SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhed for alle

SUNDHEDSREFORMEN

NATIONALE RETNINGSLINJER OM PRAKSISPLANER FOR SPECIALLÆGE-HJÆLP

NATIONALE RETNINGSLINJER FOR PRAKSISPLANER OM SPECIALLÆGEHJÆLP

Vejledning til regionernes planlægning af speciallægehjælp

©Sundhedsstyrelsen 2026

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-726-2 (elektronisk)

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen og Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Oktober 2026

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKTION 5
1.1. Formål 5
1.2. Praktiserende speciallæger som sektor 5

2. PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER I DET FREMTIDIGE SUNDHEDSVÆSEN 6
2.1. Udvikling i retning af mere ligelig fordeling 6
2.2. Potentialet i mere behandling hos praktiserende speciallæger 7

3. KRAV OG ANBEFALINGER TIL REGIONERNES PRAKSISPLANER 9
3.1. Analytisk tilgang til planlægning af praktiserende speciallægetilbud 10
3.2. Planlægning af speciallægepraksis understøtter den ønskede retning for det samlede sundhedsvæsen 11
3.3. Praksisplanen understøtter tilgængelighed og patientrettigheder 12

4. RAMMER FOR UDARBEJDELSE, GODKENDELSE OG VEDTAGELSE AF PRAKSISPLANEN 14
4.1. Udarbejdelse og revision af praksisplanen 14
4.2 Godkendelse og vedtagelse af praksisplanen 15

5. BILAG 17
5.1. Uddybning af hensyn ved potentiel opgavevaretagelse i speciallægepraksis 17



1. INTRODUKTION

1.1. FORMÅL

Med *Aftale om sundhedsreform 2024* og sundhedsloven indføres der nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp. De nationale retningslinjer skal fremme en udvikling i retning af, at alle borgere får let og lige adgang til et speciallægetilbud landet over i det næste tiår.

De nationale retningslinjer fastlægger krav og anbefalinger til regionernes planlægning, drift og udvikling af sektoren. Denne lokale planlægning fastlægges igennem regionale praksisplaner, hvor de nationale retningslinjer beskriver, hvad der skal indgå i praksisplanerne, og hvordan de formelt udarbejdes.

De nationale retningslinjer og de regionale praksisplaner skal ses i sammengæng med øvrige styrings- og planlægningsværktøjer for det samlede sundhedsvæsen, som praktiserende speciallæger skal ses som en integreret del af.

Retningslinjerne skal anvendes af politikere og administration i regioner og sundhedsråd til lokal sundhedsplanlægning, såvel som strategisk retning for udviklingen af sektoren, blandt andet gennem aftaler med relevante parter, herunder Foreningen af Speciallæger (FAS) og Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS).

De nationale retningslinjer skal desuden ses i sammenhæng med sundhedsreformens initiativ om en indførelse af en patientrettighed til hurtig udredning og behandling hos praktiserende speciallæger. Regionerne får dermed en forpligtelse til at sikre tilstrækkelig kapacitet, for at kunne understøtte patientrettigheden.

1.2. PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER SOM SEKTOR

Praktiserende speciallæger er sammen med den øvrige praksissektor en del af det primære sundhedsvæsen[1], og varetager indenfor 15 nuværende specialer hovedsageligt ydelser indenfor det almene behandlingsniveau, det vil sige udredning og diagnostik, behandling og opfølgning for hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, hvor tilgængelighed er væsentlig. Ydelserne vil i høj grad være af afgrænset karakter og kan udgøre både den første kontakt mellem borgere og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. De almene ydelser er ikke af en karakter hvor kompleksitet, ressourceforbrug mv. giver anledning til en samling på specialfunktionsniveau. Praktiserende speciallæger kan dog i enkelte tilfælde godkendes af Sundhedsstyrelsen til at varetage specialfunktioner. En fuld opgaveliste findes i ydelsesbeskrivelserne for hvert speciale, der hører under Overenskomst for speciallægehjælp[2].

GOVERNANCE

Regionerne har ansvaret for at yde vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæger, jf. sundhedslovens § 64. Forpligtelsen gennemføres via overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Tasknævn og Foreningen af Speciallæger (FAS), herunder eventuelle lokale aftaler. Sundhedsloven fastsætter således de overordnede rammer for de praktiserende speciallæger, mens overenskomsten fastsætter det nærmere indhold, vilkår og rammebetingelser for speciallægepraksis. Derudover reguleres speciallægepraksis i Sundhedsstyrelsens specialeplan, hvor krav til specialfunktioner i alle specialer fremgår. Med indførelse af nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp skal regionerne udarbejde praksisplaner for sektoren, som skal godkendes af Sundhedsstyrelsen. Praksisplaner indgår som en del af de regionale sundhedsplaner. I tillæg hertil udarbejder sundhedsrådene nærsundhedsplaner. Den regionale sundhedsplan, herunder praksisplaner og nærsundhedsplaner skal orientere sig imod den nationale sundhedsplan.

