

Handwritten signature

FAPS

08 OKT. 2007 pkt. 6

FORENINGEN AF PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER.

KONKRETE FORSLAG TIL SAMARBEJDE MELLEM SPECIALLÆGER PÅ SYGEHUSE OG I PRAKSISSEKTOREN.

Indledning.

For 4 år siden udsendte Foreningen af Speciallæger en rapport fra en intern arbejdsgruppe om "Samarbejdsmuligheder mellem speciallæger på sygehuse og i praksissektoren." Konklusionen fra arbejdsgruppen var, at der ikke i overenskomster og aftaler er væsentlige hindringer for et tættere samarbejde, som kan være med til at afbøde nogle af konsekvenserne af den speciallægemangel, som er en realitet og vil være det de næste 10 – 15 år. Derimod er der barrierer af politisk og kollegial art. De politiske og kollegiale hindringer for et tættere samarbejde er der stadigvæk. Den specialeplanlægning, som er i gang i regionerne, handler mange steder kun om sygehusstrukturen og bevidst eller ubevidst overses det forhold, at 1 mio. patienter behandles om året i speciallægepraksis, som samlet er Danmarks største ambulatorium. Kollegialt forekommer det også ofte, at den lægefaglige rådgivning fra speciallæger på sygehuse undlader at indtænke speciallægepraksis i det samlede offentlige tilbud, og praktiserende speciallæger reager ved at kritisere sygehusenes tilrettelæggelse af behandlingsforløb som ineffektive og patientuvenlige, fordi der er alt for lidt kontakt mellem den behandlingsansvarlige speciallæge og patienten i modsætning til speciallægepraksis.

Denne foreliggende rapport skal ses som en opfølgning til den tidligere rapport. Speciallægemangelen er voksende, og sygehusejerne kaster sig ud i nye tiltag for at dække denne mangel. Seneste eksempel er Region Midtjyllands import af indiske speciallæger. I rapporten fremlægges en række konkrete forslag til samarbejdsprojekter mellem sygehus og praksis. Forslagene skal ikke alene sikre en bedre kapacitetsudnyttelse, men også give sideeffekter som kvalitetsudvikling og forbedrede uddannelsesforhold for de læger, der er på vej gennem speciallægeuddannelsen.

Sygehuse lige nu.

Sygehusstrukturen er under ændring og til debat netop nu, hvor regioner skal fremlægge en plan for sygehusvæsenet på grundlag af Sundhedsstyrelsens retningslinier. Retningslinierne lægger op til en

samling de akutte modtagelser på langt færre sygehuse i overensstemmelse med den lægefaglige dokumentation og anbefalinger. Mange små specialsygehuse med elektive behandlinger er allerede lukket, og det er ikke sandsynligt, at nye opstår, med mindre det er som sidste skridt inden en definitiv lukning. Konsekvensen vil være, at antallet af vagtlag på sygehuse begrænses, og de resterende vagtlag udnyttes mere intensivt. Dermed udnyttes de for få speciallæger bedre, men risikoen for en uacceptabel arbejdsbyrde stiger også ikke mindst, fordi der er en stor gruppe af overlæger over 60 år, der har mulighed for at kræve sig fritaget for vagt.

En anden konsekvens er også, at det ubetingede behov for bygningsmæssig reovering af sygehuse kan opfyldes på et færre antal sygehuse, som har en "fremtidssikret" plads i sygehusstrukturen.

En negativ konsekvens for patienterne, som får et akuttilbud af klart bedre kvalitet og et mere ensartet behandlingstilbud, er at afstanden til sygehusenes ambulante tilbud bliver længere.

Speciallægepraksis lige nu.

Speciallægepraksis oplever speciallægemangelen ved, at praksis kan være svære at afhænde, og i de perifere dele af landet er der flere eksempler på, at praksis ikke er blevet besat. Men de praktiserende speciallæger, der ønsker at holde op, oplever også en stigende interesse fra regionerne for at få dem til at blive længere i praksis, og regionerne søger at skabe særligt attraktive forhold for en efterfølger for at praksis kan fortsætte.

