

Diskussionsoplæg

KLOG OMSTILLING FRA SYGEHUS TIL SPECIALLÆGEPRAKSIS



Indledning

Lægeforeningen har udarbejdet en analyse, der undersøger forudsætningerne og potentialet for kapacitetsfrigivelse på sygehuse ved at omstille opgaveløsningen til speciallægepraksis. Analysen tager afsæt i fire specialer: psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, neurologi og ortopædkirurgi. Baggrunden er *Aftale om sundhedsreform 2024*, som indeholder en ambition om at skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne.¹

Analysens del I viser, at hvis de relevante patientgrupper fremadrettet udredes og behandles i speciallægepraksis i stedet for på sygehuset, så er der behov for at udvide kapaciteten i speciallægepraksis med op til 132 fuldtidspraktiserende speciallæger inden for de fire specialer. I dag er der samlet set 200 fuldtidspraktiserende speciallæger inden for de fire specialer.

Analysens del II viser geografiske områder, hvor der i dag er langt til speciallæger inden for de fire specialer. Der er f.eks. langt til en speciallæge inden for børne- og ungdomspsykiatri i store dele af landet. Årsagerne er ikke mindst, at der i en årrække er uddannet alt for få speciallæger, og at der ligeledes fra regionernes side har været udbudt for få ydernumre.

Omstillingen skal ske trinvist og med rette forudsætninger

Analysen fungerer som et diskussionsoplæg og peger på forudsætninger, der skal være til stede for at lykkes med ambitionen om kapacitetsfrigørelse på sygehusene og sikre, at flere borgere behandles i primærsektoren. Det kræver blandt andet at:

- der uddannes flere speciallæger.
- kapaciteten i speciallægepraksis udvides gennem flere ydernumre.
- større dele af den lægelige videreuddannelse foregår i speciallægepraksis.
- sygehusene fortsat har kapacitet og ressourcer til at varetage de patienter, som skal behandles på sygehusene.
- henvisningsvejene på tværs af sygehus, speciallægepraksis og almen praksis gøres smidigere, så patienter ikke tabes i forløbet.
- sikre fagligt sammenhængende patientforløb ved at sikre tværfaglighed og geografisk nærhed mellem involverede speciallægepraksis.
- der lægges en plan for medicinudgifter, så egenbetaling ikke bliver en barriere for patienter i skiftet fra sygehus til speciallægepraksis.

Analysen er et bidrag til, hvordan ét hjørne af omstillingen af sundhedsvæsenet kan gribes an og skal ses som et afsæt for videre analyse og en bredere drøftelse af omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen.

¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Aftale om sundhedsreform 2024 [\[Link\]](#)

Del I: Klog omstilling af opgaver fra sygehuse til speciallægepraksis

Formål og metode

Regeringen har indgået en bred politisk aftale om en sundhedsreform, der skal styrke det samlede sundhedsvæsen og bringe behandlingstilbud tættere på borgerne. Som led i denne ambition er det politisk besluttet, at flere opgaver skal varetages i speciallægepraksis. Der er derfor behov for at undersøge, hvordan flere opgaver kan løses uden for sygehusenes rammer, og hvilke kapacitetsmæssige og organisatoriske forudsætninger det kræver.

Boks 1. Speciallægepraksis - styring, organisering og potentiale

Praktiserende speciallæger er selvstændige erhvervsdrivende læger, der har overenskomst med Danske Regioner. Praktiserende speciallæger varetager behandling på hovedfunktionsniveau i mindre, decentrale enheder inden for de lægefaglige specialer. Der er i dag ca. 900 lægekapaciteter fordelt på ca. 1.000 klinikker (både fuldtids- og deltidspraksis), hvoraf flest klinikker er placeret i Region Hovedstaden.²

Praktiserende speciallæger indgår i en arbejdsdeling med sygehusene og løser vigtige dele af opgaverne inden for de enkelte specialer. Der er potentiale for, at speciallægepraksis i større udstrækning kan aflaste sygehusene og skabe specialiserede tilbud tæt på patienterne. Samtidig kan speciallægepraksis bidrage til at styrke de nære sundhedstilbud ved at indgå som sparringspartner til bl.a. almen praktiserende læger.

Speciallægepraksis er takstfinansieret, men underlagt en samlet økonomisk ramme. Det, at praktiserende speciallæger er selvstændige og honoreres ud fra den specifikke patientbehandling, betyder generelt, at arbejdet i praksis typisk er tilrettelagt meget effektivt og produktivt. Det hænger sammen med, at nogle opgaver på hovedfunktionsniveau indebærer en grad af forudsigelighed og rutine, og disse opgaver kan håndteres effektivt i speciallægepraksis.¹ Sygehusene er overordnet rammefinansierede bl.a. for at sikre, at sygehusene kan varetage en række bredere sundhedsopgaver, herunder lægelig videreuddannelse, akutte og højt specialiserede behandlinger samt håndtering af komplekse patientforløb. Selv ved ukomplicerede patientkontakter aktiveres ofte flere faggrupper og omfattende procedurer, hvilket gør behandling på sygehuse mere ressourcekrævende – også i tilfælde, hvor opgaven fagligt kunne løses enklere.

