SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhed for alle

SUNDHEDSREFORMEN

VIDENSAFDÆKNING AF PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER SOM SEKTOR

Vidensgrundlag for arbejdet med nationale retningslinjer om praksis-planer for speciallægehjælp

Vidensafdækning af praktiserende speciallæger som sektor
Vidensgrundlag for arbejdet med nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-727-9

Versionsdato: 1. oktober 2026

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Oktober 2026

INDHOLD

1. Introduktion til vidensafdækning 4
1.1. Formål 4
1.2. Baggrund 4
1.3. Metode 5
2. Sammenfatning 6
3. Resultater fra vidensafdækning 8
3.1. Rammer og styring 8
3.2. Regional kapacitetsplanlægning 12
3.3. Lægelig videreuddannelse 19
3.4. Udviklingsmuligheder 20
3.5. Faglig ramme for kvalitet i sektoren 22
3.6. Kvalitetsarbejde i praksis og klynger 22
3.7. Tilgængelighed 24
3.8. Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen 27
4. Bilag 28
4.1. Bilag 1: Regionernes kapacitetsplanlægning 28
4.2. Bilag 2: Henvisningsveje for udvalgte specialer 29
Referenceliste 33

1. INTRODUKTION TIL VIDENSAFDÆKNING

1.1. FORMÅL

Med *Aftale om sundhedsreform 2024* skal der indføres nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp. For at kvalificere dette arbejde har Sundhedsstyrelsen udarbejdet nærværende vidensafdækning, som supplement til Sundhedsstrukturkommissionens analyser af speciallægepraksis, der beskrev tre overordnede anbefalinger for de organisatoriske rammer. Formålet med vidensafdækningen er at tilvejebringe et større vidensgrundlag om de praktiserende speciallæger som sektor, som kan anvendes til baggrund for arbejdet med nationale retningslinjer. Vidensafdækningen vedrører eksisterende planlægningspraksis samt opgavevaretagelse og er udarbejder med udgangspunkt i følgende undersøgelsesspørgsmål:

1) Hvordan arbejder regionerne med kapacitetsplanlægning af speciallægepraksis, og er der særlige udfordringer for planlægningen, dels regionalt, dels i et nationalt perspektiv?
2) Hvilke opgaver varetages i speciallægepraksis, og hvordan arbejder speciallægepraksis med systematisk kvalitetsudvikling?
3) Hvordan arbejdes der med udvikling af sektoren, fx bedre anvendelse af den eksisterende kapacitet, samarbejde med øvrige aktører mv.?

I følgende afsnit afdækkes planlægningen af sektoren samt kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis. Afslutningsvis besvares ovenstående undersøgelsesspørgsmål ved en sammenfatning for vidensafdækningen.

1.2. BAGGRUND

I overensstemmelse med sundhedsreformens todelte formål om henholdsvis bedre fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet og en omstilling mod styrkelse af det primære sundhedsvæsen skal speciallægepraksis udvikles som en del af et samlet og samarbejdende sundhedsvæsen.

I relation til omstilling af sundhedsvæsenet understøtter den nuværende organisering af speciallægepraksis dog ikke i tilstrækkeligt omfang en optimal anvendelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer. Det kommer til udtryk ved en uensartet anvendelse af praktiserende speciallæger på tværs af landet. Der er derfor behov for at udvikle de organisatoriske rammer for praktiserende speciallæger, med henblik på bedre understøttelse og en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

For at understøtte bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger kan planlægning af sektoren ske ved nationale retningslinjer, som understøtter en ændret geografisk fordeling og mere effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen. Ligeledes kan det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde med speciallægepraksis styrkes, og prioritering patienter med størst behov understøttes.[1]

[1] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)

Med *Aftale om sundhedsreform 2024* skal der laves nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp, der både kan afhjælpe den ulige fordeling af praktiserende speciallæger på tværs af landet, og give mere ensartet adgang til praktiserende speciallæger samt en samlet bedre kapacitetsudnyttelse. Samtidig får Sundhedsstyrelsen en ny kompetence til at godkende regionernes praksisplaner for praktiserende speciallæger, når lovgivningen forventes at træde i kraft i 2027. Der indføres desuden ret til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger, hvilket skal ses i sammenhæng med de nationale retningslinjer for praksisplaner for speciallægehjælp.[2]

1.3. METODE

Dette afsnit beskriver fremgangsmåden for indsamling og behandling af viden, som ligger til grund for vidensafdækningen. Vidensafdækningen danner baggrund for udarbejdelsen af nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp.

I løbet af første halvår 2025 foretog Sundhedsstyrelsen et afsøgende arbejde af de praktiserende speciallæger som sektor bredt, med henblik på at skabe overblik over den regionale planlægning og udvikling af speciallægepraksis, samt at få indsigt i opgavevaretagelsen for de praktiserende speciallæger. Arbejdet har inkluderet dokumentanalyse af Sundhedsstrukturkommissionens rapporter og dertilhørende analyser, overenskomst og øvrige aftaler for speciallægehjælp samt regionale praksisplaner og strategier for praktiserende speciallæger. Dertil er der løbende afholdt bilaterale møder med praksisplanlæggere i alle regioner, samt relevante repræsentanter fra FAPS, Danske Regioner, KL, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter.

Der blev i perioden maj til juni 2025 afholdt i alt 10 bilaterale møder med henholdsvis Region Nordjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, KL, Danske Regioner (2 møder) og FAPS (2 møder, hvoraf kvalitetsenheden eKVIS deltog på et af møderne). Formålet med møderne var at kvalificere viden om den regionale praksisplanlægning, kvalitetsarbejde, speciallægepraksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen, samt at få indledende perspektiver på de nationale rammer for bedre fordeling af og adgang til praktiserende speciallæger. Formålet var ikke at afdække regionernes øvrige arbejde med fx kontrolstatistikker og det paritetiske system med samarbejdsudvalg, og det fremgår derfor kun i begrænset omfang af vidensafdækningen. Vidensafdækningen er ikke baseret på en systematisk litteraturgennemgang, men på en dialogbaseret proces med relevante interessenter for at sikre en bred repræsentation og kvalificering af vidensgrundlaget. Vidensafdækningen er kvalificeret af de aktører, der har bidraget med viden til den ved mulighed for skriftlig kommentering.

I august 2025 blev der afholdt et møde med Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter for at kvalificere arbejdet yderligere med udgangspunkt i patientperspektiver.

Vidensafdækningen indgik i det videre arbejde med nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp, og præsenteres for følgegruppe for arbejdet, der består af Sundhedsstyrelsen, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Regioner og Danske Regioner, KL, Dansk Selskab for Almen Medicin, Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Dansk Selskab for Folkesundhed, Sundhedsdatastyrelsen samt Indenrigs- og sundhedsministeriet. Vidensafdækningen blev præsenteret ved første følgegruppemøde den 8. september 2025.

[2] Aftale om sundhedsreform 2024, Indenrigs og Sundhedsministeriet (2024)

2. SAMMENFATNING

Formålet med videnskafdækningen er at tilvejebringe et større vidensgrundlag for de praktiserende speciallæger som sektor bredt som baggrund for arbejdet med nationale retningslinjer. I følgende afsnit besvares de undersøgelsesspørgsmål, videnskafdækningen har beskæftiget sig med. Herunder noteres også, hvilke væsentlige områder, det ikke har været muligt at afdække viden for.

1) Hvordan arbejder regionerne med kapacitetsplanlægning af speciallægepraksis, og er der særlige udfordringer for planlægningen, dels regionalt, dels i et nationalt perspektiv?

Regionernes kapacitetsplanlægning og udvikling af speciallægepraksis varierer fortsat på tværs af landet, både på baggrund af lokale forhold som fx demografi, geografi og muligheder for rekruttering, men også forskelligartet praksis for kapacitetsanalyser og organisering af opgavevaretagelse på hovedfunktionsniveau. Herudover er der en privat aktivitet for borgere, som regionenere ikke har indsigt i.

Kapacitetsplanlægningen har til formål at understøtte, at borgernes behov for sundhedsydelser er tilstrækkeligt dækket inden for et givent område. Der er flere forhold, som kan udfordre den regionale kapacitetsplanlægning, særligt relateret til opgavevaretagelsen i speciallægepraksis, som kan udfordre regionernes anvendelse og prioritering af de samlede speciallægeressourcer i sundhedsvæsenet. I de fleste regioner arbejdes der derfor med fx regionale visitationsretningslinjer og/eller forløbsprogrammer for at synliggøre opgavevaretagelsen i speciallægepraksis. Den regionale planlægning tager primært højde for lokale forhold internt i regionen, og ikke det samlede sundhedstilbud på tværs af landet.

2) Hvilke opgaver varetages i speciallægepraksis, og hvordan arbejder speciallægepraksis med systematisk kvalitetsudvikling?

Praktiserende speciallæger varetager hovedsageligt behandling på hovedfunktionsniveau, og kan her ofte substituere sygehusbehandling. Sygehuskontakt er dog fortsat nødvendig ved behandling, der kræver tilstedeværelse af flere specialer og faggrupper, indlæggelse, pleje og observation samt udstyr tilgængeligt på sygehuse. Opgavevaretagelsen for de enkelte specialer fremgår af de faglige moderniseringer, regionale visitationsretningslinjer og/eller forløbsprogrammer samt kliniske kvalitetsdatabaser. Aktiviteten i speciallægepraksis kan desuden følges på diagnoseniveau, men ikke på procedureniveau.

Speciallægepraksis kan bidrage til øget geografisk lighed i sundhedstilbud og en omkostningseffektiv brug af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen. For at dække borgernes behov for sundhedsydelser i speciallægepraksis kan der være behov for, at de praktiserende speciallæger varetager en bred pallet af opgaver. Særligt for de praktiserende speciallæger er, at de kan have kontinuitet i klinikken og typisk har mange års erfaring med opgaver i praksissektoren, der skaber gode og langvarige samarbejdsrelationer med aktørerne i det primære sundhedsvæsen og øvrige aktører i det sekundære sundhedsvæsen.

Alle speciallægepraksis er omfattet af en kvalitetsmodel for både praksis- og klyngeniveau. Kvalitetsenheden eKVIS understøtter data til systematisk kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, herunder gennem levering af data til speciallægepraksis om praksis' kvalitet samt benchmark data på klyngeniveau, regionsniveau og på landsplan. Det har i denne videnskafdækning ikke været muligt at identificere undersøgelser af kvaliteten i behandlingstilbuddet på regionalt eller nationalt niveau, udover patienttilfredshedsundersøgelser fra 2013 og 2019. Disse viste en generelt høj patientoplevet kvalitet.

3) Hvordan arbejdes der med udvikling af sektoren, fx bedre anvendelse af den eksisterende kapacitet, samarbejde med øvrige aktører mv.?

Det samlede behandlingsbehov i speciallægepraksis er stigende som følge af, at antallet af borgere med behov for behandling stiger. Forskellige tilgængelighedsparametre som fx ventetid for særligt nogle specialer kan dog udfordre borgernes mulighed for let og lige adgang til speciallægepraksis. Samtidig har en større andel af patienterne behov for behandlingsforløb, som er forankret i det primære sundhedsvæsen, med støtte fra det sekundære sundhedsvæsen.

For at understøtte let og lige adgang til sundhedstilbud tættere på borgerens hjem kan kapaciteten i speciallægepraksis øges ved at anvende muligheder indenfor overenskomstens rammer, som fx etablering af alternative praksisformer, midlertidig kapacitet og praktiserende speciallægers tilstedeværelse i sundhedshuse. I de enkelte praksis kan digitale værktøjer og mulighed for klinikpersonale ligeledes bidrage til at øge kapaciteten. Regionerne anvender mulighederne i varierende omfang, hvilket kan skyldes forskellige udfordringer forbundet med enten lovgivning, økonomi eller administration. Det har i denne vidensafdækning ikke været muligt at identificere undersøgelser om omfanget og anvendelsen af digitale værktøjer og klinikpersonale i speciallægepraksis.

Speciallægepraksis er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, og samarbejder i varierende omfang med øvrige aktører på sundhedsområdet ved både gensidig konference og henvisning til lokale tilbud og datadeling mellem aktører. Her er samarbejdet med de almenmedicinske tilbud, men også med kommuner, sygehuse og den øvrige praksissektor centralt for patientforløb af høj kvalitet. Speciallægepraksis' støttefunktion for de almenmedicinske tilbud udvikles blandt andet ved aftaler om blandt andet hurtig vurdering i speciallægepraksis. I forbindelse med denne vidensafdækning har det ikke været muligt at afdække yderligere om, hvordan samarbejdet mellem speciallægepraksis og øvrige aktører i sundhedsvæsenet udvikles.