På grund af koncentrationen af sygehuse bliver det mere og mere tydeligt, at det mest finmaskede speciallægetilbud til borgerne er speciallægepraksis, især for hudlæger, ørelæger, øjenlæger og psykiatere. I udkantsområderne oplever speciallægerne nogle steder en meget positiv holdning til deres funktion. Det sker ved at fjerne de begrænsninger, der ligger i overenskomsten, både for omsætningen og for de undersøgelser og behandlinger, som kan leveres i praksis. Selvom praksissektoren kan mærke speciallægemangelen, er den i et vist omfang blevet afbødet af, at de sygehusansatte speciallæger inden for nogle specialer har vendt sig fra arbejdsforholdene på sygehuse og har købt praksis. Men med udsigt til et fald i bestanden af f.eks. ørelæger med 30 %, er Foreningen af Praktiserende Speciallæger indstillet på andre praksisformer end den dominerende enkeltmandsform.

Speciallægepraksis har netop påbegyndt den afbrudte proces mod en kvalitetssikring af praksis i overensstemmelse med Den Danske Model. Gynækologi er valg som modelspecialer for at gennemføre de relevante dele af Den Danske Model for akkreditering af sygehusvæsenet, men en række af delprojekterne vil blive gennemført for alle speciallægepraksis. Det politiske mål for Foreningen af Praktiserende Speciallæger er at få speciallægepraksis akkrediteret før sygehuse.

Forslag 1.

I de regioner, hvor det ikke allerede er sket, oprettes et fagligt råd for dermatologi, otologi, oftalmologi og psykiatri. Specialeråd for de øvrige specialer sikres repræsentation fra specialelægepraksis, hvis sådanne findes indenfor specialet. Specialerådenes opgavesæt udvides med adgangen til at foreslå ændringer i arbejdsdeling mellem sygehus og speciallægepraksis og nye samarbejdsformer. Mulighederne omtales under de efterfølgende forslag.

Forslag 2.

For undersøgelser og behandlinger, hvor sygehusene ikke kan opfylde ventetidsgarantien på grund af mangel på speciallæger og andet personale, kan man forsøge at udvide kapaciteten med merarbejdsaftaler for de ansatte speciallæger. De praktiserende speciallæger kan ligeledes tilbydes at benytte sygehusets lokaler og udstyr efter arbejdstid. De praktiserende speciallæger honoreres efter sygesikringsoverenskomsten med fradrag for brug af sygehuspersonale. De aftalte ydelser holdes uden for knækgrænsen. Regionen vil kunne høste en økonomisk gevinst, da honorarerne efter sygesikringsoverenskomsten i næsten alle tilfælde vil være mindre end den DRG-takst, som regionen skal betale, hvis patienten anvender det udvidede frie sygehusvalg.

Forslag 3.

I tilfælde af ubesatte speciallægestillinger på en sygehusafdeling kan man aftale med en eller flere praktiserende speciallæger om at indgå i afdelingens arbejde f.eks. en dag pr. uge eller en dag hver anden uge. Aftalen kan omfatte særlige behandlinger eller, at den praktiserende speciallæge indgår i det almindelige lægelige arbejde. Herved opnår man en gensidig positiv påvirkning i et fælles fagligt miljø. I de store praksisspecialer er der de facto en arbejdsdeling mellem speciallægepraksis og sygehusafdelingen. Ved at den praktiserende speciallæge indgår i afdelingens lægestab, vil uddannelsen af de yngre læger på afdelingen kunne få et bredere indhold. En aftale med dette indhold er ikke overenskomstdækket, så der indgås en individuel aftale i det konkrete tilfælde.

Forslag 4.