Med Aftale om sundhedsreform 2024 indføres nationale retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp. Det skal afhjælpe den ulige fordeling af praktiserende speciallæger på tværs af landet og give mere ensartet adgang til praktiserende speciallæger i hele landet og en samlet bedre kapacitetsudnyttelse. Det kan også bidrage til en bedre arbejdsdeling og samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og de praktiserende speciallæger. Med aftalen indføres også en ret til hurtig udredning og behandling. Den endelige model skal afklares. Derudover afsættes der midler til, at regionerne fra 2026 kan sætte yderligere ind med at nedbringe ventetider til speciallægepraksis.³

Formålet med denne analyse er derfor at undersøge potentialet for at omstille relevante opgaver på hovedfunktionsniveau fra sygehuse til speciallægepraksis. I forbindelse med analysen er der taget kontakt til eksperter fra faglige kliniske miljøer, herunder praktiserende speciallæger, cheflæger og

² Sundhedsstrukturkommissionen: Baggrundsrapport, 2024 [\[Link\]](#)

³ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Aftale om sundhedsreform 2024 [\[Link\]](#)

repræsentanter fra de relevante specialebærende selskaber. Analysen skal ses som et afsæt for videre analyse og drøftelse af opgavefordeling og omstilling til et mere nært sundhedsvæsen.

Udvælgelse af lægefaglige specialer

Analysen fokuserer på de lægefaglige specialer børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi. De er *eksempler* på specialer, hvor der allerede i dag findes en vis kapacitet i speciallægepraksis, og hvor der vurderes at være et konkret potentiale for større opgavevaretagelse uden for sygehusene.

Et udvalg af praktiserende speciallæger og sygehusansatte læger med relevant indsigt inden for de fire specialer har bidraget med input til, hvilke specialespecifikke opgaver der under de rette forudsætninger i højere grad kan varetages i speciallægepraksis. I analysen er der så vidt muligt taget højde for, at ikke alle patientforløb inden for de udvalgte opgaver kan varetages i speciallægepraksis, eftersom klinisk kompleksitet eller øvrige forhold kan indebære, at nogle forløb fortsat bør og skal varetages på sygehusene.

Udover de fire nævnte specialer, er 11 andre specialer⁴ af de i alt 39 allerede repræsenteret i speciallægepraksis og kan – afhængigt af opgavetyper, patientforløb og kapacitet – på sigt bidrage yderligere til at skabe mere nære sundhedstilbud og aflaste sygehusene.

Model for beregning af kapacitetsbehov og ressourcefrigivelse

Med udgangspunkt i de specialespecifikke opgaver baseres analysen på simple beregningsmodeller til at estimere behovet for øget kapacitet i speciallægepraksis samt omfanget af ressourcer, der kan frigives på landets sygehuse ved at omlægge relevante opgaver til speciallægepraksis.

Behovet for ekstra kapacitet i speciallægepraksis er estimeret ved at opgøre antallet af ambulant patientforløb, der potentielt kan flyttes fra sygehus til praksis, i forhold til den gennemsnitlige aktivitet pr. fuldtidspraktiserende speciallæge i det pågældende speciale.

Det frigjorte ressourcepotentiale på landets sygehuse er opgjort som andelen af de nuværende ambulante sygehusophold, som vurderes at kunne varetages i speciallægepraksis. Der differentieres ikke mellem patientforløb i speciallægepraksis inden for et lægefagligt speciale i forhold til behandlingskomplexitet, ressourceforbrug eller tidsforbrug.

Da opgaver i sygehusenes ambulante funktioner varetages i et tværfagligt samarbejde mellem læger, sygeplejersker og øvrigt sundhedspersonale, kan de potentielt frigjorte ressourcer ikke direkte omsættes til et antal læger eller specifikke faggrupper. Ressourcepotentialet skal derfor forstås som en samlet kapacitetsfrigørelse, der kan give ekstra tid og kapacitet til andre patientgrupper og opgaver.

Analyse

Omstilling til større opgavevaretagelse i speciallægepraksis

En styrkelse af speciallægepraksis kan bidrage væsentligt til at aflaste sygehusene og understøtte udviklingen af et mere nært sundhedsvæsen. Forudsat at relevante patientgrupper fremadrettet udredes og behandles i speciallægepraksis i stedet for på sygehuse, viser analysen, at der er behov for

⁴ anæstesiologi, dermatologi, diagnostisk radiologi, gynækologi-obstetrik, intern medicin, kirurgi, oftalmologi, oto-rhino-laryngologi, plastikkirurgi, pædiatri og reumatologi.

at udvide kapaciteten i speciallægepraksis med op til 132 praktiserende speciallæger inden for specialerne børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi samlet set, jf. tabel 1. Det svarer til en samlet kapacitetsudvidelse på ca. 66 pct. på tværs af specialerne og varierer med mellem 12 og 54 speciallæger inden for de fire specialer afhængigt af opgaveomfang og nuværende produktivitet. En omstilling til større opgavevaretagelse i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med, at der allerede i dag er et udækket behov og lange ventelister til udredning og behandling i praksissektoren.

Tabel 1. Omstilling til større opgavevaretagelse i speciallægepraksis inden for fire lægefaglige specialer

Speciale	Kapaciteter (antal)	Patienter (antal)	Patienter pr. kapacitet (gns.)	Patienter tilført (antal)	Behov for ekstra kapaciteter (antal)
Børne- og ungdomspsykiatri	21	5.450	260	12.957	50
Psykiatri	118	56.317	478	25.936	54
Neurologi	36	52.452	1.457	22.822	16
Ortopædkirurgi	25	76.796	3.035	37.903	12
Samlet	200				132

Anm.: En kapacitet i speciallægepraksis er defineret som en fuldtidsansat speciallæge, der ikke må have andre fuldtidsstillinger end denne. Samtidigt skal den pågældende praktiserende speciallæge overstige de nedre omsætningsgrænser, som er fastsat for hvert speciale. Patienter er opgjort som unikke patienter. Behov for ekstra kapaciteter i speciallægepraksis angiver antallet af ekstra praktiserende speciallæger, der bliver behov for, hvis opgaverne varetages i speciallægepraksis, fx i form af et nyoprettet ydernummer med én kapacitet. Der differentieres ikke mellem patientforløb i speciallægepraksis inden for et lægefagligt speciale ift. behandlingskompleksitet, ressourceforbrug eller tidsforbrug.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Danske Regioner samt Sygesikringsregisteret og CPR-registeret gennem Sundhedsstyrelsens eSundhed.