Denne vidensafdækning har ikke undersøgt speciallægepraksis' samarbejde med private aktører som fx apoteker, optikere mv.

3. RESULTATER FRA VIDENSAFDÆKNING

3.1. RAMMER OG STYRING

Praktiserende speciallæger er en del af praksissektoren, og varetager hovedsageligt ydelser på hovedfunktionsniveau, dvs. opgaver hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau.[3] Regionerne har ansvar for at yde vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæger, jf. sundhedslovens § 64, der gennemføres ved overenskomst mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Overenskomsten indeholder blandt andet etiske retningslinjer, som praktiserende speciallæger skal efterleve. Retningslinjerne fastlægger en grundlæggende loyalitetsforpligtelse, herunder blandt andet, at speciallægers beskæftigelse ved siden af overenskomstopgaverne ikke bør have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver under overenskomsten.[4]

I 2022 var de samlede regionale udgifter til speciallægehjælp på knap 4. mia. kr., og der var i alt ca. 5,3 mio. kontakter til praktiserende speciallæger, fordelt på ca. 2 mio. borgere[5]. De praktiserende speciallæger er selvstændigt erhvervsdrivende læger indenfor 15 specialer, der indgår aftale med regionen om at levere speciallægehjælp på vilkår fastsat ved overenskomsten.

Figur 1: Lægelige specialer i speciallægepraksis pr. 1. august 2025

Lægelige specialer i speciallægepraksis

- Anæstesiologi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Dermato-venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Intern medicin (kardiologi, gastroenterologi, lungemedicin og endokrinologi)
- Reumatologi
- Kirurgi og urologi
- Neurologi
- Ortopædisk kirurgi
- Plastikkirurgi
- Psykiatri
- Pædiatri
- Radiologi
- Oftalmologi
- Otologi (oto-rhino-laryngologi)

[3] Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen (2023)
[4] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[5] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)

Den nuværende organisering af praktiserende speciallæger som sektor, herunder specialer i praksis, antal praktiserende speciallæger og den geografiske fordeling, er i høj grad historisk betinget, og kan spores tilbage til før 1973, hvor enhver læge med autorisation kunne nedsætte sig som praktiserende speciallæge. På dette tidspunkt blev sundhedsydelser organiseret gennem sygekasserne, som var medlemsbaserede forsikringsordninger med ansvar for at yde tilskud til borgernes sundhedsudgifter. Sygekasserne var ikke forpligtet til at tilbyde speciallægehjælp, selvom majoriteten i praksis ydede dette, især i større byer. I slutningen af 1960'erne blev det ved lov et krav, at sygekasserne skulle sikre adgang til speciallæger for deres medlemmer. De geografiske forskelle i dækningen var dog stadig betydelige.[6]

Fra 1973 blev den offentlige sygesikring indført, og i 1978 blev der skabt mulighed for at regulere antallet af praktiserende speciallæger via ydernumre. Hermed blev eksisterende geografiske forskelle i vid udstrækning videreført. I 1980'erne og 1990'erne var der generelt tilbageholdenhed fra amterne med at udvide antallet af ydernumre, og ledige ydernumre blev til tider inddraget, idet man vurderede, at ydelserne kunne varetages ambulant på sygehusene.[7] Fra slutningen af 1970'erne blev der desuden indført såkaldte overlægeydernumre på deltid. De blev dog gradvist udfaset og helt afskaffet i 2017 på grund af stigende krav til kvalitet, tilgængelighed og klinisk bredde for praktiserende speciallæger som sektor.

I dag er praktiserende speciallæger efter de alment praktiserende læger den ressourcemæssigt største aktør i praksissektoren, og kan blandt andet bidrage til øget geografisk lighed i sundhedstilbud og en omkostningseffektiv brug af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet. [8,9]

Særligt for praktiserende speciallæger er, at de kan have kontinuitet i klinikken og typisk har mange års erfaring med opgaver i praksissektoren, der skaber gode og langvarige samarbejdsrelationer med aktørerne i det primære sundhedsvæsen og øvrige aktører i det sekundære sundhedsvæsen. Tilmed har praktiserende speciallæger mulighed for at levere behandling på et højt fagligt niveau tæt på borgeren, hvor patienterne ses af den samme speciallæge gennem hele behandlingsforløbet. Den nuværende organisering med selvstændige praksis medvirker desuden, særligt indenfor nogle specialer, til at lette adgangen til behandling i geografiske områder med langt til sygehuset. [10]

Speciallægepraksis kan ofte substituere sygehusbehandling, hvis der er tale om behandling på hovedfunktionsniveau. [11] Et eksempel på dette er udlægningsaftalen. Region Sjælland vedtog i 2023 en strategi for modernisering af speciallægepraksis, som bl.a. forholdt sig til behovene for en kapacitetsudvidelse for sektoren og specialiserede kompetencer i den nære sundhedsindsats.[12] Sygehuskontakt er dog fortsat nødvendig ved behandling, der kræver tilstedeværelse af flere specialer og faggrupper, indlæggelse, pleje og observation samt udstyr tilgængeligt på sygehuse.[13]

Med *Aftale om sundhedsreform 2024* sættes retning for en omstilling af sundhedsvæsenet og et styrket fokus på sundhedstilbud tæt på borgeren, herunder at der er behov for at udvikle speciallægepraksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Tidligere har Sundhedsstyrelsen ligeledes vurderet, at

[8] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[9] Hurtig psykiatrisk udredning Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune, VIVE (2020)
[10] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[11] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[12] Strategi for speciallægehjælp i Region Sjælland, Region Sjælland (2023)
[13] Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen (2023)

speciallægepraksis effektivt kan varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper, hvilket er i overensstemmelse med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger for sektoren.

Aktuelt er der ikke en national ramme for udviklingen af speciallægepraksis. Regionerne har dog pligt til at indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen i forbindelse med deres sundhedsplanlægning for at understøtte ensartethed i sundhedstilbud på tværs af landet, og at nationale anbefalinger og retningslinjer følges.[14] Tidligere har der været forskellige regionale og fællesregionale udspil, der har peget på, at speciallægepraksis skal styrkes og integreres i det samlede sundhedsvæsen, så praktiserende speciallæger i højere grad anvendes til at løse opgaver, der ellers ville foregå på sygehusene. Heriblandt Danske Regioner og Foreningen af Praktiserende speciallægers (FAPS) fælles vision fra 2021, der tog udgangspunkt i fire værdier om nære sundhedstilbud, lige muligheder for alle borgere i landet, ét samlet og sammenhængende sundhedsvæsen samt mest mulig sundhed for pengene. [15]

3.1.1. Økonomisk ramme for speciallægehjælp

Den økonomiske ramme for speciallægehjælp er i overenskomsten fastsat til ca. 3,4 mia. kr. (niveau 1. oktober 2021). Hvis de årlige udgifter til speciallægehjælp overstiger den aftalte økonomiske ramme, sker der tilbagebetaling af overskridelsen ved en midlertidig nedsættelse af honorarerne for det eller de specialer, der har overskredet rammen. Denne måde at skabe budgetsikkerhed går igen på en række praksisområder, herunder almen praksis.

Med overenskomsten er der fastsat en nedre omsætningsgrænse for hver enkel speciallægepraksis for både deltidspraksis og fuldtidspraksis, der sikrer en minimumsaktivitet i alle speciallægepraksis. Denne varierer mellem specialer. For fuldtidspraksis er der fastsat et øvre loft for fuld honorering af ydelser i den enkelte speciallægepraksis – en såkaldt knækgrænse, som varierer afhængig af specialer. Hvis den årlige omsætning i en speciallægepraksis overstiger knækgrænsen, reduceres honoraret for aktivitet udover knækgrænsen med 40 pct. Knækgrænsens formål er at balancere, at den enkelte klinik har et fortsat incitament til at behandle patienter, samtidig med at det offentlige opnår del i den gevinst som følger af omkostningerne per behandling er faldende med antallet af behandlinger. For deltidspraksis er der fastsat et omsætningsloft, som indebærer, at speciallægepraksissen ikke modtager honorar, hvis speciallægen omsætter udover omsætningsloftet.

Samtidig er praktiserende speciallæger forpligtede til at fordele deres omsætning jævnt over året, og må ikke lukke for behandling før årets udgang, heller ikke når knækgrænsen eller omsætningsloftet er nået.[16]

3.1.2. Øvrige aftaler

De praktiserende speciallægers samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen aftales på flere niveauer. Udover overenskomsten findes der en række aftaler, der beskriver opgaver og samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter, herunder forløbsprogrammer, forløbsbeskrivelser og visitationsretningslinjer. Regionerne kan også indgå lokale aftaler med FAPS regionalt om fx overdragelse af behandling på hovedfunktionsniveau fra sygehus til speciallægepraksis. Omsætningen fra behandling under lokale aftaler indgår ikke i en praksis' omsætningsloft, knækgrænse eller den samlede økonomiske ramme. Der blev eksempelvis indgået lokale aftaler i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden i efteråret 2024 og i Region Nordjylland i foråret 2025 om at udføre en ekstra indsats til nedbringelse af

[14] Sundhedsstyrelsens hjemmeside Rådgivning om udarbejdelse af sundhedsplaner - Sundhedsstyrelsen
[15] En fælles retning - En fælles vision for speciallægepraksis, Foreningen af praktiserende speciallæger og Danske Regioner (2021)
[16] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)

ventetiden i speciallægepraksis, hvor den potentielle meraktivitet som følge af aftalen, blev holdt uden for den økonomiske ramme og praksis' knækgrænse eller omsætningsloft.[17]

Der er i tillæg til overenskomsten indgået aftale om udlægning af behandling af sygehuspatienter til speciallægepraksis[18]. Aftalen omfatter udlægning af behandlinger på hovedfunktionsniveau, og som udgangspunkt behandlinger, som findes i de praktiserende speciallægers overenskomst.

Governance for de praktiserende speciallæger som sektor
Speciallægepraksis er overordnet underlagt sundhedsloven og Sundhedsstyrelsens specialevejledninger mv., der regulerer behandling i speciallægepraksis. Hertil kommer speciallægeoverenskomsten, der regulerer vilkårene for den aktivitet, der udføres i speciallægepraksis. Speciallægepraksis følger desuden faglige retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og lægevidenskabelige selskaber, og disse retningslinjer afspejles løbende i ydelsesbeskrivelserne for de enkelte specialer i forbindelse med faglige moderniseringer af specialerne.

Praktiserende speciallæger er forpligtet til at følge nationale og regionale aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for speciallægepraksis.[19]

Figur 2: Governance for de praktiserende speciallæger som sektor kan illustreres på følgende måde



3.1.3. Kontrolmekanismer og validering

For at understøtte, at der leveres en relevant og ensartet behandling i speciallægepraksis, herunder at der leveres en bredde i ydelserne, og at serviceniveauet for patienterne ikke varierer meget mellem de enkelte praksis, er der mellem overenskomstens parter et løbende fokus på regulering ved, at der

[17] Aftale om at nedbringe ventetid, Region Syddanmark (2024)
[18] Aftale om udlægning af behandling af sygehuspatienter til speciallægepraksis, FAPS (2024)
[19] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2022)

kontinuerligt udvikles værktøjer i form af ydelsesbeskriver, valideringer af hvilke ydelser der kan afregnes sammen mv., kontrolstatistikker samt mulighed for journalgennemgang.

3.1.4. Praksisplan for speciallægehjælp

Alle regioner har en praksisplan for speciallægehjælp, der sætter rammerne for tilrettelæggelsen af kapacitet, kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Praksisplanen indgår som en del af regionens sundhedsplanlægning, og beskriver regionens samlede opgavevaretagelse og strategier, samt danner grundlag for beslutning om de overenskomstmæssige speciallægepraksisforhold. [20] Fire ud af fem regioner har udarbejdet én samlet praksisplan for alle specialer, mens Region Syddanmark har udarbejdet i alt fem praksisplaner for henholdsvis dermato-venerologi, oftalmologi, otologi, psykiatri og for øvrige speciallæger[21]. FAPS inddrages i arbejdet med praksisplaner gennem muligheden for at afgive bemærkninger til praksisplanen, inden den godkendes i regionsrådet.