En af de flaskehalse, der tit nævnes som eksempel på intern ventetid i sygehussektoren er undersøgelser som en nødvendig del af diagnostikken eller opfølgning på behandling. Den samme flaskehals gælder for mange forløb i speciallægepraksis, hvor ventetid på røntgenbilleder eller scanningsresultater forlænger patientforløbet unødvendigt. På trods af overenskomstens bestemmelser om praktiserende speciallægers adgang til undersøgelser af denne art på sygehusene, er der mange eksempler på det modsatte. Sygehusenes fremtidige dimensionering skal baseres på både behovene ved indlæggelser og ambulans virksomhed på sygehusene og på behovet i speciallægepraksis, hvis man på én gang skal opnå en optimal anvendelse af speciallægekapaciteten og et patientforløb uden forsinkelser.

Forslag 5.

Der er ingen kendte eksempler på et samarbejde mellem en sygehusafdeling og speciallægepraksis inden for samme speciale baseret på et princip om, at afdelingen opfatter speciallægepraksis som en slags "lokalafdelinger" for afdelingen. Med en voksende geografisk afstand til specialafdelingerne vil patienterne kunne opleve det som en serviceforbedring, hvis efterbehandling og kontrol kunne foregå i speciallægepraksis. Det kræver for det første, at afdelingen har overblik over placeringen af speciallægepraksis, at afdelingen har ret til henvisning til speciallægepraksis, og at der er en fælles beskrivelse af det faglige indhold af "det gode patientforløb." De praktiserende speciallæger kan henvise til sygehusene, men der er kun få eksempler på, at de har modtaget kopi af udskrivningsbreve for de henviste patienter. Det er nu en forpligtelse for sygehusene i henhold til sundhedsloven, så der er kun få formelle problemer for at samarbejdet kan fungere begge veje. I højere grad end hidtil bør telemedicin indgå i mulighederne for det tættere samarbejde. Etableres dette vil de praktiserende speciallæger konkret kunne udgøre specialafdelingens lokale repræsentation.

Forslag 6.

Hvis en speciallægepraksis ikke kan overtages, vil indholdet af forslag 5 ikke kunne føres ud i livet, og man vil ikke kunne tilrettelægge patientforløbet optimalt for patienten. I et sådant tilfælde og efter en konkret vurdering vil Foreningen af Praktiserende Speciallæger kunne godkende en aftale om, at ydernummeret i en fastlagt periode på 3 – 5 år drives i fællesskab af f.eks. 6 speciallæger fra sygehusafdelingen efter speciallægeoverenskomsten med sygesikringen. Efter udløbet af aftaleperioden opslås ydernummeret ledigt som et 0-ydernummer.

Forslag 7.

Spejlbilledet af indholdet i forslag 3 eksisterer allerede i dag i nogen udstrækning. Sygehusansatte speciallæger tager ansættelse som assisterende speciallæger i speciallægepraksis. Det sker normalt som en bibeskæftigelse, og knækgrænserne sætter en stopper for omfanget for sygesikringshonorarerne kan ikke dække løn til den assisterende speciallæge og omkostningerne, når det nedsættes med 25 % for slet ikke at tale om 40 %, som er øverste knæk. Muligheden af at arbejde på deltid i speciallægepraksis kan indtænkes i seniorordninger for de sygehusansatte speciallæger, for ikke at få de seniore speciallæger til helt at kvitte ansættelsen på sygehuset. Det kan gøres attraktivt for speciallægepraksis at ansætte dem, hvis regionen giver en automatisk adgang til at deres del af praksisomsætningen holdes ude fra knækket. Et andet tilbud vil være at tilbyde dem et personligt deltidsydernummer. På trods af overenskomstens formål om at basere speciallægepraksis på heltidsydernumre gør speciallægemangelen, at alle parter vil være indstillet på tidsbegrænsede dispensationer fra de normalt gældende regler.

Forslag 8.