Specialespecifikke opgaver med potentiale for omstilling til speciallægepraksis

Tabel 2-5 viser eksempler på konkrete opgaver inden for henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi, som vurderes at kunne varetages i speciallægepraksis. Opgaverne er identificeret som velegnede til omstilling under de rette forudsætninger, bl.a. fordi de udføres på hovedfunktionsniveau og ikke er afhængige af sygehusenes tværfaglige rammer. Der er tale om eksempler på opgaver og ikke udtømmende lister.

Tabel 2. Ambulante patienter til speciallægepraksis, børne- og ungdomspsykiatri, 2024

Opgave	Antal
ADHD	9.274
Angst	607
Autisme	1.577
Depression	1.499
Samlet	12.957

Anm.: ADHD omfatter både opmærksomhedsforstyrrelse med og uden hyperaktivitet. Det forudsættes, at halvdelen af patienterne med autisme og/eller ADHD fortsat behandles i sygehusvæsenet pga. samtidige lidelser. For de patienter, der vurderes at kunne behandles i speciallægepraksis (lette og moderate tilfælde), antages aktivitet svarende til tre ambulante forløb pr. patient. Til sammenligning har patienter i børne- og ungdomspsykiatrien i sygehusvæsenet gennemsnitligt fem ambulante forløb på tværs af lette, moderate og svære lidelser.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret og CPR-registeret).

Tabel 3. Ambulante patienter til speciallægepraksis, psykiatri, 2024

Opgave	Antal
ADHD	12.023
Angst	2.900
Autisme	711
Depression	10.302
Samlet	25.936

Anm.: ADHD omfatter både opmærksomhedsforstyrrelse med og uden hyperaktivitet. Det forudsættes, at halvdelen af patienterne med autisme og/eller ADHD fortsat behandles i sygehusvæsenet pga. samtidige lidelser. For de patienter, der vurderes at kunne behandles i speciallægepraksis (lette og moderate tilfælde), antages aktivitet svarende til tre ambulante forløb pr. patient. Til sammenligning har patienter i psykiatrien i sygehusvæsenet gennemsnitligt syv ambulante forløb på tværs af lette, moderate og svære lidelser.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret og CPR-registeret).

Tabel 4. Ambulante patienter til speciallægepraksis, neurologi, 2024

Opgave	Antal
Epilepsi	6.497
Følger efter hovedtraumer eller hjernerystelse	184
Hovedpine og migræne	4.763
Nervebetændelse	398
Parkinson sygdom	7.502
Sekundær progressiv multipel sclerose	3.478
Samlet	22.822

Anm.: For de patienter, der vurderes at kunne behandles i speciallægepraksis (lette og moderate tilfælde), antages 1,5 forløb pr. patient. Til sammenligning har patienter i neurologi i sygehusvæsenet gennemsnitligt 2,5 ambulante forløb på tværs af lette, moderate og svære lidelser.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret og CPR-registeret).

Tabel 5. Ambulante patienter til speciallægepraksis, ortopædisk kirurgi, 2024

Opgave	Antal
Amputation af finger eller tå	642
Benign knude	2.237
Karpaltunnelsyndrom (nerveafklemning i håndled)	10.166
Kuskefinger	6.537
Lateral og medial epicondylitis (tennisalbue og golfalbue)	1.713
Negleforandringer	66
Seneknuder	4.598
Hallux valgus congenitus (skæv storebå)	5.141
Springfinger	6.803
Samlet	37.903

Anm.: For de patienter, der vurderes at kunne behandles i speciallægepraksis (lette og moderate tilfælde), antages aktivitet svarende til 1,5 ambulante forløb pr. patient. Til sammenligning har patienter i ortopædisk kirurgi i sygehusvæsenet gennemsnitligt 2 ambulante forløb på tværs af lette, moderate og svære lidelser.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret og CPR-registeret).

Kapacitetsfrigivelse i sygehusvæsenet

Ved at omlægge relevante opgaver fra sygehuse til speciallægepraksis inden for børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi vurderes det, at op mod 5-19 pct. af de nuværende ambulante sygehusophold kan varetages i speciallægepraksis, jf. tabel 6. En sådan omstilling vil aflaste sygehusene og gøre det muligt at prioritere ressourcerne til patienter med akutte eller komplekse behandlingsbehov samt til områder, hvor sygehusenes tværfaglige rammer er nødvendige. Når mindre komplekse patientforløb varetages i speciallægepraksis, frigøres tid og kapacitet på sygehusene til at nedbringe kritiske ventetider inden for de fire specialer og styrke kapaciteten dér, hvor behovet er størst.

Omstillingspotentialet varierer mellem specialerne og ser ud til at være særligt markant i psykiatrien, hvor mellem 13 og 19 pct. af ambulante sygehusophold potentielt kan varetages i praksis. I de øvrige specialer kan potentialet ligeledes være væsentligt – særligt set i lyset af det stigende pres på sygehuskapaciteten og behovet for at anvende sundhedsvæsenets samlede ressourcer mest hensigtsmæssigt.

Tabel 6. Frigivelse af ressourcer i sygehusvæsenet inden for fire lægefaglige specialer

Speciale	Ambulante ophold på sygehuse (antal)	Ambulante ophold flyttet til speciallægepraksis (antal)	Ressourcer frigivet på sygehuse (pct.)
Børne- og ungdomspsykiatri	200.325	38.871	19
Psykiatri	875.613	77.815	13
Neurologi	263.763	34.232	13
Ortopædkirurgi	1.235.814	56.855	5

Anm.: Der differentieres ikke mellem ambulante ophold inden for et lægefagligt speciale ift. behandlingskompleksitet, ressourceforbrug eller tidsforbrug. Ressourcer der kan frigives i sygehusvæsenet, er opgjort som andelen af de nuværende sygehusophold, som vurderes at kunne varetages i speciallægepraksis. I praksis vil nogle ophold fortsat varetages på sygehuse, f.eks. på grund af klinisk kompleksitet eller andre forhold.

Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Sundhedsdatastyrelsen (Landspatientregisteret og CPR-registeret).

Forudsætninger for omstilling

Analysen peger på et betydeligt potentiale for at frigive kapacitet på landets sygehuse ved at omstille relevante behandlingsopgaver til speciallægepraksis. For at realisere dette potentiale kræver det dog, at en række centrale forudsætninger er opfyldt – blandt andet dem der beskrives nedenfor.

Kapacitetsudvidelse i speciallægepraksis

For at kunne flytte opgaver fra sygehus og ud i praksissektoren, er det afgørende, at der er tilstrækkelig kapacitet og de rette kompetencer til stede på tværs af landet. Det kræver dels flere ydernumre, dels andre former for kapacitetsudvidelse, så adgangen til de nødvendige faglige kompetencer sikres på tværs af landet.

Tværfaglighed og geografisk nærhed

I det politiske arbejde omkring omstillingen til større opgavevaretagelse i speciallægepraksis, er det afgørende at sikre opmærksomhed på behovet for tværfagligt samarbejde. Mange sygehusbehandlinger forudsætter koordination mellem flere lægefaglige specialer, og hvis visse opgaver skal flyttes

til speciallægepraksis, stiller det krav om både tværfaglighed og geografisk nærhed mellem de involverede praksis. Det er nødvendigt for at sikre fagligt sammenhængende patientforløb. Samtidig varierer de regionale forudsætninger, og løsningerne må derfor tilpasses de lokale strukturer og kapacitetsforhold.

Uddannelsesforpligtelse

I drøftelserne om en øget opgavevaretagelse i speciallægepraksis er det relevant at tage højde for, at der skal knyttes uddannelsesforpligtelser til en sådan omstilling. Hvis hele eller væsentlige dele af patientforløb på sigt ikke længere varetages i sygehusregi, uden at uddannelsesfunktioner følger med, kan det få negative konsekvenser for lægers videreuddannelse. Der er en risiko for, at læger under videreuddannelse ikke i tilstrækkelig grad opnår erfaring med bestemte patientgrupper og sygdomsbilleder, hvilket kan påvirke både uddannelsens kvalitet og fremtidig faglig kapacitet.

Sikring af kritiske funktioner på sygehuse

Endelig skal der udvikles en model, der fortsat sikrer tilstrækkelige ressourcer og kapacitet på sygehuse til varetagelse af akutte og komplekse patienter. Det er en forudsætning, at der fortsat er tilstrækkeligt med opgaver og speciallæger samt fagligt stærke miljøer til uddannelse på sygehuse.

Plan for medicinudgifter

Det skal undersøges, hvilke konsekvenser en omstilling af opgaver til speciallægepraksis kan have for medicinudgifter. En omstilling af opgaver fra sygehus til speciallægepraksis må ikke medføre en større egenbetaling for patienten.

Data

Analysen bygger på data fra Danske Regioner over eksisterende kapaciteter i speciallægepraksis pr. 1. januar 2024. Hertil anvendes data fra Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, tilgængeligt via Sundhedsdatastyrelsen eSundhed til at opgøre aktivitet i sygehusvæsenet relateret til udvalgte diagnosekoder samt den nuværende aktivitet i speciallægepraksis.

For at sammenligne sygehusaktivitet (opgjort som ambulante ophold) med aktiviteten i speciallægepraksis (opgjort som unikke patienter) er antallet af ambulante ophold omregnet til unikke patienter. Dette er gjort ved at anvende oplysninger om gennemsnitligt antal ophold pr. patient, opgjort særskilt for hvert speciale. Resultatet er et skøn over antallet af unikke patienter, der i analysen forventes at kunne få varetaget deres behandling i speciallægepraksis.

Del II: Geografisk fordeling af speciallægepraksis

Formål

Med Aftale om sundhedsreform 2024 har regeringen sammen med en bred politisk kreds besluttet at styrke sundhedsvæsenet og bringe behandlingstilbuddene tættere på borgerne. Et centralt element i aftalen er indførelsen af nationale retningslinjer for regionernes planlægning af praktiserende speciallægehjælp med henblik på at sikre en mere ensartet adgang til speciallæger på tværs af landet og bedre udnyttelse af den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet.

Formålet med del II af analysen er at identificere geografiske områder, hvor det kan være fordelagtigt at oprette flere ydernumre inden for fire lægefaglige specialer for at fremme geografisk lighed i adgangen til sundhedstilbud.

Denne del af analysen bidrager med et konkret oplæg til videre drøftelser og beslutninger om styrkelse af nære sundhedstilbud, herunder placeringen af nye ydernumre som led i udmøntningen af sundhedsreformen.

Del 1: Hovedfund

Omstilling kræver kapacitetsudvidelse i speciallægepraksis

En omstilling til større opgavevaretagelse inden for udvalgte opgaver i speciallægepraksis vil kræve en kapacitetsudvidelse inden for specialerne børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi. Forudsat at relevante patientgrupper fremadrettet udredes og behandles i speciallægepraksis i stedet for på sygehuse, viser analysen, at der er behov for at udvide kapaciteten i speciallægepraksis med op til 132 fuldtidspraktiserende speciallæger inden for specialerne børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi samlet set, jf. tabel 1. Det svarer til en samlet kapacitetsudvidelse på ca. 66 pct. på tværs af specialerne og varierer med mellem 12 og 54 fuldtidsansatte speciallæger inden for de fire specialer afhængigt af opgaveomfang og nuværende produktivitet.