3.2. REGIONAL KAPACITETSPLANLÆGNING

Det er i store træk op til den enkelte region at tilrettelægge kapaciteten for de praktiserende speciallæger, så opgavevaretagelsen i speciallægepraksis er tilsvarende til borgernes behov for sundhedstilbud, indenfor rammen af praksisplan for speciallægehjælp. Således er kapacitetsplanlægningen forankret i praksisplanen. Ligeledes fastlægger den enkelte region rammer for samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen og arbejdsdelingen for ambulant behandling på hovedfunktionsniveau mellem speciallægepraksis og sygehus.

Regionerne kan opslå ledige kapaciteter i speciallægepraksis ved at oprette nye kapaciteter, som speciallæger kan ansøge om. Kapaciteterne er bundet til et afgrænset geografisk område, der fremgår af praksisplanen, og kan ikke flyttes uden godkendelse fra regionen. Behandlingen af anmodninger om flytning beror blandt andet på specifikke krav fastsat i overenskomsten. Hvis en speciallæge, der ejer en praksis, ønsker at sælge sin praksis eller delvis overdrage den som led i et generationsskifte, kan speciallægen frit sælge til anden speciallæge inden for samme speciale.[22]

Regionerne har desuden i et vist omfang mulighed for tidsbegrænset kapacitetsforøgelse, bl.a. gennem ydernumre på licens og udvidelse af eksisterende praksis med en tidsbegrænset ekstrakapacitet.[23] Alternative praksisformer beskrives nærmere i afsnit 2.3.1. Derudover har regionerne efter overenskomsten mulighed for i særlige tilfælde at reducere i antallet af speciallægekapaciteter.[24]

Regionernes fremgangsmåde for kapacitetsplanlægning af speciallægehjælp varierer på tværs af regionerne. Som det fremgår af bilag 1 udarbejder regionerne analyser/screeninger af speciallægekapaciteten som redskab til kapacitetsplanlægning, der varierer i både kadence og omfang. Flere regioner udarbejder årlige kapacitetsanalyser, og supplerer eventuelt med øvrige analyser eller screeninger, fx i forbindelse med anmodninger om at flytte kapacitet. Andre regioner udarbejder analyser eller screeninger, når de vurderer der opstår et behov for at analysere speciallægekapaciteten. Nogle regioner udarbejder screeninger på baggrund af relevante henvendelser fra borgere, samt i tilfælde af henvendelser fra FAPS og speciallæger, som ønsker at etablere praksis i regionen. Fælles for størstedelen af regionerne er, at større

[20] Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[21] Information til speciallæger i Region Syddanmark
[22] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2022)
[23] Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[24] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2022)

kapacitetsanalyser er koordineret internt med den regionale sygehusplanlægning, fx når der laves nye forløbsprogrammer.

Inden for kapacitetsplanlægningen arbejder størstedelen af regionerne med en opdeling af specialerne, der er beskrevet i de regionale praksisplaner for speciallægehjælp. Opdelingen indikerer, hvor stor en del af regionens behandlingskapacitet på hovedfunktionsniveau, der foregår i speciallægepraksis. Opdelingen af specialerne er et værktøj i regionernes planlægning, som anvendes til at understøtte en hensigtsmæssig fordeling af kapacitet, herunder tilstræbes der geografisk ligelig fordeling af de store specialer. De store specialer prioriteres ift. opfølgning, udvikling og kvalitetsarbejde. Opdelingen anvendes også til at koordinere samarbejdet mellem praktiserende speciallæger som sektor og sygehusene i den enkelte region. Samlet set opdeler regionerne på store, mellemstore, mindre specialer og støttende specialer. Opdelingen af specialer varierer en smule på tværs af regionerne, og afhænger blandt andet af aktiviteten på sygehusene.

Figur 3: Generel oversigt over opdeling af specialer

	Beskrivelse, karakteristik	Specialer, eksempler
Store praksisspecialer	En stor del af regionens behandlingskapacitet på hovedfunktionsniveau foregår i speciallægepraksis Der tilstræbes ligelig geografisk fordeling af kapaciteter Væsentlige i nært og sammenhængende sundhedsvæsen	Otologi, oftalmologi, dermatovenerologi, psykiatri
Mellemstore praksisspecialer	Væsentlige og godt supplement til behandling til sygehusenes behandling	Gynækologi og obstetrik, reumatologi, neurologi
Mindre og supplerende praksisspecialer	Der er et stort sammenfald mellem behandling som foregår i speciallægepraksis og på sygehusene Behandling i speciallægepraksis supplerer behandlingen på sygehusene Der er ofte få kapaciteter i hvert speciale	Anæstesiologi, børne- og ungdomspsykiatri, intern medicin (kardiologi, gastroenterologi, lungemedicin og endokrinologi), kirurgi og urologi, ortopædisk kirurgi

Kilde: Regionernes gældende praksisplaner pr. september 2025

I et bilag til Sundhedsstrukturkommissionens rapport foreslås en lignende opdeling af specialer efter *praksisrelevans*, der beskriver, i hvilket omfang specialerne er egnet til at blive drevet i praksis, det vil sige i hvilket omfang specialerne kan varetage ambulant behandling på hovedfunktionsniveau.[25]

Regionerne oplever forskellige udfordringer og muligheder ved arbejdet med speciallægepraksis på tværs af regionerne, herunder geografisk afstand, ventetid, rekrutteringsudfordringer og økonomi mfl. Samtidig arbejder regionerne på forskellig vis med at skabe nærhed for borgerne, bl.a. med fx hjemmebehandling i forbindelse med sygehusophold eller ved prioritering af regionale funktioner i sundhedshuse. Det afspejler sig i forskellige tilgange til, hvordan regionerne planlægger speciallægekapacitet i organiseringen i det samlede regionale sundhedstilbud.

3.2.1. Planlægningsparametre i kapacitetsanalyser

Der indgår flere forskellige parametre i de regionale kapacitetsanalyser (Bilag 1). Eftersom hver region udarbejder egne kapacitetsanalyser, varierer planlægningsparametrene i et vist omfang på tværs af regionerne for at tage højde for lokale forhold, fx organiseringen af regionens sygehuse. Samlet set planlægger de fleste regioner efter følgende planlægningsparametre*: Antal kapaciteter, geografisk lighed (borgere pr. kapacitet), geografisk afstand/tilgængelighed, ventetider, patientgrundlag, demografisk udvikling* og *ambulant aktivitet på sygehusene*, Enkelte regioner anvender *rekrutteringsudfordringer, antal borgere der modtager ydelser* og *borgeres brug af ydelser i andre regioner som parametre*.

3.2.2. Tværregionalt samarbejde om praktiserende speciallægehjælp

I dele af landet er der patientgrupper, der har kontakt til praktiserende speciallæger i en anden region end deres bopælsregion. Regionerne udveksler i et vist omfang erfaringer og koordinerer organisering og aftaler på tværs af landet, også i forbindelse med faglige moderniseringer af specialerne. Der er ikke etableret et formaliseret samarbejde i forbindelse med selve kapacitetsplanlægningen for speciallægehjælp på tværs af regionerne.

3.2.3. Opgavevaretagelse

En fuldtidspraktiserende speciallæge er forpligtet til at levere en mængde og en bredde i antallet af ydelser i praksisregi, der sikrer optimal speciallægebetjening, og forhindrer uhensigtsmæssig subspecialisering.[26] For at dække borgernes behov for sundhedsydelser i speciallægepraksis kan der være behov, at de praktiserende speciallæger varetager en bred pallet af opgaver. Samtidig kan det udfordre prioritering og en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i sundhedsvæsenet, hvis opgavevaretagelsen hos de praktiserende speciallæger ikke er tilsvarende borgernes behov.

Overenskomsterne for de enkelte specialer (moderniseringerne) beskriver med udgangspunkt i sundhedsstyrelsens specialevejledninger, hvilke patienter, der skal ses i speciallægepraksis. De opgaver på hovedfunktionsniveau, der varetages i speciallægepraksis kan dog være præget af den konkrete læges interesseområder og vurderinger samt af lokale traditioner for arbejdsdeling i praksis.[27] Dette kan påvirke regionernes mulighed for at forvente en specifik aktivitet hos en praktiserende speciallæge.

Regionerne har i deres kapacitetsplanlægning behov for sikkerhed i forhold til, hvilke opgaver der varetages i sektoren for at understøtte, at behandlingskapaciteten i et givent område svarer til borgernes behov

[25] Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen, Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen (2024)
[26] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[27] Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen, Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen (2024)

for sundhedsydelser. Begrænset kendskab til den reelle behandlingskapacitet i speciallægepraksis kan udfordre den samlede planlægning af opgavevaretagelsen på tværs af speciallægepraksis, almenmedicinske tilbud og sygehuse.

Regionerne har dog adgang til ICD-10 diagnosekoder for speciallægepraksis, hvilket understøtter muligheden for at forholde sig til, hvilke grupper af patienter, der kan behandles i speciallægepraksis. Regionerne har adgang til diagnoser fra den enkelte speciallægeklinik, men ikke patienthenførbart. Derudover arbejder de fleste regioner i varierende omfang med fx regionale visitationsretningslinjer og/eller forløbsprogrammer for at udvikle opgavevaretagelsen i speciallægepraksis. Dette arbejde koordineres typisk i samarbejde med den regionale sygehusplanlægning.

Den regionale kapacitetsplanlægning kan ligeledes udfordres af subspecialisering i områder, hvor der kun er få læger inden for samme lægelige speciale. Eksempelvis kan en speciallæge i gynækologi og obstetrik sælge sin praksis til en anden speciallæge inden for samme speciale, der har videreuddannet sig til fertilitetslæge. Kapaciteten vil fortsat indgå i planlægningen for gynækologi og obstetrik, men vil ikke nødvendigvis varetage en bredde af almene gynækologiske opgaver. I forbindelse med den seneste modernisering for gynækologi og obstetrik er det dog aftalt, at parterne vil undersøge problemstillingen, hvis balancen mellem almen gynækologi og fertilitet bliver for skæv.

Efter overenskomsten har regionen mulighed for at indgå en § 66-aftale med praktiserende speciallæger om at friholde op til 20 procent af kapaciteten i speciallægepraksis til udførelse af bestemte opgaver, som regionen definerer. Aftalen understøtter muligheden for planlægning af speciallægehjælp efter borgernes behov for sundhedsydelser. Der er blandt lavet § 66 aftaler indenfor psykiatrispecialet med aftaler om *hurtig psykiatrisk vurdering til patienter med nyopstået eller forværret angst og depression*, der har vist sige at frigøre psykiatrisk kapacitet og forbedre diagnosticering og henvisning. I praksis kan en udfordring for at indgå § 66-aftalerne dog være, at begrænset kendskab til opgavevaretagelsen i speciallægepraksis kan gøre det svært at prioritere, hvilke opgaver praksis *ikke* skal varetage for at kunne friholde 20 procent af kapaciteten.[28][29]

3.2.4. Potentiale for opgaveflyt

Eftersom praktiserende speciallæger ofte kan substituere sygehusbehandling på hovedfunktionsniveau, er der potentiale for, at speciallægepraksis i større udstrækning kan aflaste sygehusene og understøtte speciallægetilbud tæt på borgerne. [30] [31] Hertil kan speciallægepraksis effektivt varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper. Det kan fx være opfølgning og kontrol af patienter med kroniske lidelser, ikke-akutte børnesygdomme, angst og depression og udredning af medicinske og kirurgiske mavetarmsygdomme.[32] Potentialet for opgaveflyt til praktiserende speciallæger afhænger af, hvad borgerne har behov for i et givent område, og skal således vurderes ud fra et bredere folkesundhedsperspektiv, der blandt andet tager højde for social ulighed i sundhed.

I Sundhedsstyrelsens kommende specialebeskrivelser vil der for hvert speciale, hvor der på nuværende tidspunkt varetages opgaver hos praktiserende speciallæger, være en beskrivelse af de dele af patientforløb, der potentielt kan varetages af denne sektor.

[28] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[29] Hurtig psykiatrisk udredning Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune, VIVE (2020)
[30] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[31] Diskussionsoplæg – Klog omstilling fra sygehus til speciallægepraksis, Lægeforeningen (2025)
[32] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)

Det bemærkes dog, at der er forskellige muligheder og rettigheder tilknyttet behandling, alt efter om borgerne behandles på sygehus eller af en praktiserende speciallæge. Blandt andet kan medicinudgifter variere for nogle behandlinger/sygdomme, sygehuse har forpligtelse til at udarbejde genoptræningsplaner, hvilket ikke tilfældet for praktiserende speciallæger, og ved transport til sygehus (befordring) er det regionen der afholder udgifter, mens kommunen afholder udgifter ved transport til praktiserende speciallæge.