[1] *National sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen*
[2] *Overenskomst om speciallægehjælp mellem Foreningen af speciallæger og Regionernes lønnings- og takstnævn (2022)*

2. PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER I DET FREMTIDIGE SUNDHEDSVÆSEN

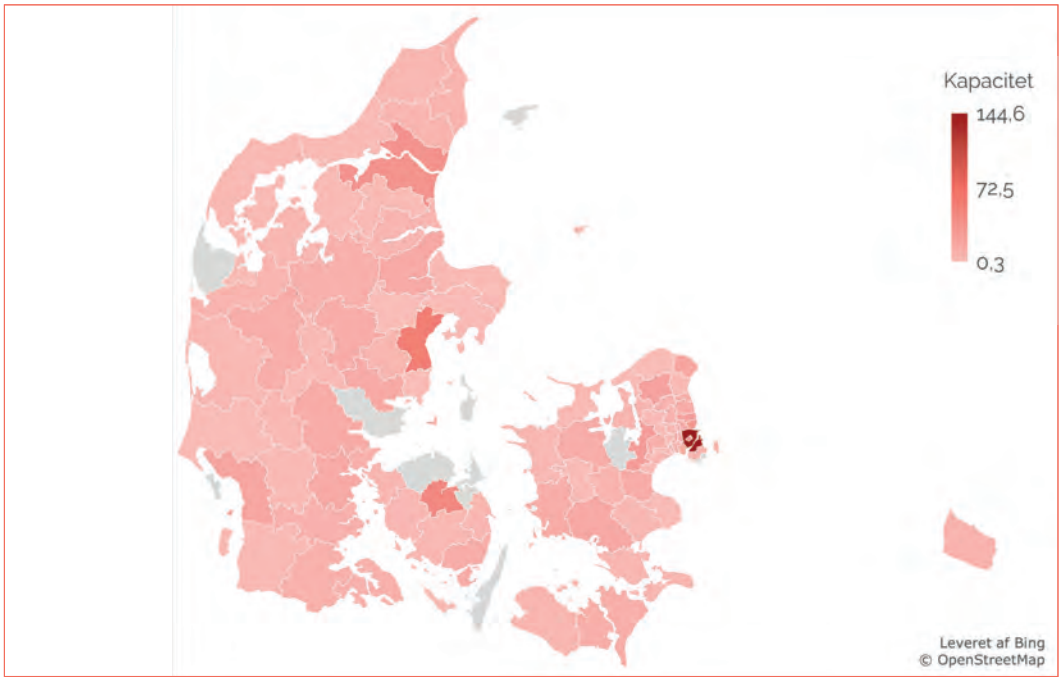
De kommende praksisplaner skal være i overensstemmelse med retningen i den nationale sundhedsplan. Den nationale sundhedsplan sætter en fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet det kommende tiår. Den nationale sundhedsplan har fokus på sundheden i hele landet blandt andet med bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet og styrkelse af det almene sundhedsvæsen og omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på borgerne. I planen opstilles der retningsgivende principper, som praksisplanerne ligesom andre nationale og decentrale planlægningsværktøjer på sundhedsområdet skal være i overensstemmelse med.

I dette kapitel beskrives den strategiske retning for udvikling af praktiserende speciallæger som sektor, som skal være med til at sikre en mere effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen. Derudover beskrives, hvordan praktiserende speciallæger indgår i et styrket primært sundhedsvæsen i det kommende tiår og et mere lige, sammenhængende og nært sundhedsvæsen. Det skal ske igennem to bevægelser, som dels skal give en mere ligelig fordeling af praktiserende speciallæger landet over og dels skal øge sektorens størrelse.

2.1. UDVIKLING I RETNING AF MERE LIGELIG FORDELING

Der er i dag områder i Danmark, hvor der er langt til den nærmeste praktiserende speciallæge eller hvor der er lang ventetid hos den praktiserende speciallæge jf. *Vidensafdækning af praktiserende speciallæger som sektor*[3]. Det skyldes, at der ikke har været et systematisk fokus på fordelingen af praktiserende speciallæger, og der er dermed over tid er sket en ulige fordeling og adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet, se illustration af figur 1.

Figur 1: Geografisk variation af antal praktiserende speciallæger pr. kommune



Kilde: Foreningen af Praktiserende Speciallæger, juni 2026.

[3] *Vidensafdækning af praktiserende speciallæger som sektor, Sundhedsstyrelsen (2025) www.sst.dk/udgivelser/2026/vidensafdaekning-af-praktiserende-speciallaeger-som-sektor*

Figuren viser den geografiske fordeling af speciallægekapaciteter på tværs af landets kommuner pr. juni 2026. De mørkere områder angiver højere kapacitet, mens lysere områder viser lavere kapacitet. Eksempelvis er der 144,6 kapaciteter i Københavns kommune, 45 i Odense Kommune og 1 i Varde kommune. Der er ingen kapaciteter i de grå områder. I figuren illustreres kapacitet som fuldtidskapaciteter, og deltidskapaciteter er derfor omregnet til fuldtidskapaciteter.

Udvikling af de planlægningsmæssige rammer skal fremme en ændret geografisk fordeling, mere effektiv brug af praktiserende speciallæger og speciallægeressourcer i det samlede sundhedsvæsen samt en øget kapacitet i speciallægepraksis. Inden for den nationale ramme har regionerne, med en forsyningsforpligtigelse for det samlede speciallægetilbud, ansvar for at understøtte let og lige adgang til relevante sundhedstilbud, der tilrettelægges med henblik på at understøtte befolkningens sundhed på tværs af landet. Planlægningsgrundlaget styrkes for at skabe kontinuitet i opgavevaretagelsen hos praktiserende speciallæger samt tilgængelighed til praktiserende speciallæger.

Det forventes at tage en årrække at opnå en bedre geografisk fordeling af de praktiserende speciallæger.