Analyse

Geografisk fordeling af ydernumre

Figur 1-4 viser Danmarkskort over lægedækningen inden for specialerne børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi. Kortene peger samtidig på, hvor der med fordel kan oprettes nye ydernumre for at sikre en bedre geografisk dækning med praktiserende speciallæger og understøtte omstillingen til større opgavevaretagelse uden for sygehusene og tættere på borgerne, jf. boks 2. I dag er speciallægepraksis i høj grad koncentreret i større byer og i hovedstadsområdet, mens store dele af landet mangler lokale speciallægetilbud. Det drejer sig bl.a. om kommuner med en høj andel ældre borgere. Der er derfor flere steder i landet, hvor det er oplagt at oprette nye ydernumre.

For at understøtte omstillingen fra sygehus til praksissektor anbefales det på baggrund af figur 1-4 at oprette nye ydernumre i de områder, hvor der ikke er lokale speciallægetilbud i dag:

- **Børne- og ungdomspsykiatri:** Figur 1 viser, at der i dag ikke er en praktiserende børne- og ungdomspsykiater i hele Vestjylland. Det samme gælder for Sønderjylland, som samtidigt har en relativ høj andel borgere under 19 år sammenlignet med andre geografiske områder. For yderområderne gælder det, at både Lolland-Falster og den nordligste del af Jylland, herunder Hjørring, Frederikshavn og Brønderslev, mangler praktiserende børne- og ungdomspsykiatere.
- **Psykiatri:** Figur 2 viser, at praktiserende psykiatere i Jylland primært er koncentreret omkring større byer som Aarhus, Aalborg, Viborg og Herning. Der mangler således lokale speciallægetilbud i store dele af Jylland. Der er ofte en praksis placeret tæt på byer, der har sygehuse, men i Aabenraa kommune er der ingen praktiserende psykiatere.
- **Neurologi:** Figur 3 viser, at der kun er få praktiserende neurologer i Region Sjælland. Det samme gør sig gældende i Nordvestjylland, hvor borgerne i dag ikke har et lokalt neurologisk speciallægetilbud, selvom 25-30 procent af befolkningen er over 65 år.
- **Ortopædkirurgi:** Figur 4 viser, at det særligt er de geografiske områder med mange borgere over 65 år, der mangler lokale ortopædkirurgiske speciallægetilbud. Det gælder f.eks. kommunerne omkring Thisted, Aabenraa, Frederikshavn samt store dele af Fyn og Lolland.

Det er dog ikke udelukkende i områder uden eksisterende praksis, at der er behov for nye ydernumre. Når opgaver flyttes fra sygehuse til praktiserende speciallæger, vil det også medføre behov for kapacitetsudvidelse i områder med høj befolkningstæthed og stor efterspørgsel, selvom der i forvejen er lokale speciallægetilbud.

Boks 2. Fortolkning af danmarkskort – områder uden lægedækning

Figur 1-4 viser geografiske områder, hvor der i dag mangler speciallæger inden for de fire udvalgte specialer: børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi. De geografiske områder, hvor der mangler speciallæger, er illustreret som områder uden symboler. Fraværet af speciallægepraksis indikerer, hvor der med fordel bør oprettes nye ydernumre – som led i indsatsen for at løfte flere sundhedsopgaver uden for sygehusene og tættere på borgerne.

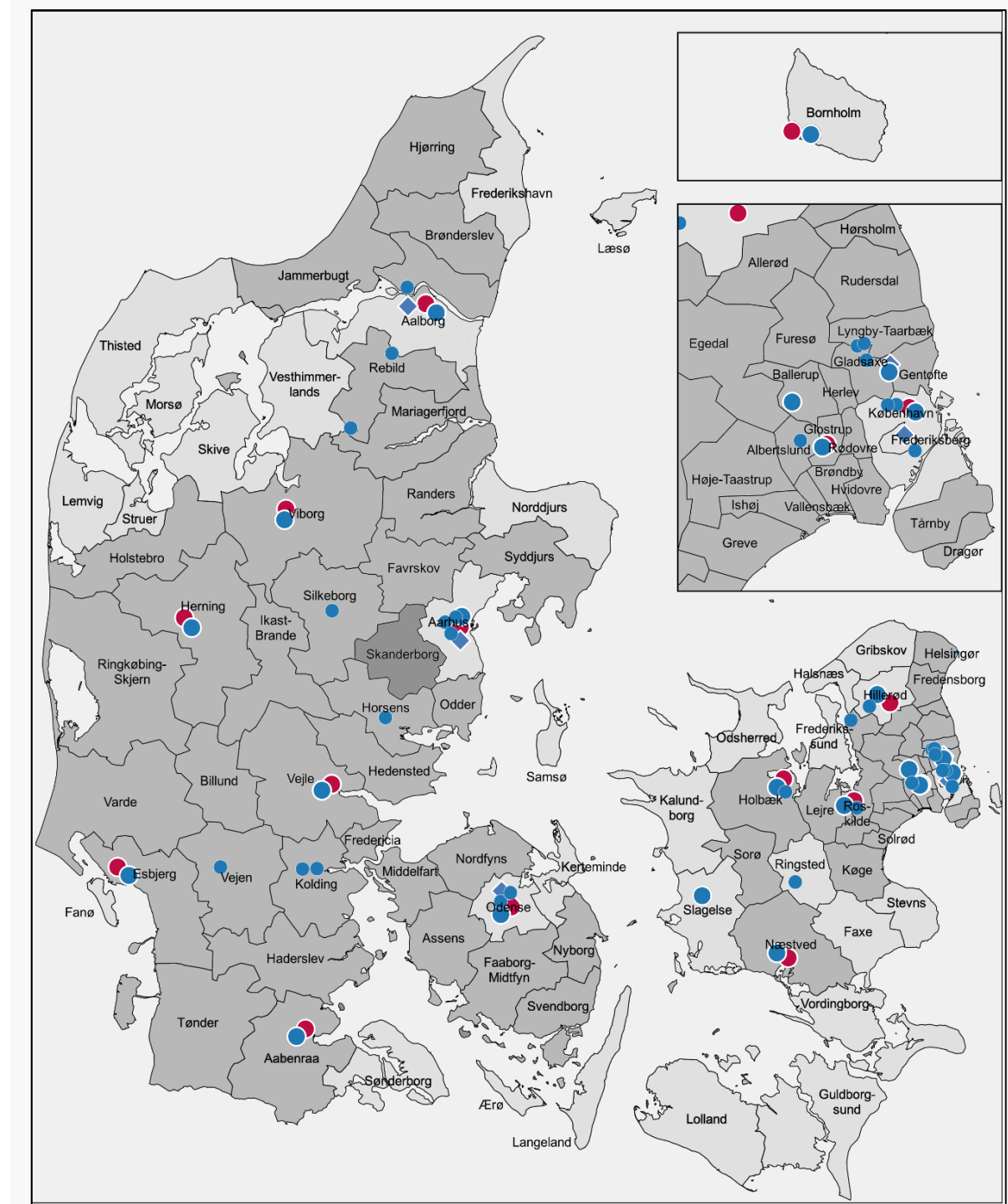
Symbolforklaring:

- **Røde markeringer** viser hospitaler med lægelig videreuddannelse
- **Blå markeringer** viser offentlige behandlingssteder, og størrelsen angiver, hvorvidt markeringen er et sygehus eller en speciallægepraksis med ydernummer
 - Stor blå cirkel angiver et sygehus
 - Lille blå cirkel angiver en speciallægepraksis med ydernummer
- **Firkanter** angiver privathospitaler

Baggrundsfarve:

Kortets grå farveskala viser andelen af borgere over 65 år fordelt på kommuner. Skalaen angiver, hvorvidt andelen af borgere over 65 år udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct., 25-30 pct. eller over 30 pct. (mørk) i kommunen. Specifikt for kortet over speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri viser andelen af borgere under 19 år i hver kommune. Skalaen angiver, om børn og unge udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct. eller over 25 pct. (mørk) af kommunens befolkning.

Figur 1. Uddannelses- og arbejdssteder inden for børne- og ungdomspsykiatri, opgjort pr. 01.09.2024

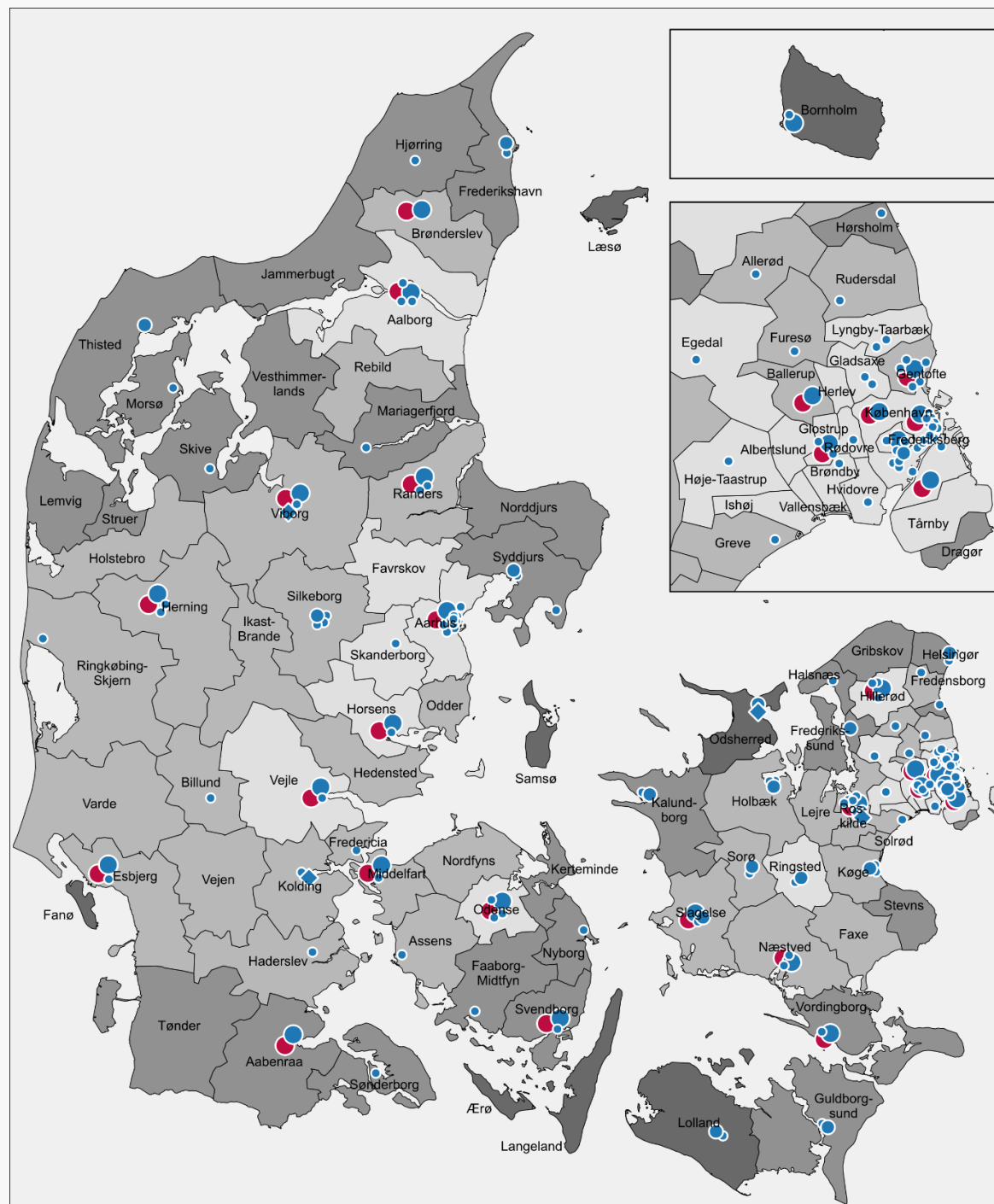


Anm.: Røde markeringer viser uddannelsessteder. Blå markeringer viser arbejdssteder. En cirkel repræsenterer offentligt finansierede institutioner, mens en firkant angiver privathospitaler. Størrelsen angiver, om det er en psykiatrisk sygehusafdeling eller en speciallægepraksis med ydernummer. En lille blå cirkel angiver således en speciallægepraksis med ydernummer.