3.2.5. Beredskab

Praktiserende speciallæger indgår som sektor ikke i nationale eller lokale beredskabsplaner. I tilfælde af beredskabshændelser kan praktiserende speciallæger dog understøtte og kvalificere behandling af patienter, der modtages i de almenmedicinske tilbud, jf. deres støttefunktion til almenmedicinske tilbud.

3.2.6. Privat aktivitet udenfor ydernummersystemet

Praktiserende speciallæger med ydernummer yder offentlig behandling. Det vil sige, at det er vederlagsfrit for patienten, idet behandlingen ydes over sygesikringen. En praktiserende speciallæge, der driver praksis under sit ydernummer, og dermed inden for overenskomsten, er ikke privatpraktiserende men praktiserende under det offentlige. Således er det regionen, der honorerer speciallægen. De praktiserende speciallæger kan dog godt tilbyde privat aktivitet uden om deres ydernummer, og dermed udover overenskomsten med det offentlige. Denne aktivitet er uden for regionernes anliggende, og derfor ikke noget, som regionerne har indsigt i eller overblik over.

Praktiserende speciallæger der arbejder indenfor overenskomsten kan som udgangspunktet godt behandle patienter udenom den offentlige sygesikring i deres praksis, så længe de lever op til de etiske retningslinjer. Det kan fx være ved beskæftigelse på privathospital. Når behandlingen leveres inden for overenskomsten er honoraret fastlagt, men når behandlingen leveres udenom overenskomsten, kan honoraret i princippet aftales frit mellem læge og patient.[33] Ved behandling hos praktiserende speciallæger, der arbejder uden for overenskomsten, skal patienten selv dække udgiften.

Foreningen af Speciallæger (FAS) har foretaget en optælling blandt foreningens medlemmer, der viser et stigende antal speciallæger, som har hovedbeskæftigelse i speciallægepraksis uden ydernummer. I 2023 havde 535 af FAS' medlemmer hovedbeskæftigelse i speciallægepraksis uden ydernummer. hvilket er en stigning fra tidligere opgørelser. Stigningen kan bl.a. skyldes afvikling af lange ventelister set i lyset af manglen på speciallæger i det offentlige sundhedsvæsen.[34] Fra 2027 afskaffes sygesikringsgruppe 2, hvilket kan påvirke antallet af patienter, der modtager behandling i det private. Det kan give mulighed for rekruttering af praktiserende speciallæger fra det private til det offentlige sundhedsvæsen, særligt indenfor psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.[35] I denne vidensafdækning har det ikke været muligt at identificere omfanget af den private aktivitet udenfor ydernummersystemet.

Ifølge Lægeforeningen havde næsten hver anden dansker adgang til et eller flere sundhedstilbud i privat regi (herunder speciallægepraksis uden ydernummer) gennem en sundhedsforsikring i 2022, hvoraf langt størstedelen blev betalt af arbejdsgiver. Sundhedsforsikringer kan give adgang til hurtigere udredning og behandling sammenlignet med det offentlige, men det kan også føre til ulighed i adgang til sundhedsydelser.[36] Af de etiske retningslinjer fremgår dog, at speciallæger ikke uopfordret må tilbyde en patient at

[33] Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[34] Ugeskrift for læger, 2023: https://ugeskriftet.dk/nyhed/et-stigende-antal-speciallaeger-har-hovedbeskaeftigelse-i-det-private
[35] Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025)
[36] Lægeforeningensanalyser 2024. Privathospitaler og sundhedsforsikringer. Tilgængelig via: https://laeger.dk/media/ebsn2tha/redegoerelse-om-privathospitaler-og-sundhedsforsikringer-marts2024.pdf

komme hurtigere til mod privat betaling, ligesom at aktiviteten udenfor overenskomstens rammer ikke må påvirke aktiviteten indenfor overenskomsten.[37]

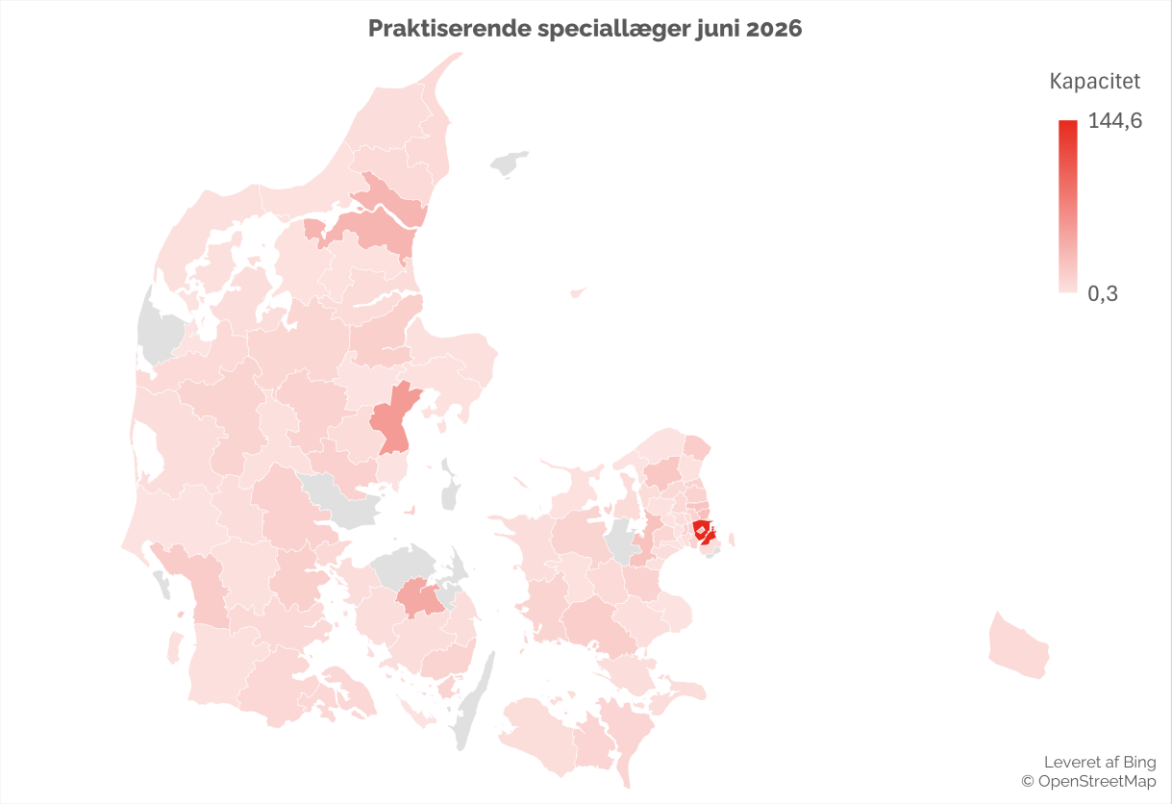
3.2.7. Geografisk fordeling

I dag er der områder i landet, hvor borgere oplever det som svært at finde eller få tid hos en praktiserende speciallæge, og hvor der er lange ventetider[38]. Det skyldes, at der er en historisk betinget ulige fordeling og adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet, fx er antallet af kapaciteter markant højere i Region Hovedstaden, både i samlet antal og proportionelt i forhold til indbyggere i regionerne. Ventetider er desuden drevet af fx den demografiske udvikling og forekomsten af sygdom i et givent område. Den ulige fordeling af praktiserende speciallæger er i høj grad historisk betinget, og afspejler blandt andet disponering af medicinske og økonomiske ressourcer, herunder hensynet til at sikre et tilstrækkeligt patientgrundlag for bæredygtige sygehuse, samt regionernes muligheder for rekruttering af praktiserende speciallæger.

Der var pr. 1. juni 2026 en kapacitet i speciallægepraksis på ca. 933 kapaciteter (Figur 4). [39] I speciallægepraksis er langt de fleste speciallægekapaciteter i fuldtids-enkeltmandspraksis, hvor lægens primære beskæftigelse er i klinikken. Kapaciteten er højest i Region Hovedstaden både samlet og set i forhold til indbyggertal med 408 kapaciteter i 2025 (Tabel 1)[40]. Den ulige fordeling af kapaciteter er i høj grad historisk betinget, idet placering af speciallægepraksis oprindeligt blev besluttet i de daværende sygekasser. Efterfølgende overtog først amterne og efterfølgende regionerne ansvaret for praksisplanlægningen. Den ulige fordeling afspejler blandt andet disponering af medicinske og økonomiske ressourcer samt organisering af sygehusene.[41, 42] Derudover afspejler fordelingen de enkelte regioners forskellige rekrutterings- og befolkningsmæssige forhold, fordi antallet af speciallæger i regionen har betydning for de enkelte regioners beslutning om at udvide kapaciteten gennem oprettelsen af nye kapaciteter.[43]

[37] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[38] Aftale om sundhedsreform 2024, Indenrigs og Sundhedsministeriet (2024)
[39] Pr. 1. juni 2026 var der 893 fuldtidskapaciteter og 120 deltidskapaciteter i sektoren. Deltidskapaciteter dækker normalvis over 1/3 af en fuldtidskapacitet. De ca. 933 lægekapaciteter dækker derfor over en beregning, hvor deltidskapaciteterne omregnes til fuldtidskapaciteter 893+(120/3) =933.
[40] Andre ydere i praksis, eSundhed. Datasæt over Speciallæger, 1. januar 2025
[41] Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[42] Lægedækning i hele Danmark, Lægedækningsudvalget (2018)
[43] En fælles retning - En fælles vision for speciallægepraksis, Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner (2021)

Figur 4. Geografisk variation af antal praktiserende speciallæger pr. kommune



Kilde: Foreningen af Praktiserende Speciallæger, juni 2026.

Tabel 1: Fordeling af kapacitet på tværs af regioner samt proportionelt med borgere

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Total
Antal borgere[44]	1.936.735	855.993	1.241.223	1.376.096	592.373	6.002.420
Kapaciteter[45]	408	126	167	152	72	925
Borgere pr. kapacitet	4.747	6.794	7.432	9.053	8.227	7.250 (gennemsnit)

Kilde: eSundhed og Danmarks Statistik

[44] Danmarks Statistik, Antal indbyggere fordelt på region pr. 1. juli 2025. Befolkningstal - Danmarks Statistik
[45] Andre ydere i praksis, eSundhed. Datasæt over Speciallæger, 1. januar 2025

3.2.8. Rekruttering

Regionernes muligheder for rekruttering af praktiserende speciallæger varierer på tværs af landet, og afspejler generelle udfordringer med rekruttering af speciallæger. Regioner med større geografisk afstand kan have udfordringer med at rekruttere praktiserende speciallæger inden for nogle specialer, herunder psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri. Udfordringer med rekruttering af speciallæger kan skyldes geografisk afstand, mangel på egnede lokaler og generel mangel på speciallæger. Derfor har flere regioner særligt fokus på psykiatrispecialerne og arbejder med lokale rekrutteringstiltag. Fx har Region Midtjylland udarbejdet et idékatalog med forslag til tiltag for at rekruttere psykiatere og børne- og ungdomspsykiatere, og i Region Nordjylland er der indgået aftale om tilladelse til ansættelse af assisterende speciallæge samt opslået mulighed for etablering af fuldtidspraksis med fri geografisk placering.

Udfordringerne med at rekruttere speciallæger har betydning for den regionale kapacitetsplanlægning, især i form af bekymring for at rekruttere speciallæger fra sygehusene, og dermed flytte kapacitet og viden væk fra sygehusene frem for at øge den samlede behandlingskapacitet inden for det givne lægelige speciale. Regionerne har dog efter overenskomsten forskellige muligheder for udvikling af speciallægepraksis med henblik på at øge kapaciteten i speciallægepraksis.

3.3. LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE

Speciallægeuddannelsen gennemføres i kliniske enheder, dvs. organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling. Dette kan fx være på sygehus eller i en speciallægepraksis. Målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner for de enkelte uddannelsesforløb bruges som ramme til at beskrive, hvad der skal læres hvor og hvornår, samt hvilke læringsmetoder der bør anvendes, og hvordan kompetencevurdering af uddannelseslægen skal foregå.

