne kan optimere kapacitetsudnyttelsen på hospitalerne og i speciallægepraksis. Denne sagsbehandling vil foregå inden 1. marts, så en eventuel merudgift eller budgetflytning kan indgå i budgetarbejdet.

Som udgangspunkt vil der ikke blive indstillet udgiftskrævende kapacitetsudvidelser for de små/mindre specialer.

Ønsker fra regionen om, at speciallægerne skal foretage ydelser udover overenskomsten eller lignende behandles sagerne ad hoc.

Ansøgninger om at flytte praksis

Regionen modtager af og til en ansøgning om tilladelse til at flytte praksis til en anden by i regionen.

Da der – jf. kapitel 3.8 - er en nogenlunde ligelig geografisk placering af de 3 store praksisspecialer (øjne, øre-næse-hals og dermatologi), vil der ikke blive givet tilladelse til at flytte praksis inden for disse specialer.

Ansøgninger om flytteønske fra en praktiserende speciallæge inden for et af de øvrige specialer, vil blive forelagt regionsrådet, så der kan tages konkret stilling. Dette gælder dog ikke, hvis der ansøges om at flytte en praksis til Aarhus, da der i forvejen er en relativ stor koncentrationen af speciallægepraksis i denne by. Der gives i disse tilfælde et administrativt afslag.

8. Moderniseringer, faglige anbefalinger (der ikke fremgår tidligere) alle specialer

I dette kapitel foretages en kort status på moderniseringsarbejdet inden for de enkelte specialer. Formålet er, at give et overblik over, hvornår det kan forventes, at effektiviseringsgevinsterne slår igennem, og hvornår regionen bør følge op på, om effektiviseringsgevinsterne også kan ses hos regionens praktiserende speciallæger.

Derudover er der for hvert speciale en oversigt over særlige aftaler regionen har indgået, og anbefalinger – som ikke tidligere er nævnt i praksisplanen.

Om opfølgning på moderniseringerne

Det er bl.a. hensigten med moderniseringen af det enkelte speciale, at den skal medføre en produktivitetsevinst på 4 %, som skal anvendes til at behandle flere patienter.

De centrale parter – Foreningen af Speciallæger og Danske Regioner - mødes hvert halve år for at følge op på, om moderniseringen lever op til hensigten. Efter 2 år foretages en endelig evaluering, og hvis målene ikke er opnået, aftales hvad der skal gøres. En mulighed er, at honorarerne nedsættes.

Regionen følger selvstændigt op på om de aftalte effektiviseringsgevinster kan ses af aktiviteten hos regionens speciallæger

8.1 Dermatologer

Modernisering af specialet

Dermatologispecialet er blevet moderniseret med virkning fra 1. april 2017.

8.2 Øjenlæger

Modernisering af specialet

Øjenspecialet er blevet moderniseret med virkning fra 1. juni 2015.

Evalueringsperioden er blevet forlænget, men det forventes at den endelige evaluering foretages i foråret 2019.

8.3 Øre-næse-halslæger

Modernisering af specialet

Øre-næse-halsspecialet er blevet moderniseret med virkning fra 1. april 2019.

8.4 Gynækologi

Opfølgning på modernisering

Gynækologispecialet blev moderniseret med virkning fra 1. 4. 2016.

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ingen rammeaftaler i overenskomsten inden for gynækologispecialet og regionen har ikke indgået § 64-aftaler på området.

8.5 Intern Medicin - lungemedicin

Opfølgning på modernisering

Intern Medicin blev moderniseret med ikrafttrædelse pr. 1. 10. 2016

Eksisterende ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

I 2018 får de 2 deltidspraktiserende lungemedicinere forhøjet deres omsætningsloft med 500.000 kr. hver (ca. 50 % forhøjelse). Efterfølgende vurderes det, hvor mange ekstra patienter, der bliver set som følge af forhøjelsen, og om dette reelt aflaster hospitalerne.

8.6 Intern Medicin – kardiologi

Opfølgning på modernisering

Intern Medicin blev moderniseret med ikrafttrædelse pr. 1. 10. 2016

Ramme- og § 64-aftaler I Region Midtjylland

Der er ingen rammeaftaler i overenskomsten inden for kardiologi, og regionen har ikke indgået § 64-aftaler på området.

8.7 Kirurgi

Opfølgning på modernisering

Kirurgi er endnu ikke moderniseret, men dette vil forgå foråret 2020

Som konsekvens af ændringer i specialeplanen blev specialet grenopdelt i kirurgi og urologi i overenskomsten pr. 1.9.2015. I overenskomsten er der herefter common trunk ydelser og ydelser, der kun kan foretages af speciallæger, der har autorisation inden for det enkelte speciale.

I forbindelse med praksisplanlægningen kan regionen udpege de enkelte praksis inden for specialet Kirurgi til at varetage enten kirurgi eller urologi. Udpegningen skal ske under hensynstagen til nuværende specialisering.

Ved en praksisoverdragelse er speciallægen forpligtet til at søge praksis overdraget i overensstemmelse med den grenspecialiseringen regionen har besluttet.

Hvis det ikke er muligt at sælge praksis inden for det udpegede grenspeciale kan speciallægen søge regionen om tilladelse til at sælge til en speciallæger med det andet grenspeciale.