2.2. POTENTIALET I MERE BEHANDLING HOS PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER

Mange almene, udbredte sygdomme og tilstande er af sådan en karakter, at disse vil kunne varetages effektivt og kontinuerligt af praktiserende speciallæger. Den forventede vækst i sektoren vil kunne understøttes af den forventede øgning i antallet af speciallæger over de kommende år. I tillæg hertil skal der blandt andet også ses på muligheden for praktiserende speciallægepraksis indenfor nye specialer. Af figur 2 fremgår de 15 specialer, hvor der i dag er praktiserende speciallæger.

Figur 2: Lægelige specialer i speciallægepraksis pr. 1. august 2025

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

Kendetegnende for praktiserende speciallæger er, at de har mulighed for at have kontinuitet i klinikken og typisk har mange års erfaring med opgaver i praksissektoren. Den nuværende organisering med selvstændige praksis kan medvirke, til at lette adgang til behandling i geografiske områder, hvor der er langt til nærmeste sygehus. Det betyder, at praktiserende speciallæger har mulighed for at levere behandling på et højt fagligt niveau til borgere med langt til et sygehus, og at de ses af den samme speciallæge gennem hele behandlingsforløbet. De praktiserende speciallæger har tilmed mulighed for at skabe gode og langvarige samarbejdsrelationer med aktørerne i det primære sundhedsvæsen, herunder almenmedicinske tilbud, kommuner og øvrige aktører, hvilket også kommer patienten til gavn ved patientforløb hvor der er kontakt til flere aktører i sundhedsvæsenet. Udviklingen af det primære sundhedsvæsen, herunder praktiserende speciallæger som sektor, er væsentligt i udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet, som beskrives nærmere i den nationale sundhedsplan[4].

I takt med omstillingen af sundhedsvæsenet over det næste tiår forventes det, at organiseringen omkring opgavevaretagelsen på hovedfunktionsniveau ændrer sig over tid mellem sygehuse, praktiserende speciallæger og almenmedicinske tilbud, hvor aktivitet fra sygehuse flyttes til blandt andet praktiserende speciallæger. I takt med tilstrækkelig speciallægekapacitet, geografisk dækning, ressourcer, kompetencer og uddannelse vil der sideløbende med, at sygehusene får en mere udadvendt rolle, ske en fortsat prioritering af opgaver og kapacitet mellem sygehuse, praktiserende speciallæger samt almenmedicinske tilbud. Fremadrettet skal flere speciallægetilbud leveres i borgernes lokalområde fx af praktiserede speciallæger, særligt i områder karakteriseret ved store geografiske afstande, tyndt befolkede områder, begrænsede trafikale og erhvervsmæssige muligheder samt en særlig sårbar population i relation til fx alder og sygdomsmønstre.

For sektoren betyder det samlet set, at flere specialer end i dag kan varetages i praksissektoren. I den forbindelse skal sektoren dele data med relevante sundhedspersoner og myndigheder med henblik på, at borgerne modtager sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. Adgang til speciallægetilbud forudsætter dog ikke altid geografisk kort afstand, men kan også i mange tilfælde leveres digitalt, fx hvor speciallægen befinder sig i en anden region, hvis det vurderes faglig relevant. Samtidig vil der desuden være opgaver, der fremover ikke skal varetages i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at udviklingen af praktiserende speciallæger som sektor sker under samtidig hensyntagen til ændringer i befolkningssammensætning og sygdomsmønstre, teknologiske og behandlingsmæssige muligheder samt kapaciteten i sundhedsvæsenet.

[4] *www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsreformen/National-sundhedsplanlaegning*

3. KRAV OG ANBEFALINGER TIL REGIONERNES PRAKSISPLANER

I dette kapitel beskrives krav og anbefalinger til indhold i praksisplanen med udgangspunkt i den ønskede udvikling af praktiserende speciallæger som sektor. Krav og anbefalingerne er opdelt i tre afsnit, som alle er relevante for praksisplanarbejdet:

1 ANALYTISK TILGANG TIL PLANLÆGNING AF PRAKTISERENDE SPECIALLÆGETILBUD

KRAV: ***Regionerne baserer planlægning af praktiserende speciallægetilbud og udarbejdelse af praksisplan på baggrund af en analyse, som understøtter, at planlægningen foregår systematisk, behovsbaseret og med blik for kapacitet i det samlede sundhedsvæsen.***

Analysen skal foretages minimum én gang inden for hver valgperiode umiddelbart i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen, og skal danne grundlag for praksisplanlægningen. Afsnit 3.1.

2 PLANLÆGNING AF SPECIALLÆGEPRAKSIS UNDERSTØTTER DEN ØNSKEDE RETNING FOR DET SAMLEDE SUNDHEDSVÆSEN

KRAV: ***Regionerne beskriver, hvordan mulighederne i den til enhver tid gældende overenskomst anvendes til at fremme den ønskede udvikling af speciallægetilbud som en del af det samlede sundhedsvæsen.***

Regionerne skal inden for overenskomstens rammer og med udgangspunkt i en analyse (jf. krav 1) systematisk vurdere og planlægge opgaver og funktioner, der skal varetages af praktiserende speciallæger. Afsnit 3.2.