Den grå farveskala angiver andelen af borgere under 19 år fordelt på kommuner. Skalaen angiver, om andelen af børn og unge udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct., eller over 25 pct. (mørk) af borgerne i kommunen.

Kilde: Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter og Lægeforeningens medlemsdata.

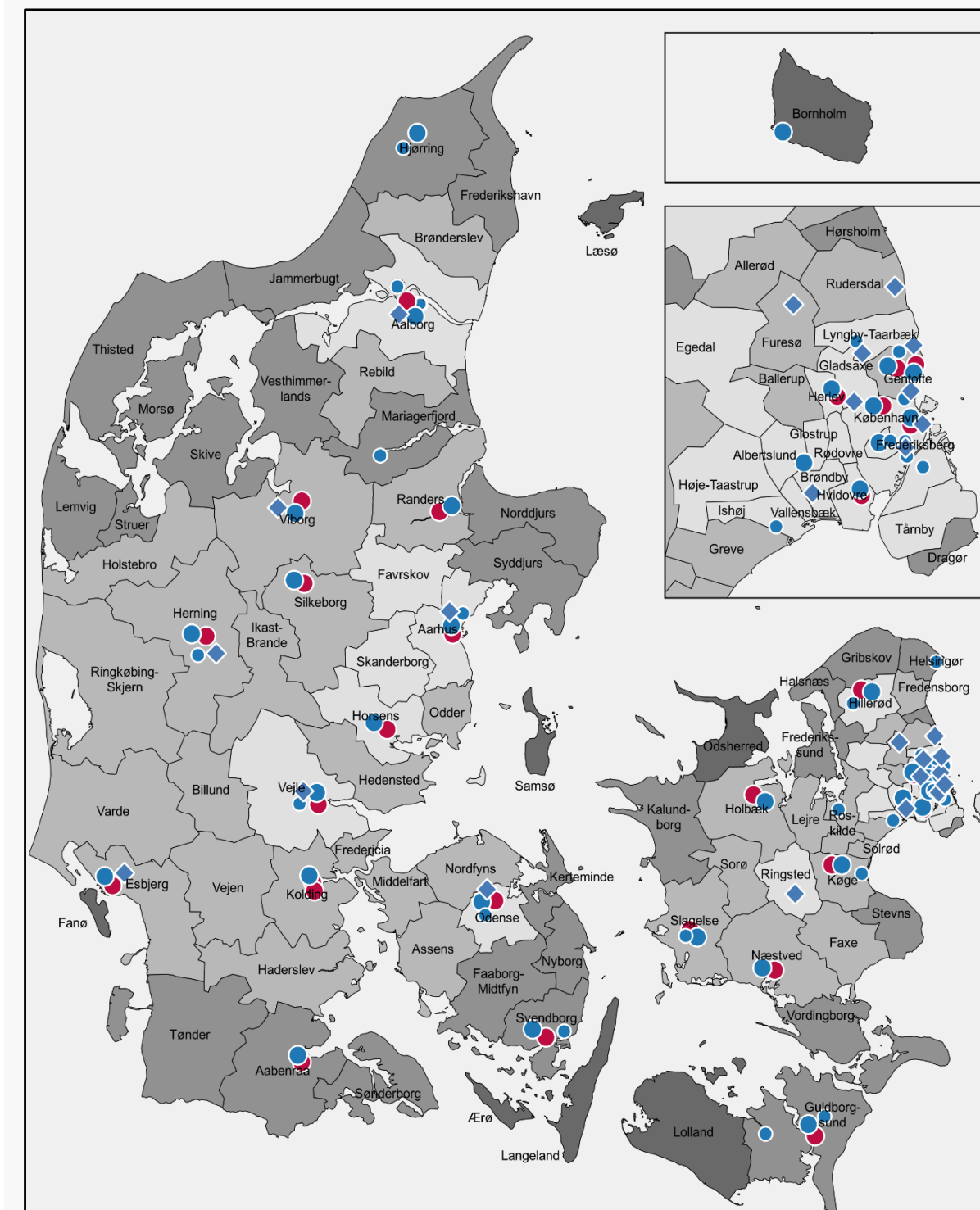
Figur 2. Uddannelses- og arbejdssteder inden for psykiatri, opgjort pr. 01.09.2024



Anm.: Røde markeringer viser uddannelsessteder. Blå markeringer viser arbejdssteder. En cirkel repræsenterer offentligt finansierede institutioner, mens en firkant angiver privathospitaler. Størrelsen angiver, om det er en psykiatrisk sygehusafdeling, diskstrikpsykiatrien eller en speciallægepraksis med ydernummer. Den mindste blå cirkel angiver således en speciallægepraksis med ydernummer. Den grå farveskala angiver andelen af borgere over 65 år fordelt på kommuner. Skalaen angiver, hvorvidt andelen af borgere over 65 år udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct., 25-30 pct. eller over 30 pct. (mørk) i kommunen.

Kilde: Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter, medlemsdata fra Lægeforening og Foreningen af Praktiserende Speciallæger og MedCom.