Alle praktiserende speciallæger i Region Midtjylland inden for specialet Kirurgi er i dag langt overvejende kirurgiske og ikke urologiske.

Anbefalinger

- At de kirurgiske speciallægepraksis i regionen defineres som kirurgiske, og speciallægen ved overdragelse kun kan afhænde til en med autorisation inden for denne grenspecialisering

8.8 Pædiatri

Opfølgning på modernisering

Specialet er moderniseret med ikrafttrædelse januar 2017.

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for pædiatri i Region Midtjylland.

8.9 Ortopædkirurgi

Opfølgning på modernisering

Specialet er endnu ikke moderniseret. Moderniseringsarbejdet påbegyndes efteråret 2010

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for ortopædkirurgi i Region Midtjylland.

8.10 Reumatologi

Opfølgning på modernisering

Specialet er endnu ikke moderniseret. Moderniseringsarbejdet påbegyndes efteråret 2019.

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ingen overenskomst-mæssige rammeaftaler og regionen har ikke indgået § 64-aftaler inden for reumatologi

8.11 Neurologi

Opfølgning på modernisering

Specialet er endnu ikke moderniseret. Moderniseringsarbejdet påbegyndes i næste overenskomstperiode

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for neurologi i Region Midtjylland.

Særlig visitationsretningslinjer inden for neurologi

I 2017 indførte regionen visitationsretningslinjer, som betyder, at patienter med elektive neurologiske problemstillinger som udgangspunkt skal henvises til speciallægepraksis.

8.12 Plastikkirurgi

Opfølgning på modernisering

Specialet er endnu ikke moderniseret. Moderniseringsarbejdet påbegyndes i næste overenskomstperiode

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for plastikkirurgi i Region Midtjylland.

8.13 Diagnostisk radiologi

Opfølgning på modernisering

Diagnostisk radiologi er moderniseret med ikrafttrædelse 1. oktober 2018.

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for diagnostisk radiologi i Region Midtjylland.

8.14 Anæstesiologi

Opfølgning på modernisering

Specialet er endnu ikke moderniseret. Moderniseringsarbejdet påbegyndes primo 2019

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ikke indgået ramme- eller § 64-aftaler inden for diagnostisk radiologi i Region Midtjylland.

Problemstilling i kommende modernisering

I dag kan de praktiserende anæstesiologer både foretage smertebehandling og anæstesiologisk bistand til øre-næse-halslæger.

I forbindelse med moderniseringen skal der tages stilling til, om smertebehandling skal tages ud således, at det er op til den enkelte region at beslutte, om anæstesiologerne må foretage smertebehandling.

I Region Midtjylland er der ingen praktiserende anæstesiologer, der foretager smertebehandling i dag.

Da det kan medføre kapacitetsproblemer med hensyn til anæstesiologisk assistance til øre-næse-halslægerne, hvis de nuværende anæstesiologer begynder at foretage smertebehandling, vil det være hensigtsmæssigt, at regionen får adgang til at bestemme, om dette har interesse.

Anbefalinger

- At hvis moderniseringen giver mulighed for at regionen kan fravælge smertebehandling, anbefales det, at de praktiserende anæstesiologer alene får adgang til at give anæstesi hos praktiserende øre-næse-halslæger

8.15 Psykiatri

Opfølgning på modernisering

Psykiatrispecialet blev moderniseret med ikrafttræden d. 1. juni 2015, og der blev tilført 29 mio.kr. fra forhandlingsaftalen af 26. september 2014 til specialet.

Forudsætningen for merøkonomien var, at der skulle ses 10 pct. flere patienter. evalueringen har vist, at målet er nået.

Ramme- og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Regionen har indgået en § 66-aftale, hvor de praktiserende psykiatere udreder voksne patienter og unge med behandlingskrævende depression, der er henvist til regionspsykiatriens centrale visitation

Samarbejde mellem regionspsykiatrien og praktiserende psykiatere om praksisplan
Da psykiatrien har helt særlige udfordringer – f.eks. massive rekrutteringsproblemer vil det være hensigtsmæssigt, at kapaciteten i psykiatriske speciallægepraksis i endnu højere grad tænkes sammen med regionspsykiatrien. Derfor kan det være en fordel, hvis der foretages en grundig praksisplanlægning på psykiatriområdet i forbindelse med, at der udarbejdes planlægning for regionspsykiatrien.

Anbefalinger

- At praksisplan for psykiatripraksis behandles i forbindelse med psykiatriplanlægningen

8.16 Børne- og ungdomspsykiatri***Opfølgning på modernisering***

Specialet er moderniseret med ikrafttrædelse oktober 2015.

I forbindelse med moderniseringen blev det aftalt, at specialet skulle levere 10 % flere førstegangskonsultationer. Efter afslutningen af den 2-årige opfølgingsperiode på modernisering har overenskomstparterne konstateret, at specialet ikke har leveret dette.

Da moderniseringen blev evalueret efter 2 år, var målet ikke nået - antallet af 1. konsultationer var lavere end antallet før moderniseringen.

Specialet fik ét ekstra år til at nå det det aftale antal førstegangskonsultationer.

Ramme og § 64-aftaler i Region Midtjylland

Der er ingen ramme- eller § 64-aftaler inden for børne- og ungdomspsykiatri i regionen inden for børne- og ungdomspsykiatri.