Målbeskrivelserne beskriver de kompetencer, der skal opnås i løbet af speciallægeuddannelsen, og danner grundlag for udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og sammensætning af uddannelsesforløbene. Uddannelsesprogrammerne beskriver de kompetencemål, der skal opnås i de enkelte dele af et uddannelsesforløb, og udarbejdes og godkendes i de tre videreuddannelsesregioner ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning. Det er således de tre videreuddannelsesregioner, der konkretiserer målbeskrivelsen og er med til at fastlægge, hvad der skal læres hvor og hvornår. [46]

I specialerne oftalmologi, otologi og dermato-venerologi inddrages praktiserende speciallæger som sektor i dag i uddannelsen, således at fremtidige speciallæger inden for områderne kan udøve de tre specialers funktioner på basisniveau.[47] I praksis betyder det, at et seks måneders ophold hos en praktiserende speciallæge er en fast integreret del af hoveduddannelsen i oftalmologi, otologi og dermato-venerologi, mens det også er en mulighed inden for reumatologi i Videreuddannelsesregion Øst.

Uddannelsesophold hos praktiserende speciallæger som sektor er med til at give et bredt kendskab til og forståelse af almindelige diagnoser og undersøgelser, hvor borgerne ikke kommer på sygehusene, samt medvirker til at sikre en gensidig forståelse mellem sektorer. Et ophold kan også have en rekrutterende effekt til eksempelvis et speciale som psykiatri, hvor uddannelseslægerne derigennem får erfaring med forskellige muligheder for et arbejdsliv som psykiater.

[46] Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsen (2024)

[47] I bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger (BEK nr. 96 af 02/02/2018) er indsat som krav at speciallægepraksis indgår for de tre specialer: oftalmologi, otologi og dermato-venerologi jf. bilag 1 og i øvrigt fremgår af bekendtgørelsen, at for de specialer hvor en væsentlig del af patientvaretagelsen sker i speciallægepraksis, skal ansættelse i speciallægepraksis indgå i hoveduddannelsen

Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens anbefalinger til den lægelige videreuddannelse, skal læringspotentiale og uddannelseskapacitet være bestemmende for, hvilke uddannelsessteder, der indgår i videreuddannelsen. Videreuddannelsen kan dog i flere specialer drage nytte af mulighederne i speciallægepraksis. Det kan fx være gynækologi og psykiatri. Her kan fx praktiserende speciallæger som sektor indgå med en delansættelse (som fx øjenlæger i dag) eller et fokuseret ophold (som fx anæstesiologi).

I nogle specialer kan det være relevant, at alle uddannelseslæger har uddannelsesophold i en speciallægepraksis, mens det i andre specialer kan være en del af uddannelsesforløbene, der har et ophold i en speciallægepraksis. Som det er nu, vil der være en væsentlig geografisk variation i, hvad der er muligt. Det vil også fremadrettet være vigtigt, at der i uddannelserne er plads til lokale tilpasninger til forholdene. Således at målbeskrivelsens kompetencer kan opnås på forskellige måder, afhængigt af geografisk område. I det omfang praktiserende speciallæger som sektor skal bidrage mere systematisk til videreuddannelsen af speciallæger, skal det ske med klare krav og standarder for uddannelsesforløb og/eller ophold, for at tilgodese uddannelseskvalitet og patientsikkerhed. Erfaringer med dette findes for specialet almen medicin. [48]

Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde og implementere nye målbeskrivelser for speciallægeuddannelserne, som skal styrke fælles kompetencer og fremtidssikre uddannelsen.

3.4. UDVIKLINGSMULIGHEDER

3.4.1. Alternative praksisformer

I dag har regionerne mulighed for at etablere alternative praksisformer for på kort sigt at skabe ekstra kapacitet. Her kan satellitpraksis udgøre en mulighed for at øge og/eller omplacere dele af den eksisterende kapacitet til andre områder, og som mulighed for at øge kapaciteten i områder, hvor der ikke er patientgrundlag til en fuldtidskapacitet. [49] Satellitpraksis indebærer, at en praktiserende speciallæge et antal dage om ugen flytter sin klinik til en sekundær placering, som fx et sundhedshus eller på anden vis som en del af eller tæt på andre lokale sundhedstilbud. Her kan speciallægen arbejde en eller flere dage om ugen/måneden, og eventuelt få tilladelse til at ansætte en assisterende speciallæge i sin hovedpraksis, når speciallægen er fraværende på grund af arbejde i en satellitpraksis. Etablering af satellitpraksis forudsætter en aftale mellem regionen og FAPS' regionsbestyrelse, samt den praktiserende speciallæge, der skal etablere satellitpraksis. En aftale om behandling i en satellitpraksis kan indebære, at speciallægen enten skal levere alle ydelser under overenskomstens ydelseskatalog eller levere et begrænset antal ydelser. [50]

Flere regioner arbejder med satellitpraksis, hvor kapaciteten opslås af regionen med henblik på, at de praktiserende speciallæger ansøger om at etablere satellit. I Region Sjælland arbejder de for at udbrede satellitpraksis ved at supplere opslag af nye kapaciteter med ønske om, at lægen også opretter en satellitfunktion. Aktuelt er der etableret satellitpraksis i Region Syddanmark og Region Sjælland og indgået aftale om etablering af satellitpraksis i Region Nordjylland.

Der kan dog være praktiske udfordringer for regionernes etablering af satellitpraksis, blandt andet relateret til lovgivning og økonomi, i den nuværende model for satellitpraksis. For udstyrstunge specialer er det fx en stor økonomisk udgift at sikre rette lokaler og udstyr til en satellit, sammenlignet med alternativet, som er at udvide praksis med en ekstra kapacitet. Derudover er der i enkelte regioner oplevet udfordringer ved, at der er krav om, at det er ejerlægen selv, der skal drive satellitklinikken, og at den ansatte læge skal være i hovedklinikken. Regionerne har mulighed for at understøtte en satellitpraksis med lokaler og udstyr, mod at speciallægen skal betale et omkostningsbidrag for det. Hvis regionen stiller lokaler og

[48] Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsen (2024)
[49] Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)
[50] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)

udstyr til rådighed, giver det mulighed for, at de samme lokaler kan bruges af forskellige praktiserende speciallæger på forskellige dage, og at der derfor kan etableres flere satellitpraksis i samme lokaler.

Generelt kan muligheden for satellitpraksis være en attraktiv vej for de praktiserende speciallæger til at øge kapaciteten i speciallægepraksis. Eftersom der endnu ikke er mange erfaringer med satellitpraksis, kan der være behov for at beskrive den administrative praksis for etablering af satellit praksis nærmere.

En anden mulighed for en alternativ praksisform er licensklinik, hvor regionen kan udstede et ydernummer på licens i en periode på maksimalt 10 år uden mulighed for videresalg. Derudover kan regionen give tilladelse til, at en praktiserende speciallæge, som allerede har et ydernummer, tildeles en tidsbegrænset ekstrakapacitet for maksimalt 10 år, hvis praksis har den ønskede geografiske placering.

Ved licensklinik kan en region og evt. kommune stille en klinik til rådighed for speciallægen, der betaler et nærmere aftalt administrationsbidrag efter de konkrete omstændigheder til regionen. Klinikken drives af regionen/kommunen, mens speciallægen kan leje sig ind. At leje sig ind i en licensklinik kan være en fordel for speciallægen, fordi det giver mulighed for at afprøve at være praktiserende i en klinik, uden at skulle investere i ejendom og klinikinventar. Det kan derved være mindre forpligtende. Det kan potentielt være en ulempe, hvis speciallægen vælger at opsige kontrakten efter en kortere periode, både i forhold til patientforløbene og i forhold til regionens omkostninger. Ligeledes kan det for nogle speciallæger opleves som en ulempe at skulle leje sig ind midlertidigt.

Regioner og kommuner har også mulighed for at tilbyde speciallægerne at nedsætte sig i et sundhedshus. Når speciallæger nedsætter sig i sundhedshuse, kan det være med til at flytte behandlingstilbuddene tættere på borgerne og styrke sammenhængen i behandlingsforløbene for borgerne. Samtidig kan det understøtte samarbejder med øvrige kommunale og regionale sundhedsydelser, som er placeret i sundhedshusene samt herunder give regionerne mulighed for at inddrage de praktiserende speciallæger i varetagelsen af konkrete behandlingsopgaver.[51] Der er dog forskellig praksis på tværs af regionerne for sundhedshuse, herunder praktiserende speciallægers rolle og opgavevaretagelse i regionale sundhedshuse.

3.4.2. Online speciallægepraksis

Flere regioner har erfaring med online speciallægepraksis til at understøtte den ambulante behandlingspsykiatri på sygehuse, hvor der tilbydes videokonsultationer fra en fysisk forankret praksis. Denne mulighed kan i nogle områder være med til at øge kapaciteten indenfor udvalgte lægelige specialer i speciallægepraksis, og det kan understøtte let og lige adgang til speciallægepraksis.

Af andre digitale værktøjer i speciallægepraksis kan nævnes apps til fx hudkræftsdiagnostik, der ligeledes kan understøtte bedre anvendelse af kapaciteten i speciallægepraksis.[52]

3.4.3. Klinikpersonale

Praktiserende speciallæger har mulighed for at ansætte klinikpersonale, og dermed øge speciallægernes kapacitet til at varetage kerneydelser i praksis. Klinikpersonalet varetager opgaver på delegation, hvilket indebærer, at de selvstændigt kan udføre visse undersøgelser og behandlinger, uden at opgaverne umiddelbart skal forudgås eller efterfølges af en direkte lægelig kontakt mellem lægen og patienten.[53]

[51] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[52] En fælles retning - En fælles vision for speciallægepraksis, Foreningen af praktiserende speciallæger og Danske Regioner (2021)
[53] Foreningen af Praktiserende speciallæger (2025), https://laeger.dk/foreninger/faps/praksis-faps/ansatte-i-speciallaegepraksis/delegation-anvendelse-af-klinikpersonale-i-speciallaegepraksis-efter-speciallaegeoverenskomsten

Det er beskrevet i overenskomsten for de enkelte specialer (moderniseringer), hvilke opgaver der kan varetages af klinikpersonale. Der er med moderniseringen i specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri skabt øgede mulighed for at benytte klinikpersonale. Det giver mulighed for, at den enkelte praktiserende speciallæge kan øge behandlingsvolumen i sin speciallægepraksis, så der kan behandles flere patienter.

Anvendelsen af klinikpersonale varierer mellem de forskellige specialer, hvor det fx er udbredt i højere grad blandt øjenlægepraksis sammenlignet med praktiserende speciallæger i psykiatri. Det har ikke været muligt at identificere undersøgelser af anvendelsen af klinikpersonale i speciallægepraksis i forbindelse med vidensafdækningen.

3.5. FAGLIG RAMME FOR KVALITET I SEKTOREN

Kvalitetsarbejdet for praktiserende speciallæger som sektor kan deles op i to spor, dels en faglig ramme for kvalitet ved modernisering af specialerne, og dels kvalitetsarbejde i praksis og klynger.

Arbejdet med modernisering af specialerne er aftalt i Overenskomst for speciallægehjælp. I den forbindelse har Regionernes Lønnings og Takstnævn og Foreningen af Speciallæger nedsat et moderniseringsudvalg, som løbende understøtter faglig udvikling og kvalitetssikring, og holder specialerne opdaterede i henhold til gældende faglige regler og retningslinjer. De faglige områder inden for speciallægehjælp bliver løbende analyseret og fagligt moderniseret, så specialerne holdes ajour i forhold til gældende regler, behandlingsbehov samt den faglige- og teknologiske udvikling i specialerne. Moderniseringen indebærer en gennemgang af ydelsesbeskrivelserne for at understøtte, at de afspejler den faglige udvikling på sundhedsområdet, samt ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Moderniseringerne sker løbende for alle specialerne.

Den faglige proces skaber et fælles udgangspunkt forud for forhandlinger, og forventes at forankre moderniseringerne bedre i sektoren, da repræsentanter for sektoren har bidraget til moderniseringerne. Efter moderniseringsrapporten er godkendt, skal parterne forhandle om økonomien for moderniseringen, herunder honorar og udformningen af ydelser i specialet som følge af moderniseringen. [54]

3.6. KVALITETSARBEJDE I PRAKSIS OG KLYNGER

Øvrigt arbejde med kvalitet hos praktiserende speciallæger som sektor er organiseret nationalt i Enheden for Kvalitets i Speciallægepraksis (eKVIS), som blev etableret i 2011. eKVIS og arbejdet med kvalitet er aftalt i overenskomsten, og parterne (Danske Regioner, Regionerne og FAPS) er repræsenteret i styregruppen, hvor enhedens arbejde fastlægges og følges løbende. eKVIS koordinerer, udvikler og understøtter implementering af kvalitetsinitiativer, der er relevante i speciallægepraksis.