3 PRAKSISPLANEN UNDERSTØTTER TILGÆNGELIGHED OG PATIENTRETTIGHEDER

KRAV: ***Regionerne beskriver, hvordan praksisplanen understøtter korte ventetider og patientrettigheder for praktiserende speciallæger som sektor.***

Regionerne skal inden for overenskomstens rammer understøtte at borgere kan tilbydes tilgængelige speciallægetilbud med korte ventetider, og at patientrettigheder for praktiserende speciallæger overholdes. Afsnit 3.3.

3.1. ANALYTISK TILGANG TIL PLANLÆGNING AF PRAKTISERENDE SPECIALLÆGETILBUD

Det er et krav, at:

Regionerne baserer planlægning af praktiserende speciallægetilbud og udarbejdelse af praksisplan på baggrund af en analyse, som understøtter at planlægningen foregår systematisk, behovsbaseret og med blik for kapacitet i det samlede sundhedsvæsen.

Analysen skal foretages minimum én gang inden for hver valgperiode umiddelbart i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen.

Det anbefales, at praksisplanen beskriver:

- Planlægningsparametre der indgår i den regionale kapacitetsplanlægning
- Hvordan regionen forholder sig til den ambulante kapacitet inden for specialerne (både på sygehus og i praksis) i deres kapacitetsplanlægning
- Hvordan praksisplanen skal ses i sammenhæng med/under hensyntagen til den samlede nationale speciallægekapacitet
- Relevante oplysninger og vurderinger af forhold vedrørende blandt andet de enkeltes specialers geografiske placering, kapacitet, aktivitet og ventetider, og patienternes forbrug af/behov for ydelser i regionen, og eventuelt uden for regionen
- Hvordan regionen ser muligheder for sundhedstilbud på tværs af regioner og/eller sundhedsrådenes geografiske områder

Praksisplanen har til formål at understøtte, at den nødvendige og rette kapacitet af praktiserende speciallæger er til stede. Regionerne udarbejder praksisplanen én gang i hver valgperiode, og denne skal udarbejdes på baggrund af analyse, som udføres i umiddelbar forbindelse hermed. Det anbefales som supplement hertil, at der kan udføres løbende kapacitetsplanlægning og analyse, som foretages fx årligt eller ved behov, hvis der sker væsentlige ændringer fx inden for organisatoriske rammer eller sygdomsmønstre. Ved væsentlige ændringer vil praksisplanen skulle godkendes af Sundhedsstyrelsen. jf. kapitel 4.

Kapacitetsplanlægning kan hensigtsmæssigt bidrage til større ensartethed i speciallægetilbud på tværs af landet ved at tage udgangspunkt i samme planlægningsparametre. Følgende planlægningsparametre bør indgå i regionale kapacitetsanalyser, men er ikke en udtømmende liste:

a. Udvikling i borgernes behandlingsbehov og sygdomsmønstre inden for pågældende speciale i regionen, eventuelt opdelt for de enkelte sundhedsråds geografiske områder (herunder tages højde for social ulighed, fx ved kommune-socialgruppe)

b. Geografisk afstand og ventetid til det samlede speciallægetilbud inden for pågældende speciale (dvs. både i praksis og på sygehus)

c. Geografisk afstand og ventetid til praktiserende speciallæger inden for pågældende speciale i øvrige regioner

Kapacitetsplanlægning bør desuden tage hensyn til den samlede nationale kapacitet, og regionerne bør koordinere praksisplanlægningen internt i regionen, herunder med den regionale hospitalsplanlægning, og mellem regioner. Der kan etableres sundhedstilbud både for at understøtte speciallægedækningen for et givent område i samme region, og på tværs af regionsgrænser, da borgere benytter speciallægetilbud på tværs af landet.

Regionerne bør i forbindelse med udførelsen af analysen indhente bidrag fra relevante parter, herunder sundhedsråd og FAPS m.fl., med henblik på at kvalificere analysegrundlaget.

Analysen skal kvalificere grundlaget for kapacitetsplanlægningen og -udvidelse. Udmøntning af ny kapacitet, bør hensigtsmæssigt fokusere dels på geografisk dækning i forhold til speciallægetilbud og for specialer med lange ventetider. Her bør være en opmærksomhed på, tilgængeligheden, herunder geografisk nærhed. For specialer som fx dermatologi, oftalmologi, gynækologi og obstetrik og psykiatri bør geografisk nærhed have høj prioritet,

da der for indenfor disse specialer særligt er mange ældre borgere og borgere i social udsathed, som kan have vanskeligt ved at transportere sig langt.

På baggrund af ovenstående fokusområder, planlægningsparametre og øvrige lokale forhold bør prioritere praksisplanen de områder, hvor nye praksis er ønskelige. Regionerne fastlægger og fordeler lægekapaciteter på baggrund heraf, samt på baggrund af rådgivning som regionen indhenter fra sundhedsrådene.

3.2. PLANLÆGNING AF SPECIALLÆGEPRAKSIS UNDERSTØTTER DEN ØNSKEDE RETNING FOR DET SAMLEDE SUNDHEDSVÆSEN

Det er et krav, at:

Regionerne beskriver, hvordan mulighederne i den til enhver tid gældende overenskomst anvendes til at fremme den ønskede udvikling af speciallægetilbud som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Regionerne skal inden for overenskomstens rammer og med udgangspunkt i en analyse (jf. krav 1) systematisk vurdere og planlægge opgaver og funktioner, der skal varetages af praktiserende speciallæger.