Videreuddannelsen af læger til speciallæger vil de kommende år være presset til det yderste. På den ene side vokser antallet af uddannelsessøgende læger betragteligt på grund af mere end en fordobling af optagelseskapaleten på de sundhedsvidenskabelige fakulteter. På den anden side falder bestanden af speciallæger, der skal uddanne dem. Indførelsen af et obligatorisk uddannelsesforløb på 6 måneder i speciallægepraksis i dermatologi, oftalmologi og otologi er ikke foregået uden problemer, mest fordi der ikke har været en tradition for det fra regionerne, der står for den praktiske tilrettelæggelse af videreuddannelsen. I Speciallægekommissionen anbefale at speciallægepraksis generelt skulle deltage i videreuddannelsen, og denne anbefaling er mere aktuel en nogensinde. De 3 regionale videreuddannelsesråd skal senest i forbindelse med, at den nu aftalte reform for videreuddannelsen implementeres for uddannelsesblokkene, havde inddraget hovedparten af fuldtidsspeciallægepraksis i uddannelsen, gerne med mål for de færdigheder, de skal opnå under opholdet i speciallægepraksis.

Forslag 9.

De seneste år har budt på eksempler på seniorordninger for seniore praktiserende speciallæger, hvor enkelte regioner på en meget konkret måde er gået ind i driften af speciallægepraksis, f.eks. ved at stille kliniklokale til rådighed og endda hjælpepersonale for at få den praktiserende speciallæge til at forsætte sit kliniske arbejde nogle år længere end planlagt. Bortset fra sådanne senioraftaler kan Foreningen af Praktiserende Speciallæger ikke generelt foreslå, at speciallægepraksis omdannes til en mellemform for ansættelse og privat klinikdrift. Sygesikringsoverenskomsten sikrer samfundet en aftalemæssig kontrol med både honorarniveau og omfang for speciallægevirksomheden. Den

praktiserende speciallæge har den fulde kontrol over arbejdstilrettelæggelsen bortset fra bindinger, der måtte indgå i kvalitetssikringen af ydelserne, og incitamentet hertil ligger i, at den praktiserende speciallæge høster den økonomiske gevinst af en effektiv klinikdrift. Udover de konkrete samarbejdsformer, som er nævnt i de tidligere forslag, vil en positiv politisk markering af speciallægepraksis' bidrag til den samlede sundhedssektor og om speciallægepraksis' fremtid bidrage til at fjerne de resterende politiske og kollegiale barrierer for et optimalt samarbejde og brug af al speciallægekapacitet.

Forslag 10.

De forrige 9 forslag kan stort set gennemføres inden for den nuværende lovgivning og aftale sæt. Dette sidste konkret forslag kræver opgivelse af et af de mere end 25 år gamle støttepiller i speciallægeoverenskomsten. Men situation for den danske sundhedssektor er også desperat nu og de mange kommende år. Speciallægemangelen vil ubønhørligt være til stede, og speciallægeindsatsen kan kun i begrænset omfang erstattes af andre faggruppers virksomhed, for speciallægen indsats kræver for de fleste specialer patientkontakt. Hvis man vil sikre sig, at al speciallægekapacitet i landet bliver udnyttet, skal man opgive ydernummersystemet og indføre fri praksisret for alle speciallæger. Samfundet vil stadig have fat i størrelsen af honorarerne og omfanget af ydelser, der betales for i praksis, da det aftales i sygesikringsoverenskomsten i henhold til sundhedsloven, men man kommer til at opgive den stramme styring via knækgrænserne, for det virker ikke logisk at begrænse enkelte praksis, når den samlede aktivitet ikke kan begrænses. At måtte give afkald på et enkelt styringsinstrument skal sammenholdes med gevinsten ved, at alle speciallæger får et ekstra incitament til at foretage prioriteringen mellem fritid og arbejdsliv. Samlet set vil det også gøre det mindre attraktivt af tage bibeskæftigelse uden for landets grænser.