I perioden 2011-2022 var de praktiserende speciallæger omfattet af en national akkrediteringsmodel, kendt som Den Danske Kvalitetsmodel. Modellen indebar, at sygehusene og alle praksisområder blev kvalitetssikret- og udviklet gennem en løbende akkrediteringsproces. Sikring af den organisatoriske kvalitet var hovedelementet i Den Danske Kvalitetsmodel, og alle praksis blev akkrediteret 2 gange. Den Danske Kvalitetsmodel blev udfaset i 2021-22.

Som en del af overenskomsten fra 2022, blev der aftalt en ny kvalitetsmodel for speciallægepraksis. Et hovedelement i modellen er etablering af kvalitetsklynger, som omfatter alle praktiserende speciallæger.

[54] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)

Hovedelementerne i kvalitetsmodellen er:

- Kvalitetsklynger for alle praktiserende speciallæger
- Datadrevet kvalitetsarbejde og rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser
- Fortsat arbejde med patientrapporterede oplysninger (PRO-data) eller andre former for patient inddragelse i alle specialer
- Fortsat arbejde med elementer af organisatorisk kvalitet på baggrund af erfaringerne fra akkrediteringen

I Siden 2022 har alle praktiserende speciallæger med ydernummer været med i en klynge, og der er klynger inden for i alt 17 specialer (heraf 3 internmedicinske). Der findes 77 kvalitetsklynger, og de er etableret inden for de enkelte specialer. I klyngerne arbejdes med systematisk faglig sparring ud fra data. Dette foregår ved deling af egen praksis/rutiner med tætte kolleger og fokus på udviklingsperspektiv. Desuden har kvalitetsklyngerne en rolle som dialogpartner for almen praksis, sygehuse og regioner samt andre relevante aktører inden for sundhedsvæsenet.

Klyngerne arbejder med de temaer, de finder relevante inden for kvalitetsområdet. eKVIS understøtter med klyngepakker, hvor der er fokus på et specifikt tema, og hvor materialet både understøtter klyngens arbejde i forhold til data og relevante reflektionsspørgsmål og de eventuelle udviklingsbehov, der er i den enkelte klinik. Klyngearbejdet understøtter således både udvikling på praksisniveau og klyngeniveau.[55]

En stor del af kvalitetsarbejdet er at sikre relevante data på praksisniveau, og derfor leverer eKVIS blandt andet datarapporter via IT-programmet *Sentinel*, der er installeret i lægepraksissystemet. Disse kvalitetsrapporter til den enkelte speciallæge indeholder data om egen kvalitet samt benchmark data på klyngeniveau, regionsniveau og på landsplan.

3.6.1. Undersøgelser af kvalitet

Eftersom kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis foregår på praksis- og klyngeniveau, arbejder regionerne ikke systematisk med kvalitetsudvikling af sektoren. Regionerne kan ved økonomikontrol udføre stikprøvekontroller af aktiviteten i speciallægepraksis med opfølgende dialog mellem regionen og praksis, men dialogen centrerer sig i vid udstrækning om ydelser og afregning, og i mindre udstrækning med fokus på kvalitetsudvikling.

I regi af eKVIS har FAPS og Danske Regioner foretaget spørgeskemaundersøgelser af den patientoplevede kvalitet i speciallægepraksis i 2013 og 2017. Undersøgelserne viste generelt høj tilfredshed med den kvalitet, som de praktiserende speciallæger leverede. Fx angav 98 ud af 100 patienter, der har deltaget i undersøgelsen i 2017, at de vil anbefale den speciallægeklinik, som de har anvendt56. Siden 2018 har speciallægepraksis arbejdet med patientoplevet kvalitet via PRO spørgeskemaer, som har et tættere fokus på patienternes helbredstilstand, livskvalitet og funktionsniveau.

Udover patienttilfredshedsundersøgelserne har det ikke været muligt at identificere undersøgelser eller analyser af kvaliteten af behandlingen i speciallægepraksis i forbindelse med denne videnskortlægning.

3.6.2. Forskning og kompetenceudvikling

De praktiserende speciallæger har mulighed for at indgå i forskning, men er ikke forpligtet hertil, og det honoreres ikke ved en fastsat ydelse. Dette kan udgøre en barriere for systematisk kvalitetsudvikling af

[55] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[56] Undersøgelse af patientoplevet kvalitet i special lægepraksis 2017, eKVIS (Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis) og Rambøll Management Consulting (2017)

behandlingstilbuddet.[57] Der er dog i overenskomsten gennem Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis afsat midler til at støtte forskningsprojekter, der er relevante for speciallægepraksis.

De praktiserende speciallæger skal kontinuerligt deltage i efteruddannelse for at fastholde sine kompetencer på et højt fagligt niveau. Dette understøttes med op til 8 betalte efteruddannelsesdage om året.

De praktiserende speciallæger er gennem overenskomsten forpligtede til at holde sig fagligt ajour og løbende udvikle relevante kompetencer gennem efteruddannelse, for såvel læger som andre faggrupper i speciallægepraksis. Ligesom overenskomsten beskriver vigtigheden af, at forskningsresultater bringes ud til og fornyer praksis gennem kompetence- og kvalitetsudvikling.[58]

3.6.3. Data til systematisk kvalitetsudvikling

De praktiserende speciallæger rapporterer til de kliniske kvalitetsdatabaser, der er relevante for speciallægepraksis. I de kliniske kvalitetsdatabaser måles kvaliteten af indsatsen for en patientgruppe. Alle databaser offentliggør årligt rapporter over kvalitetsmæssige udsving, samt hvordan databasen har bidraget til forbedringer af kvaliteten59. Data fra kliniske databaser rapporteres tilbage til den enkelte speciallæge via kvalitetsrapporter i Sentinel sammen med relevante benchmark data.

Kliniske kvalitetsdatabaser har traditionelt kun omfattet sygehusdata, men de praktiserende speciallægers data indgår nu i en række kliniske kvalitetsdatabaser under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, og antallet af databaser udvides løbende. Dette sker i takt med at den enkelte database er klar til at modtage data fra speciallægepraksis, eller at der etableres helt nye databaser. En udfordring for kvalitetsarbejdet er, at det på nuværende tidspunkt stort set ikke er muligt for de praktiserende speciallæger at trække data for behandling på tværs af patientforløb mellem sektorer, med få undtagelser for fx rygdatabaser. Det udfordrer kvalitetsarbejdet på både praksis- og klyngeniveau, da indsigt i patientforløb på tværs af fx speciallægepraksis og sygehus kan bidrage til læring og kvalitetsudvikling.

Sundhedsdatastyrelsen har i 2025 nedsat en arbejdsgruppe for udstilling af nye data fra speciallægepraksis. Arbejdsgruppen er nedsat under programmet Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen, og har til formål at understøtte leverancen med udstilling af nye data fra speciallægepraksis fx diagnosedata, der kan kobles med data fra Landspatientregisteret. Arbejdsgruppen skal ligeledes drøfte fremadrettede databehov og udstillingsmuligheder for praktiserende speciallæger. På nuværende tidspunkt modtager Sundhedsdatastyrelsen ikke data fra speciallægepraksis om, hvilke procedurer, der gives til patienterne.

3.7. TILGÆNGELIGHED

Der er en overenskomstmæssig forpligtelse til, at det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med speciallægepraksis, og at der løbende skal ske udvikling af kommunikationsformer og tilbud. Tilgængelighed dækker som kvalitetsparameter bredt over blandt andet åbningstider, ventetider, henvisningsvej, telefonisk- og digital tilgængelighed samt fysisk tilgængelighed. For øjenlæger og øre-, næse- og halslæger er der desuden en forpligtelse til at varetage behandling af patienter med et akut behandlingsbehov.

[57] Ledelse i sundhedsvæsenet på hospitaler, i kommuner og i praksis. 1. e-Bogsudgave. Gyldendal Business, Bendix, Henrik W., Digmann, Annemette, Per Jørgensen, og Kjeld Møller Pedersen (2017)
[58] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[59] Kliniske kvalitetsdatabaser - Sundhedsdatastyrelsen

3.7.1. Ventetid

Det er et krav, at alle speciallæger sørger for ajourførte praksisdeklarationer på sundhed.dk, hvor der blandt andet oplyses om ventetid til ikke-akut første konsultation. Her indrapporterer praktiserende speciallæger selv ventetider for ikke-akutte patienter. Der er generelt lange ventetider for ikke-akutte patienter i speciallægepraksis, og de er særligt lange inden for bestemte specialer, herunder psykiatrispecialerne. Der kan dog være forskel på den rapporterede ventetid, som borgere, sundhedspersoner og regionale sundhedsplanlæggere kan finde på sundhed.dk og den faktiske ventetid (se tabel 2). Det kan udfordre regionernes kapacitetsplanlægning, da ventetid er en indikator for behandlingskapaciteten i praksis, og derfor indgår som planlægningsparameter i den regionale kapacitetsplanlægning.

Tabel 2: Forskel på målte ventetider og ventetider på sundhed.dk for 2024

	Målte ventetider (uger)	Ventetider på sundhed.dk (uger)	Forskel
Anæstesiologi	7	13	6
Børne- og ungdomspsykiatri	33	68	34
Dermato-venerologi	10	17	7
Gynækologi og obstetrik	7	10	3
Intern medicin	10	15	5
Kirurgi	6	6	0
Neurologi	15	22	7
Ortopædisk kirurgi	9	9	0
Plastikkirurgi	9	16	7
Psykiatri	25	114	89
Pædiatri	6	7	1
Reumatologi	8	14	6
Radiologi	-	2	2
Oftalmologi *	-	30	30
Otologi*	-	10	10

Kilde: Danske Regioner, 2024

** For oftalmologi og otologi er der ikke målte ventetider, da der ikke er henvisningskrav til behandling.*

For akutte patienter i øjenlægepraksis og øre-næse-halspraksis er det i overenskomsten beskrevet, at der være et tilfredsstillende antal tider til rådighed på alle konsultationsdage.[60]

3.7.2. Visitation og henvisningsvej

For at få adgang til praktiserende speciallæge skal borgere som udgangspunkt have en henvisning fra egen læge. Herefter skal borgeren selv fremsøge relevante speciallægepraksis via sundhed.dk eller Min-Læge-app'en, og kontakte speciallægepraksis for at forhøre sig om ventetider med henblik på en konsultation. Der eksisterer således ikke én samlet adgang til behandling i speciallægepraksis indenfor eller på tværs af specialer.

Er der tale om et længere behandlingsforløb, kan der blive behov for en henvisning til fortsat behandling, hvilket kan udfordre borgerens adgang til speciallægepraksis. Ligeledes skal borgeren i mange tilfælde

[60] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)

selv opsøge egen læge for henvisning til praktiserende læge ved behov for kontrol efter en sygehusindlæggelse på trods af, at speciallægen på sygehuset allerede har vurderet et behov for kontrol i speciallægepraksis. Dog kan nogle praktiserende speciallæger henvise til speciallægepraksis indenfor andre specialer. Dette er beskrevet under de faglige moderniseringer for hvert speciale.

I Region Syddanmark er der lavet et forsøg med midlertidig dispensation fra kravet om henvisning til hudlægepraksis fra Hudafdelingen på Odense Universitetshospital. Forsøget har til formål at undersøge, om patientforløbene bliver mere smidige og hensigtsmæssige, samt om de almenmedicinske tilbud bliver aflastet, når de ikke længere skal henvise patienter, hvor andre læger har vurderet et behov for henvisning.[61]

I øjenlægepraksis og øre-næse-halspraksis er der ikke krav om henvisning. Der kræves heller ikke henvisning i forbindelse med kønssygdomme hos dermatologer og i forbindelse med svangerskabsforgiftning, abort, opsætning af spiral/P-stav efter abort eller konstateret tilgrundegået graviditet hos gynækolog.

Henvisningsvejen for udvalgte specialer (dermato-venerologi, oftalmologi, otologi, psykiatri, gynækologi og obstetrik), der varetager en større andel af behandling på hovedfunktionsniveau, fremgår af i bilag 4.