Det anbefales, at praksisplanen beskriver:

- Hvordan der understøttes samlet lokal drift og samarbejde med:
    1. Almenmedicinske tilbud i regionen, herunder hvordan der understøttes smidige henvisningsveje og kommunikation mellem praktiserende speciallæger og almenmedicinske tilbud
    2. Regionens sygehuse, herunder hvordan udadvendte sygehuse understøtter praktiserende speciallæger med rådgivning og sparring
    3. Andre praksisgrupper i regionen
    4. Kommunale tilbud
- Hvordan regionen planlægger at arbejde for lige adgang og tilgængelighed til praktiserende speciallæge i regionen igennem blandt andet:
    1. Ligelig fordeling af kapacitet af praktiserende speciallæger
    2. Mere aktivitet i speciallægepraksis, herunder flere praktiserende speciallæger i nuværende specialer og nye specialer, på baggrund af regionernes stillingtagen til opgavevaretagelsen
    3. Mulighed for borgerne for at komme i kontakt med praktiserende speciallæger ved fx åbningstider, telefontid, tidsbestilling og digital kontakt, og fysiske adgangsforhold, indenfor overenskomstens rammer
- Sammenhæng mellem opgavevaretagelsen af almene opgaver (hovedfunktionsniveau) i speciallægepraksis og på regionens sygehuse. Herunder overvejelser om ændret opgavevaretagelse mellem sygehuse og praktiserende speciallæge og vurdering af om der er nye specialer med potentiale for opgavevaretagelse i praksissektoren. Ved potentiale for opgavevaretagelse i praksissektoren vil følgende hensyn være væsentlige:
    1. Speciallægetilbud skal være til gavn der, hvor der er størst behov
    2. Vurdering af hvorvidt opgaven fortsat skal varetages i sundhedsvæsenet
    3. Faglig bæredygtighed i det samlede sundhedsvæsen
    4. Uddannelse følger opgaverne
    5. Opgavevaretagelse inden for eller på tværs af lægelige specialer
    6. Adgang til relevant udstyr
    7. Adgang til paraklinik
    8. Behov for indlæggelse og/eller monitorering
    9. Behov for døgndækket behandling

Hensynene beskrives nærmere i Uddybning af hensyn ved potentiel opgavevaretagelse i speciallægepraksis (bilag 1).

- Hvordan vidensdeling og erfaringsudveksling på tværs af regioner i forbindelse med den systematiske planlægning af opgavevaretagelsen for praktiserende speciallæger kan finde sted.

- Hvordan praksisplanen er i overensstemmelse med principperne i national sundhedsplan om omstilling til et mere nært sundhedsvæsen, geografisk lighed og sammenhængende patientforløb.

- Hvordan praksisplanen er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige vejledninger og retningslinjer med relevans for praktiserende speciallæger, herunder også tværsektorielt samarbejde.

- Hvordan planlægning af speciallægehjælp i regionen understøtter intentionerne i Aftale om integration af psykiatri og somatik, herunder fx:

    1. Opmærksomhedspunkter i opgavevaretagelsen hos praktiserende speciallæger som sektor med hensyn til mennesker med samtidig psykisk sygdom

    2. Samarbejde mellem hhv. specialer, praktiserende speciallæger og den regionale psykiatri samt relevante kommunale tilbud i regionerne og eventuelt i nærsundhedsrådenes geografiske områder

    3. Behov for/brug af sparring fra den regionale psykiatri til speciallægepraksis

- En oversigt over lokale aftaler mellem praktiserende speciallæger, almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor, kommunerne m.fl. i forhold til samarbejdet omkring særlige borgergrupper.

Praksisplanen skal understøtte en udvikling, hvor en større andel af sygehusbehandling på hovedfunktionsniveau varetages af blandt andre praktiserende speciallæger. Derfor skal regionerne i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen systematisk forholde sig til organisering af opgavevaretagelsen på hovedfunktionsniveau i det samlede regionale sundhedsvæsen. Det betyder, at regionerne inden for overenskomstens rammer, systematisk skal forholde sig til og planlægge, hvilke opgaver og funktioner, der skal varetages af praktiserende speciallæger i regionen, med udgangspunkt i de beskrevne hensyn (bilag 1). Det indebærer blandt andet overvejelser om potentialer for en ændret organisering af opgavevaretagelsen mellem blandt andet sygehuse og praktiserende speciallæger, eventuelt almenmedicinske tilbud. Som en del af praksisplanen skal regionen også beskrive de faglige moderniseringer inden for specialer, samt eventuelle behov for nye ydelser eller specialer, som ikke allerede fremgår af overenskomsten. De eksisterende strukturer for faglig modernisering er reguleret i overenskomsten. I Forhandlingsaftalen 2025 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af speciallæge (FAS) er aftalt, at parterne skal udarbejde en konkret model for hvordan processen i forbindelse med opgaveflyt kan håndteres løbende, og dermed ikke skal afvente de gængse moderniseringer af speciallægepraksis.

I udarbejdelsen af praksisplaner, herunder vurderingen af udviklingen af sektoren, skal regionerne inddrage viden fra blandt andet Sundhedsstyrelsens specialebeskrivelser, som indeholder en beskrivelse af dele af patientforløb, der med et fremtidigt perspektiv potentielt kan varetages af sektoren samt de regionale sundhedsplaner, som fastlægger målgruppen for praktiserende speciallæger nærmere, fx ved visitationsretningslinjer.