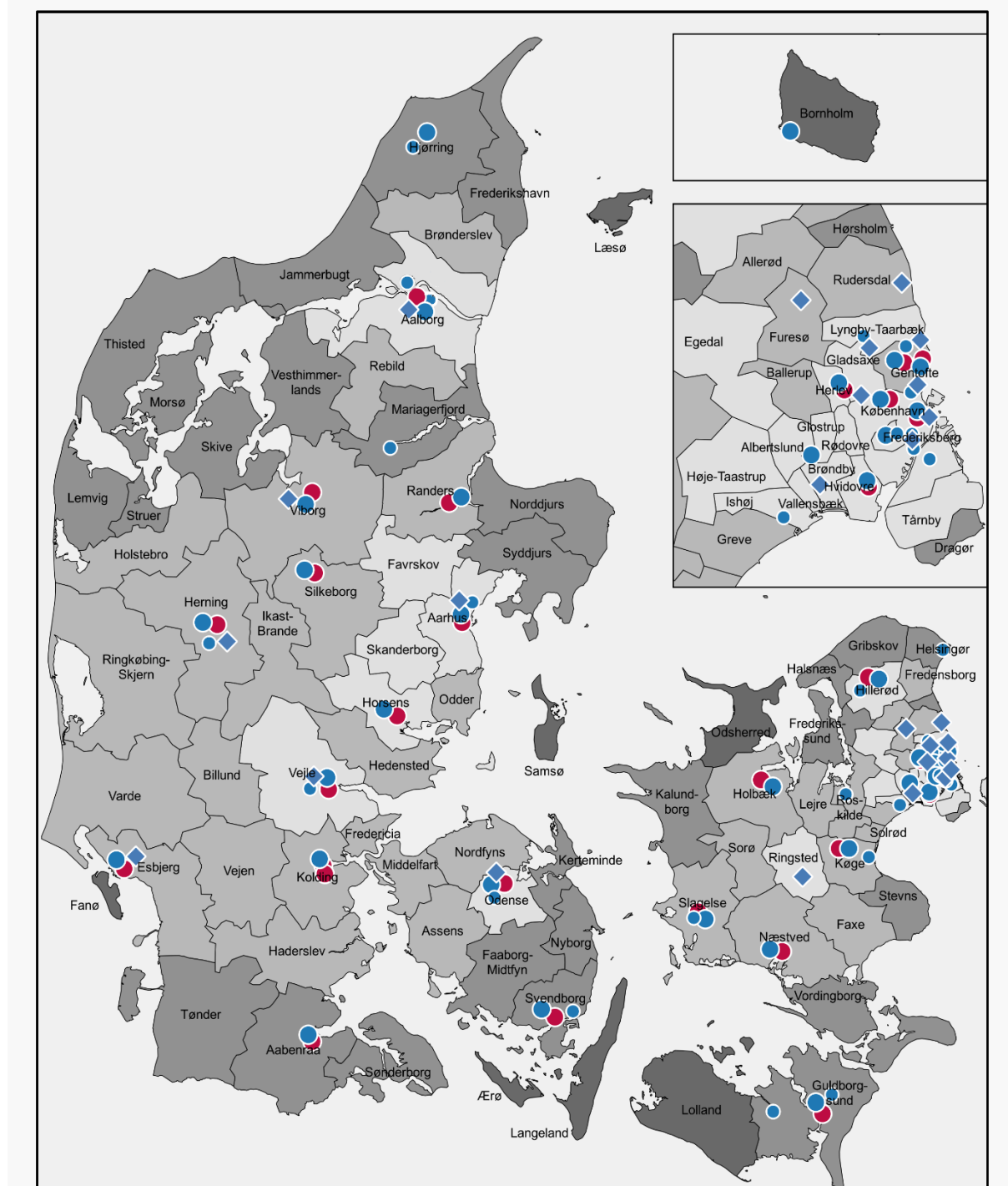
Figur 3. Uddannelses- og arbejdssteder inden for neurologi, opgjort pr. 01.09.2024



Anm.: Røde markeringer viser uddannelsessteder. Blå markeringer viser arbejdssteder. En cirkel repræsenterer offentligt finansierede institutioner, mens en firkant angiver privathospitaler. Størrelsen angiver, om det er et sygehus eller en speciallægepraksis med ydernummer. En lille blå cirkel angiver således en speciallægepraksis med ydernummer. Den grå farveskala angiver andelen af borgere over 65 år fordelt på kommuner. Skalaen angiver, hvorvidt andelen af borgere over 65 år udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct., 25-30 pct. eller over 30 pct. (mørk) i kommunen.

Kilde: Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter og Lægeforeningens medlemsdata.

Figur 4. Uddannelses- og arbejdssteder inden for ortopædkirurgi, opgjort pr. 01.09.2024



Anm.: Røde markeringer viser uddannelsessteder. Blå markeringer viser arbejdssteder. En cirkel repræsenterer offentligt finansierede institutioner, mens en firkant angiver privathospitaler. Størrelsen angiver, om det er et sygehus eller en speciallægepraksis med ydernummer. En lille blå cirkel angiver således en speciallægepraksis med ydernummer.
Den grå farveskala angiver andelen af borgere over 65 år fordelt på kommuner. Skalaen angiver, hvorvidt andelen af borgere over 65 år udgør under 20 pct. (lys), 20-25 pct., 25-30 pct. eller over 30 pct. (mørk) i kommunen.

Kilde: Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter og Lægeforeningens medlemsdata.

DATAKILDER

Analysen bygger på data fra MedCom, Sundhedsstyrelsens inspektorrapporter samt medlemsdata fra Lægeforeningen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger til at identificere uddannelses- og behandlingssteder inden for de lægefaglige specialer: børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, neurologi og ortopædkirurgi.