3.7.3. Åbningstid

Speciallægepraksis holder som udgangspunkt åbent for konsultationer i dagstid, men er forpligtet til at tilbyde konsultationer udenfor almindelig arbejdstid én hverdag om ugen. Det er dog muligt at lave lokale aftaler om udvidede åbningstider i speciallægepraksis. I øjenlægespecialet og øre-, næse- og halsspecialet, der begge ser akutte patienter, har de praktiserende speciallæger pligt til at holde åbent 5 dage om ugen.

3.7.4. Telefonisk og digital tilgængelighed

Ifølge overenskomsten for speciallægehjælp skal speciallæger have telefonisk tidsbestilling hver konsultationsdag af minimum 2 timers varighed, og de skal have et telefon-kø-system, som gør, at patienter i telefonkøen kommer igennem, også når telefontiden slutter. Derudover er speciallægen forpligtet til at oplyse sine træffetider, herunder tidsrum for tidsbestilling, på sundhed.dk. De praktiserende speciallæger kan også tilbyde elektronisk kommunikation med patienterne, fx i form af mailkonsultation og tidsbestilling, og det skal være en del af speciallægens tilbud til patienter, der allerede er i behandling hos speciallægen. Praktiserende speciallæger skal også tilbyde muligheden for videokonsultation i det omfang, det er fagligt relevant for specialet.[62]

Speciallægepraksis er efter overenskomsten forpligtet til at offentliggøre træffetider, herunder tidsbestilling og telefonkonsultation på deres praksisdeklaration på sundhed.dk. For øjenlæger og øre-, næse- og halslæger gælder det, at der på hverdage – undtagen lørdage – inden for tidsrummet fra kl. 8 til 16 afholdes konsultation med fast træffetid og/eller efter tidsbestilling.

3.7.5. Fysisk tilgængelighed

Tilgængelighed for patienter med fysiske funktionsevnenedsættelser, eksempelvis nedsat gangfunktion eller blindhed, stiller krav til klinikkernes adgangs- og indretningsforhold. Ligeledes kan borgere med psykiske eller kognitive funktionsevnenedsættelser eller sociale barrierer have særlige behov,

[61] Afgørelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, anmodning om dispensation fra sundhedslovens § 64, stk. 1, til forsøg med henvisning fra sygehusafdeling til viderebehandling hos praktiserende speciallæge
[62] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)

eksempelvis behov for tydelig skiltning, der understøtter at patienten føler sig ventet og velkommen. Der kan ligeledes være barrierer for tilgængelighed til rette sundhedstilbud i form af stigmatisering, og udfordringer ved at rekvirere transport, ledsagelse og/eller tolkning i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet.

De praktiserende speciallæger er forpligtede til at afgive oplysninger på sundhed.dk om, hvorvidt praksis har handicapvenlige adgangsforhold. I dag er det kun omkring to tredjedele, der har indrapporteret oplysninger om adgangsforhold, og det kan udfordre borgernes muligheder for at tilvælge en praksis efter fysisk tilgængelighed. Derudover er der krav om handicapvenlig adgang ved etablering af en ny praksis.

3.8. SAMARBEJDE MED DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN

De praktiserende speciallæger har en støttefunktion for de almenmedicinske tilbud, og borgerne skal som udgangspunkt tilbage til egen læge, når behovet for behandling i speciallægepraksis er overstået. Dette forudsætter, at de almenmedicinske tilbud fagligt set kan varetage opgaven, eventuelt med vejledning og konference fra speciallægen.[63] Som et led i støttefunktionen er det aftalt, at de praktiserende speciallæger skal være til rådighed for konference med speciallægerne i almenmedicinske tilbud, eller at de skal stille sig til rådighed for vurdering af patienten, hvor patienten møder fysisk op hos speciallægen én gang. Der må højest gå 30 dage fra patienten, der henvises til en vurdering ved enkeltstående konsultation, henvises fra almenmedicinske tilbud til patienten modtages i speciallægepraksis. [64]

Når speciallægen i almen medicin og den praktiserende speciallæge konfererer via telefon, korrespondancemeddelelser eller video om patienten, medfører det ofte et hurtigere og bedre forløb. Der er i samarbejde mellem FAPS og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) udviklet en fælles digital telefonbog, der understøtter let kontakt ved fx udveksling af bagom-telefonnumre. [65]

Praktiserende speciallæger kan ligeledes stå til rådighed for sparring og dialog med den øvrige praksissektor og øvrige relevante samarbejdspartnere. Fx ved komplekse behandlingsforløb i relation til bevægeapparatet, hvor samarbejde mellem reumatologer, kiropraktorer og fysioterapeuter kan være relevant. Derudover kan speciallægepraksis have behov for konference og sparring fra det endnu mere specialiserede sygehusvæsen, fx for at afklare behovet for viderehenvisning.

Samarbejde og kommunikation mellem de praktiserende speciallæger og kommunerne kan også bidrage til patientforløb af høj kvalitet, herunder kan de praktiserende speciallæger henvise patienterne til kommunale tilbud.

Udover øvrige aktører i det offentlige sundhedsvæsen kan praktiserende speciallæger også samarbejde med private aktører fx optikere, apoteker m.fl. for at understøtte sammenhængende behandlingsforløb. Her er ligeledes eksempler på, at optikere kan aflaste praktiserende speciallæger inden for oftalmologi eller sygehusafdelinger, hvor kapaciteten er presset[66]. Omfanget af samarbejde med private aktører er ikke identificeret i forbindelse med denne vidensafdækning.

[63] Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen, Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen (2024)
[64] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[65] Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)
[66] Afrapportering: Taskforce på øjenområdet, Danske Regioner (2023)

4. BILAG

4.1. BILAG 1: REGIONERNES KAPACITETSPLANLÆGNING

	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Hovedstaden
Fremgangsmåde for kapacitetsplanlægning	Der foretages en årlig kapacitetsanalyse for alle specialer, ca. med en årlig kadence.	Siden 2023 foretages der årlige kapacitetsanalyser for alle specialer. Kapacitetsanalyser foretages efter behov, fx efter henvendelser fra borgere og praktiserende speciallæger.	Der udarbejdes som udgangspunkt praksisplaner hvert fjerde år. I forbindelse med disse foretages også kapacitetsanalyser. Kapacitetsanalyser foretages herudover efter behov, fx efter henvendelser fra politisk side ifm. prioritering, fra borgere, praktiserende speciallæger, eller speciallæger der ønsker at nedsætte sig i praksis. Der foretages analyser ifm. flytteanmodninger på bl.a. geografi, øvrig dækning, tværregional trafik og kommende lokalers faciliteter. I kapacitetsplanlægningen er der bl.a. løbende opmærksomhed på læger tæt på pensionsalderen. Desuden analyseres på bl.a. geografi, øvrig dækning, tværregional trafik og kommende faciliteter i ønsket ny praksis.	Der er ikke en fast kadence for kapacitetsanalyser. I praksisplanen fremgår, at der løbende tages stilling til behovet for speciallægepraksis. F.eks. ifm., at der sker ændringer på hospitalsområdet, og at visitationsretningslinjer, forløbsbeskrivelser mv. ændres. Kapacitetsanalyser foretages efter behov, fx efter henvendelser fra borgere og praktiserende speciallæger. Ved flytteansøgninger ses på den geografiske kapacitet inden for området.	Årlig kapacitetsanalyse: Det fremgår af Praksisplanen, at der én gang årligt skal udføres en kapacitetsvurdering på tværs af alle specialer. Vurderingen baseres på en screening af *særlig medianventetid til første ikke akutte konsultation samt geografisk lighed og forventet udvikling i patientpopulationen* Et mindre antal specialer udtages herefter til nærmere analyse af kapacitet og aktivitet på tværs af speciallægepraksis og hospital, inden der træffes beslutning om eventuel kapacitetsudvidelse. Ved nærmere analyse af et speciale vil arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis og hospital blive beskrevet. Flytteansøgninger: Kapacitetsberegninger foretages i forbindelse med speciallægers anmodning om flytninger fra et planområde til et andet. Ved kapacitetsberegninger i

					forbindelse med flytteanmodninger kigges der udelukkende på geografisk lighed for borgerne, dvs. på fordelingen af *borgere per kapacitet*. En flytning må ikke bidrage til en ulige geografisk fordeling (i forhold til borgere pr. kapacitet) af speciallægekapaciteter inden for regionens planområder.
Planlægningsparametre	Antal kapaciteter Geografisk (afstand) Patientgrundlag/demografi Indrapporterede og erfarede ventetider Ambulant aktivitet Ydelsesforbruget i området Forhold der kan påvirke kapaciteten, fx modernisering af specialet, visitationsretningslinjer mm.	Antal kapaciteter Geografisk lighed (borgere pr. kapacitet) Indrapporteret ventetid Antal borgere der modtager ydelser Borgeres brug af ydelser i andre regioner (aktivitet i andre regioner) Aktivitet til borgere fra andre regioner Patientgrundlag/Demografi Ambulant aktivitet	Planlægningsparametrene for speciallægepraksis beror på individuelle vurderinger, men består ofte af samme elementer. Herunder: •Antal kapaciteter •Geografi (tilgængelighed) •Rapporterede ventetider + erfarede hvor tilgængelige •Aktivitet til borgere fra andre regioner •Økonomi •Ventet effekt •Praksisform	Geografisk lighed (borgere pr. kapacitet) Indrapporterede ventetider Antal borgere der modtager ydelser Patientgrundlag/demografi Rekrutteringsudfordringer Ambulant aktivitet	Følgende parametre anvendes, alt efter om det er en indledende kapacitetsscreening, den mere dybdegående kapacitetsanalyse for nogle udvalgte specialer, eller om det er en flytteansøgning (jf. beskrivelse ovenfor): Ventetidsdata Geografisk hensigtsmæssig fordeling (borgere pr. kapacitet) Patientgrundlag/demografi Herunder patientudvikling over tid Ambulant aktivitet.

4.2. BILAG 2: HENVISNINGSVEJE FOR UDVALGTE SPECIALER

Almenmedicinske tilbud kan viderehenvise borgere til speciallæger inden for øvrige specialer ved behov. Nogle specialer som øjenlæge, øre-næse- og halsspecialet og gynækologi (udvalgte diagnoser) har direkte adgang uden henvisning. I nogle tilfælde kan praktiserende speciallæger henvise borgeren direkte til øvrige speciallæger og evt. andre specialer, mens der for nogle specialer også er mulighed for direkte henvisning mellem sygehus og en praktiserende speciallæge. Ved afslutning af et behandlingsforløb sendes epikrise til patientens egen læge. For at give indblik i varierende henvisningsveje mellem specialerne beskriver dette bilag henvisningsvejene for specialerne dermato-venerologi, oftalmologi, otologi, psykiatri og gynækologi og obstetrik.

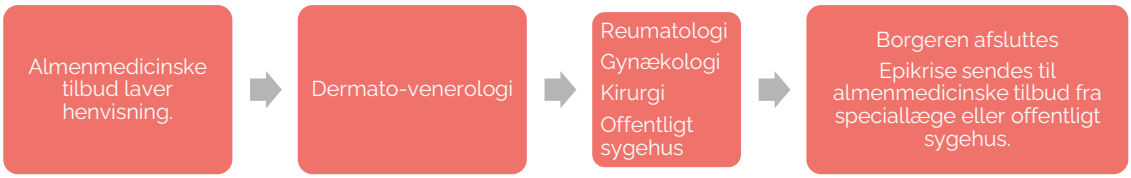
4.2.1. Dermato-venerologi

1a) Når en borger henvender sig til sit almenmedicinske tilbud med behov for et sundhedstilbud inden for specialet dermato-venerologi, kan borgeren modtage en henvisning til en praktiserende speciallæge i dermato-venerologi.
1b) En borger kan henvende sig direkte/ behøver ikke henvisning fra sit almenmedicinske tilbud til en praktiserende speciallæge i dermato-venerologi ved mistanke om kønssygdomme.
2) Ved behov for tværfaglig behandling eller mistanke om systematisk sygdom har den praktiserende speciallæge i dermato-venerologi mulighed for at viderehenvise borgeren til en praktiserende speciallæge inden for følgende specialer:

- Kirurgi, fx ved hudtumorer eller behov for plastikkirurgi.
- Reumatologi, fx ved psoriasisgigt eller bindevævssygdomme
- Gynækologi, fx ved komplekse veneriske sygdomme.