3.3. PRAKSISPLANEN UNDERSTØTTER TILGÆNGELIGHED OG PATIENTRETTIGHEDER

Det er et krav, at:

Regionerne beskriver, hvordan praksisplanen understøtter korte ventetider og patientrettigheder for praktiserende speciallæger som sektor.

Regionerne skal inden for overenskomstens rammer understøtte at borgere kan tilbydes tilgængelige speciallægetilbud med korte ventetider, og at patientrettigheder for praktiserende speciallæger overholdes.

Det anbefales, at praksisplanen beskriver:

- Hvordan kapacitetsplanlægningen understøtter korte ventetider og patientrettigheder i sektoren.

- Konkret praksis for etablering af alternative praksisformer, eksempelvis satellitpraksis, anvendelse af klinikpersonale, assisterende speciallæge mv. I den forbindelse inddrages og deles erfaringer, praksis og viden i dialog med øvrige regioner.

- Eventuelle udfordringer i forhold til, hvordan regionen påtænker at sikre dækning, lige adgang og tilgængelighed til speciallægetilbud i regionen. Herunder blandt andet hvordan regionen understøtter forsyningsforpligtigelsen, så borgere visiteres til og får adgang til relevante sundhedstilbud på samme vilkår.

- Hvordan regionen påtænker at nedbringe eventuel ventetider til praktiserende speciallæger ved brug af overenskomstens muligheder, fx via lokalaftaler.

- Relevante krav i relation til fx organisering, uddannelsesfaciliteter og handicaptilgængelighed, som efter Overenskomst for speciallægehjælp forventes imødekommet i forbindelse med etablering af nye praksis og flytninger af praksis.

- Praksisplanen beskriver lovpligtige muligheder for tilgængelighedstiltag, herunder transport, tolk og bisidder i forbindelse med en konsultation hos en praktiserende speciallæge.

- Hvordan har udviklingen været for praktiserende speciallæger i regionen siden udarbejdelse af sidste praksisplan, herunder fordelingen. Samt eventuelle udfordringer i forhold til kapacitet fx grundet ændret sygdomsbillede samt geografisk afstand.

Borgernes tilgængelighed til praktiserende speciallæger kan understøttes ved bedre anvendelse af den eksisterende kapacitet af praktiserende speciallæger, inden for overenskomstens rammer. Her kan etablering af alternative praksisformer, anvendelse af klinikpersonale, digitale løsninger som fx videokonsultationer, samt aftaler om opgavevaretagelse for særlige patientgrupper bidrage til bedre anvendelse af den eksisterende kapacitet. Særlige patientgrupper kan fx være borgere i udsatte positioner eller ældre borgere.

Praksisplanen beskriver, hvordan overenskomstens muligheder for alternative praksisformer (fx satellitpraksis, assisterende speciallæger, speciallægers tilstedeværelse/klinik i sundhedshus m.fl.), midlertidig kapacitet og digitalisering anvendes i planperioden mhp. bedre anvendelse af eksisterende kapacitet med udgangspunkt i befolkningens behov. Herunder særligt i områder karakteriseret ved store geografiske afstande, tyndt befolkede områder, begrænsede trafikale og erhvervsmæssige muligheder samt en særlig sårbar population i relation til fx alder og sygdomsmønstre. I den forbindelse deles erfaringer, viden og praksis med alternative praksisformer på tværs af regioner og eventuelt sundhedsråd med henblik på en ensartet praksis.

Praksisplanen kan endvidere beskrive ordninger hvor praktiserende speciallæger og almenmedicinske tilbud samarbejder om den fælles patientpopulation. For eksempel videokonference mellem den praktiserende speciallæge, patienten og patientens egen læge og om en fælles behandlingsplan. Dette vil være en del af støtten til og udvikling af det faglige samarbejde med almenmedicinske tilbud. Samarbejdet kan også understøttes ved at speciallægepraksis og almenmedicinsk tilbud er fysisk placeret tæt på hinanden, for eksempel i et sundhedshus eller lignende. Med udviklingen af sundhedsvæsenet er der desuden behov for, at samarbejdet inden for og med andre sektorer koordineres med henblik på at understøtte gode patientforløb af høj kvalitet. For eksempel ved den organisatoriske integration af psykiatri og somatik, hvor specialerne pædiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt psykiatri, almen medicin og neurologi forventes at samarbejde i højere grad end i dag.

4. RAMMER FOR UDARBEJDELSE, GODKENDELSE OG VEDTAGELSE AF PRAKSISPLANEN

I dette kapitel beskrives, hvordan regionernes praksisplaner udarbejdes lokalt og godkendes af Sundhedsstyrelsen med udgangspunkt i sundhedslovens bestemmelser.

4.1. UDARBEJDELSE OG REVISION AF PRAKSISPLANEN

Regionerne har ansvaret for udarbejdelse og revision af praksisplanen. Praksisplanen udarbejdes minimum én gang i hver valgperiode, og udformning af praksisplanen skal hensigtsmæssigt koordineres med den nationale sundhedsplan, den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplaner i regionen. Praksisplanen skal revideres i valgperioden, hvis der sker væsentlige ændringer i dens forudsætninger. Det vil bero på en konkret vurdering, hvornår der er sket så væsentlige ændringer, at en eventuel revision er påkrævet.

Det vil f.eks. være:

- Ved væsentlig udvikling i forholdet mellem befolkningens behandlingsbehov og kapaciteten i speciallægepraksis.
- Hvis kapaciteten i speciallægepraksis reduceres væsentligt.
- Hvis ventetiderne hos de praktiserende speciallæger inden for et givent speciale stiger væsentligt.
- Hvis der sker et større opgaveflyt fra f.eks. sygehuse til speciallægepraksis.
- Indførelsen af nye specialer eller nedlæggelsen af specialer i speciallægepraksis.

Forud for udarbejdelse eller revision af praksisplanen skal regionen indhente bidrag fra regionens patient- og pårørendeudvalg, kommuner, sundhedsråd og repræsentanter for de praktiserende speciallæger i regionen, herunder FAPS samt regionens sundhedsfaglige råd. Forud for regionsrådets vedtagelse af praksisplanen skal der derudover gennemføres en høring hos de samme nævnte parter.

Regionerne kan forud for udarbejdelse eller revision af praksisplanen søge rådgivning hos sundhedsråd, herunder blandt andet om beskrivelse af borgernes behov for speciallægetilbud inden for sundhedsrådets geografiske område. Bidraget kan også indeholde forslag til lokale aftaler, der kan styrke speciallægetilbuddet inden for sundhedsrådets geografiske område. Der opfordres til et tæt samarbejde mellem regionen og FAPS i udarbejdelsen. FAPS kan bidrage med viden om patientgrupper og behandlinger i speciallægepraksis samt kvalificering af data.

Formålet er at få relevante forslag til indholdet af den kommende praksisplan, herunder viden om særlige udfordringer, som bør håndteres, potentiale for opgaveflyt til praktiserende speciallæger og ændret organisering og planer for den kommende periode. Det er væsentligt, at regionen fastsætter en tidlig og efter behov løbende inddragelse af aktører i udarbejdelsen af praksisplanen.

I forbindelse med udarbejdelse eller revision af praksisplanen skal regionerne i dialog med øvrige regioner med henblik på at dele erfaringer, viden og praksis for planlægning, drift og udvikling af praktiserende speciallæger som sektor jf. kapitel 3. Processen for udarbejdelse og vedtagelse, herunder høring, af regionernes praksisplaner skal i øvrigt ske i overensstemmelse med sundhedsloven og den gældende overenskomst.

4.2. GODKENDELSE OG VEDTAGELSE AF PRAKSISPLANEN

Sundhedsstyrelsen skal godkende den regionale praksisplan for praktiserende speciallæger, før den kan vedtages. Vedtagelsen af praksisplanen sker i regionsrådet. Kravene, som ligger til grund for Sundhedsstyrelsens godkendelse, fremgår af kapitel 3.

Sundhedsstyrelsen står til rådighed for løbende at rådgive regionerne i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen. Sundhedsstyrelsens godkendelse af praksisplanen sker dermed i forbindelse med udarbejdelsen.

Ved væsentlige ændringer og større revision af praksisplanen vil praksisplanen skulle godkendes af Sundhedsstyrelsen. Rådgivning og dialog om praksisplaner kan med fordel ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens rådgivning i forbindelse med udarbejdelsen af de regionale sundhedsplaner. Regionerne skal have vedtaget den første praksisplan efter de nationale retningslinjer i regionsrådet senest den 1. juli 2028.

I forbindelse med opdatering af øvrige nationale rammer og planer, herunder National sundhedsplan, som opdateres hvert fjerde år, vil Sundhedsstyrelsen tage stilling til, om de nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp ligeledes skal opdateres.


1.00x
03-04-2025
21-02-2025
20-02-2025
00:00
59678MB
00:00
04-04-2025
12:20:17
58905MB

5. BILAG

5.1. UDDYBNING AF HENSYN VED POTENTIEL OPGAVEVARETAGELSE I SPECIALLÆGEPRAKSIS

INDLEDNING

Det er jf. de nationale retningslinjer om praksisplaner for speciallægehjælp et krav, at regionerne i deres praksisplaner beskriver, hvordan mulighederne i den til enhver tid gældende overenskomst anvendes til at fremme den ønskede udvikling af speciallægetilbud som en del af det samlede sundhedsvæsen (krav 2). Det anbefales i den forbindelse, at praksisplanen indeholder en beskrivelse af sammenhæng mellem opgavevaretagelsen af almene opgaver (hovedfunktionsniveau) i speciallægepraksis og på regionens sygehuse. Herunder eventuelle overvejelser om ændret opgavevaretagelse mellem sygehuse og praktiserende speciallæger, og om der er nye specialer med potentiale for opgavevaretagelse i praksissektoren.

Sundhedsstyrelsen har peget på ni væsentlige hensyn, som regionerne bør forholde sig til, ved overvejelser om en eventuelt ændret opgavevaretagelse mellem sygehusene og de praktiserende speciallæger. Formålet med hensynene er at understøtte regionernes sundhedsplanlægning, hvor der tages til blandt andet faglig bæredygtighed og udnyttelse af speciallægeressourcer på tværs af regionens geografiske områder mv. Nedenfor uddybes disse væsentlige hensyn.

VÆSENTLIGE HENSYN VED OVERVEJELSE OM ÆNDRET OPGAVEVARETAGELSE

1. SPECIALLÆGETILBUD SKAL VÆRE TIL GAVN DER, HVOR DER ER STØRST BEHOV

Sundhedstilbud bør differentieres efter patienters behov, ønsker og muligheder, samt tilrettelægges med inddragelse af patienter, så sundhedsplanlægningen understøtter folkesundheden. Det betyder, at organiseringen omkring opgavevaretagelsen tilrettelægges efter borgernes behov i et givent geografisk område ved hjælp af viden om populationen, herunder sundhedsprofil, sygdomsmønstre og sundhedskompetencer[6]. Eftersom organisering omkring opgavevaretagelsen tilpasses borgernes behov, vil speciallægetilbud variere på tværs af landet.