3) Den praktiserende speciallæge i dermato-venerologi har mulighed for at henvise borgere direkte til sygehus ved svære, sjældne eller behandlingsresistente tilstande (fx biologisk behandling, indlæggelse eller multidisciplinært team).
4) Ved afslutning af forløb sendes en epikrise til borgerens egen læge.

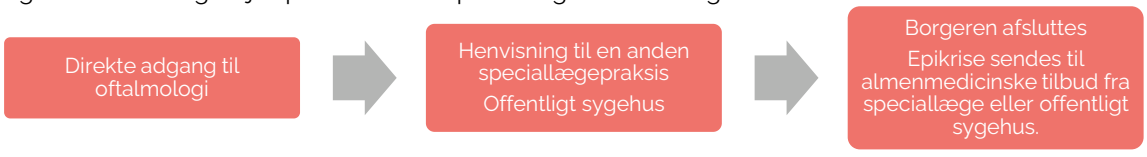
Figur 1: Henvisningsvej til praktiserende speciallæge i dermato-venerologi[67]



4.2.2. Oftalmologi

1) Når en borger henvender sig til sit almenmedicinske tilbud med behov enten akut eller ikke-akut sundhedstilbud inden for specialet oftalmologi, kan borgeren visiteres direkte / behøver ikke henvisning til en praktiserende speciallæge i oftalmologi.
2) Ved behov har den praktiserende speciallæge i oftalmologi mulighed for at viderehenvise borgeren til en anden praktiserende speciallæge i oftalmologi, der har kirurgisk erfaring eller avanceret udstyr.
3) Den praktiserende speciallæge i oftalmologi har mulighed for at henvise borgere direkte til sygehus, hvis der er behov for avanceret behandling eller diagnostik.
4) Ved afslutning af forløb sendes en epikrise til borgerens egen læge.

Figur 2: Henvisningsvej til praktiserende speciallæge i oftalmologi[68]

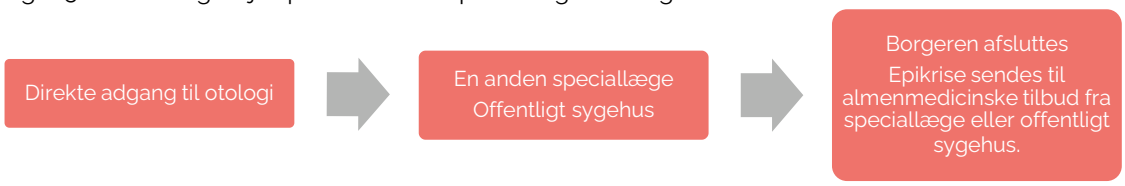


[67] Modernisering af specialet Dermato-venerologi, link: moderniseringsrapport-dermato-venerologi.pdf
[68] Modernisering af øjenspecialet i speciallægepraksis 2024, link: modernisering-af-oejenspecialet-i-speciallaegepraksis-2024.pdf

4.2.3. Otologi

1a) Når en borger henvender sig til sit almenmedicinske tilbud med behov enten akut eller ikke-akut sundhedstilbud inden for specialet otologi, kan borgeren visiteres direkte / behøver ikke henvisning til en praktiserende speciallæge i otologi.
1b) En borger kan henvende sig direkte/ behøver ikke henvisning fra sit almenmedicinske tilbud til en praktiserende speciallæge i otologi.
2) Ved behov for særlig ekspertise eller udstyr har den praktiserende speciallæge i otologi mulighed for at viderehenvise borgeren til en anden praktiserende speciallæge i otologi.
3) Den praktiserende speciallæge i otologi har mulighed for at henvise borgere direkte til sygehus.
4) Ved afslutning af forløb sendes en epikrise til borgerens egen læge.

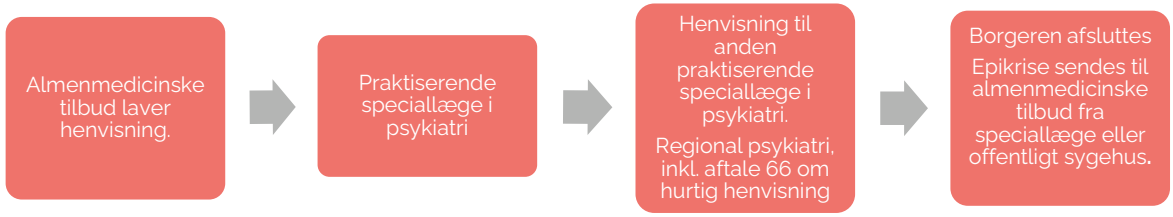
Figur 3: Henvisningsvej til praktiserende speciallæge i otologi[69]



4.2.4. Psykiatri

1) Når en borger henvender sig til sit almenmedicinske tilbud med behov et sundhedstilbud inden for specialet psykiatri, kan borgeren modtage en henvisning til en praktiserende speciallæge i psykiatri.
2) Ved behov har den praktiserende speciallæge i psykiatri mulighed for at viderehenvise borgeren til en anden praktiserende speciallæge inden for psykiatri eller til behandling på sygehus (regional psykiatri).
3) Den regionale psykiatri har via en § 66 aftale om hurtig henvisning mulighed for at henvise borgere direkte til en praktiserende speciallæge i psykiatri.
4) Ved afslutning af forløb sendes en epikrise til borgerens egen læge.

Figur 4: Henvisningsvej til praktiserende speciallæge i psykiatri [70]



4.2.5. Gynækologi og obstetrik

1a) Når en borger henvender sig til sit almenmedicinske tilbud med behov for et sundhedstilbud inden for specialet gynækologi og obstetrik, kan borgeren modtage en henvisning til en praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik.

[69] Modernisering af Øre-, næse- og halsspecialet, link: moderniseringsrapport-oere-naese-og-halsspecialet.pdf

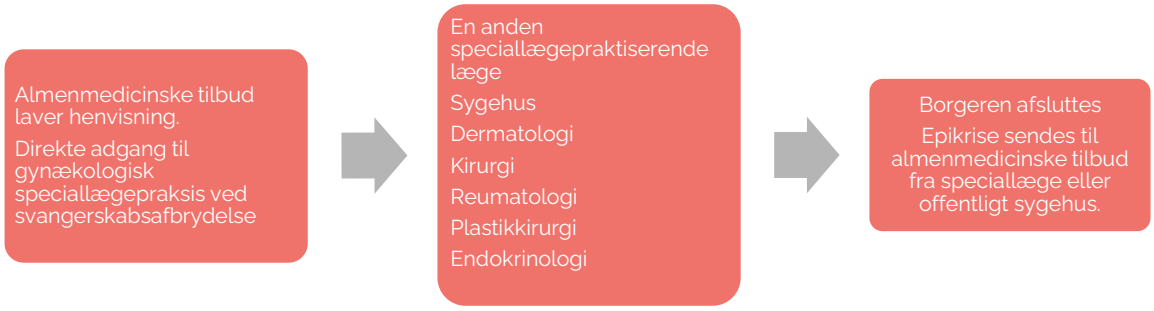
[70] Modernisering af specialet Psykiatri i speciallægepraksis 2023, link: *moderniseringsrapport-endelig-version-17-04-2024.pdf*

1b) En borger kan henvende sig direkte/ behøver ikke henvisning fra sit almenmedicinske tilbud til en praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik ved svangerskabsforgiftning, abort, opsætning af spiral/P-stav efter abort eller konstateret tilgrundegået graviditet.
2) Ved behov har den praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik mulighed for at viderehenvise borgeren til en anden praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik.
3) Ved behov har den praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik mulighed for at viderehenvise borgeren til en praktiserende speciallæge eller sygehus inden for følgende specialer:

- Dermato-venerologi
- Kirurgi
- Reumatologi
- Plastikkirurgi
- Intern medicin (endokrinologi)

4) Ved afslutning af forløb sendes en epikrise til borgerens egen læge.

Figur 5: Henvisningsvej til praktiserende speciallæge i gynækologi og obstetrik [71]



[71] Modernisering af specialet gynækologi og obstetrik i speciallægepraksis 2024 link: endelig-moderniseringsrapport-gynaekologi.pdf

REFERENCELISTE

Aftale om at nedbringe ventetid, Region Syddanmark (2024). Tilgængelig via Lokale aftaler Region Syddanmark

Aftale om udlægning af behandling af sygehuspatienter til speciallægepraksis. Tilgængelig via FAPS 14-12-2021 - udlægningsaftale - DR 16 12 21 szs.docx

Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2025)

Aftale om sundhedsreform 2024, Indenrigs og Sundhedsministeriet (2024)

Andre ydere i praksis, eSundhed. Datasæt over Speciallæger, 1. januar 2025 (2025)

Brug de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen – Visions- og politikpapir, FAPS (2020)

Danmarks Statistik, Antal indbyggere fordelt på region pr. 1. juli 2025. Befolkningstal - Danmarks Statistik (2025)

Danske Patienters hjemmeside: Politiske holdninger – speciallæger (2025). Tilgængelig via Speciallæger | Danske Patienter

Diskussionsoplæg – Klog omstilling fra sygehus til speciallægepraksis, Lægeforeningen (2025)

En fælles retning - En fælles vision for speciallægepraksis, Foreningen af praktiserende speciallæger og Danske Regioner (2021)

Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen (2023)

Foreningen af Praktiserende speciallæger (2025), Tilgængelig via Delegation - Anvendelse af klinikpersonale i speciallægepraksis efter speciallægeoverenskomsten

Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsen (2024)

Grundbeskrivelse for Praksisplan for speciallægehjælp 2023, Region Hovedstaden (2023)

Hurtig psykiatrisk udredning Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune, VIVE (2020)

Input til sundhedsstrukturkommissionen – Brug af de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen, FAPS (2023)

Ledelse i sundhedsvæsenet ¬ på hospitaler, i kommuner og i praksis. 1. e-bogsudgave. Gyldendal Business, Bendix, Henrik W., Digmann, Annemette, Per Jørgensen, og Kjeld Møller Pedersen (2017)

Lægedækning i hele Danmark, Lægedækningsudvalget (2018)

Lægeforeningens analyser 2024. Privathospitaler og sundhedsforsikringer (2024). Tilgængelig via https://laeger.dk/media/ebsn2tha/redegoerelse-om-privathospitaler-og-sundhedsforsikringer-marts2024.pdf

Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen (2023)

Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (2022)

Praksisplan for Otologi, Region Syddanmark (2017)

Praksisplan for Psykiatri, Region Syddanmark (2013)

Praksisplan for specialer Dermato-venerologi, Region Syddanmark (2017)

Praksisplan for speciallægehjælp 2023, Region Hovedstaden (2023)

Praksisplan for speciallægehjælp, Region Sjælland (2017)

Praksisplan for speciallægeområdet – øvrige speciallæger, Region Syddanmark (2013)

Praksisplan for øjenområdet, Region Syddanmark (2017)

Praksisplan på speciallægeområdet 2023 (2023), Region Nordjylland

Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen, Frank Ingemann Jensen og Leif Vestergaard Pedersen (2024)

Strategi for speciallægehjælp i Region Sjælland 2023-2028, Region Sjælland (2023)

Strategi for speciallægehjælp i Region Sjælland, Region Sjælland (2023)

Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside: Kliniske kvalitetsdatabaser (2025). Tilgængelig via Kliniske kvalitetsdatabaser - Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)

Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Sundhedsstrukturkommissionen (2024)

Sundhedsstyrelsens hjemmeside: Rådgivning om udarbejdelse af sundhedsplaner, Sundhedsstyrelsen (2025). Tilgængelig via Rådgivning om udarbejdelse af sundhedsplaner | Sundhedsstyrelsen

Afrapportering: Taskforce på øjenområdet, Danske Regioner (2023). Tilgængelig via taskforce-paa-oejenomraadet.pdf

Tillægsaftale til overenskomst om speciallægehjælp. Aftale om udlægning af behandling af sygehuspatienter til speciallægepraksis, Regionernes Lønnings- og takstnævn og Foreningen af Speciallæger (2022), Tilgængelig via https://laeger.dk/media/1gznie3g/aendret-udlaegningsaftale-01-08-2024-med-justeret-bilag-a.pdf

Ugeskrift for læger, (2023), Tilgængelig via https://ugeskriftet.dk/nyhed/et-stigende-antal-speciallaeger-har-hovedbeskaeftigelse-i-det-private

Undersøgelse af patientoplevet kvalitet i special lægepraksis 2017, eKVIS og Rambøll Management Consulting (2017)

Sundhed for alle ♥+●