Praktiserende speciallæger kan tilbyde kontinuitet og tilgængelighed til speciallægetilbud, hvilket kan være særligt relevant i områder der er karakteriseret af store geografiske afstande, tyndt befolkede områder, begrænsede trafikale og erhvervsmæssige muligheder samt en særlig sårbar population i relation til fx alder og sygdomsmønstre. Dette bør ligeledes være et hensyn i organiseringen af speciallægetilbud.

2. VURDERING AF, HVORVIDT OPGAVEN FORTSAT SKAL VARETAGES I SUNDHEDSVÆSENET

Planlægning af speciallægetilbud bør ske med hensyn til, at der som følge af sundhedsvæsenets udvikling vil være opgaver, der ikke længere skal varetages i sundhedsvæsenet eller som hensigtsmæssigt kan varetages af borgeren selv, understøttet af sundhedsvæsenet. Initiativer i regi af Vælg Klogt-organisationen bør inddrages i denne vurdering. Derudover kan der i vurderingen overvejes om en opgave/ydelse kan varetages af andet (klinik-) personale, mhp. bedst muligt ressourceudnyttelse.

3. FAGLIG BÆREDYGTIGHED I DET SAMLEDE SUNDHEDSVÆSEN

Planlægning af speciallægetilbud bør ske baseret på befolkningssammensætning, sygdomsmønstre og adgang til sundhedsfaglige ressourcer, så de anvendes geografisk og organisatorisk der, hvor de skaber mest værdi for patienterne og for sundhedsvæsenet som helhed.

Organisering af opgavevaretagelsen bør tage hensyn til faglig bæredygtighed i det samlede sundhedsvæsen – herunder patientvolumen, udstyr, viden og kompetencer samt muligheder for at opbygge og vedligeholde stærke og robuste faglige miljøer i et givent område. Heri indgår over-

[6] *Sundhedskompetence i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen*

vejelser om afledte effekter for sygehusafdelinger på fx akutsygehuse ved en øget kapacitet af praktiserende speciallæger (rekruttering, opbygning og opretholdelse af faglige miljøer, sammenhæng mellem hovedfunktion og specialfunktioner mv.). Ved overvejelse om opgaveflyt mellem sygehuse og praktiserende speciallæger, er der vigtigt, at flytningen er faglig, organisatorisk og helhedsmæssig meningsfuld.

Praktiserende speciallæger kan styrke rekruttering af læger i almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedspersoner i et givent område, særligt i områder med stor geografisk afstand til nærmeste sygehus. Hensynet til faglig bæredygtighed i det samlede sundhedsvæsen vil være en lokal afvejning af, hvordan speciallægetilbud bedst organiseres i et givent område. Sundhedsstyrelsen har udfoldet begrebet i notatet Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning[7].

4. UDDANNELSE FØLGER OPGAVERNE

Sundhedstilbud bør planlægges med hensyn til, at den relevante uddannelse, der er tilknyttet en opgave, kan foregå og/eller tilstrækkeligt understøttes samme sted, som opgaven varetages. Det betyder, at uddannelse, fx lægelig videreuddannelse, efteruddannelse, og/eller kompetenceudvikling ved tilstrækkelig rådgivning fra specialister, følger opgaveflyt.

5. OPGAVEVARETAGELSE INDEN FOR ELLER PÅ TVÆRS AF LÆGELIGE SPECIALER

Planlægning af speciallægetilbud bør ske efter hensyn til, om opgaven primært kan varetages inden for det konkrete lægelige speciale, eller bør varetages i et samarbejde på tværs specialer. Opgaver der kan varetages inden for et konkret lægeligt speciale kan potentielt varetages af praktiserende speciallæger. Dette indebærer i relevant omfang samarbejde med øvrige aktører fx praksispersonale, speciallæger m.fl. for at understøtte, at borgerne modtager sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet.

6. ADGANG TIL RELEVANT UDSTYR

Planlægning af speciallægetilbud bør ske efter hensyn til, om der er rimelig mulighed for at etablere opgavevaretagelsen med det relevante udstyr, herunder også eventuelt særligt specialiseret udstyr, der kun kan anvendes på sygehus.

7. ADGANG TIL PARAKLINIK

Planlægning af speciallægetilbud bør ske efter hensyn til, om der er mulighed for at understøtte tilbuddet med relevant adgang til paraklinik (blodprøver, billeddiagnostik og eventuelt patologi).

8. BEHOV FOR INDLÆGGELSE OG/ELLER MONITORERING

Planlægning af speciallægetilbud bør ske efter hensyn til, hvorvidt der er behov for indlæggelse og/eller monitorering, der ikke kan varetages af praktiserende speciallæger.

9. BEHOV FOR DØGNDÆKKET BEHANDLING

Planlægning af speciallægetilbud bør ske efter hensyn til, om der er behov for døgndækket behandling i forbindelse med den konkrete opgave, eller det er tilstrækkeligt med en organisering omkring opgavevaretagelsen, der kun understøtter behandling i dagstid, fx hos en praktiserende speciallæge.

[7] *Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning. Sundhedsstyrelsen (2024).*

Sundhed for alle ♥+●