



DANSKE
REGIONER



FAS

Rapport fra

Udvalg om Fremtidens Speciallægepraksis

Rapport fra

Udvalg om Fremtidens Speciallægepraksis

| | |
|--|----|
| 1. Indledning | 3 |
| 2. Sammenfatning af udvalgets anbefalinger | 4 |
| 3. Rammerne for speciallægepraksis | 6 |
| 4. Faktaafsnit | 12 |
| 5. Samarbejdsformer | 18 |
| 6. Udfordringer ved samarbejdet | 23 |
| 7. Model for fremtidens speciallægepraksis | 25 |
| | |
| Bilag 1: Udvalgets kommissorium | 31 |
| Bilag 2: Udvalgets sammensætning | 33 |
| Bilag 3: Oversigt over regionernes specialeråd/specialeudvalg | 34 |

1. Indledning

I forbindelse med fornyelsen af Overenskomst om Speciallægehjælp i 2008 aftalte parterne at nedsætte et udvalg om samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. Baggrunden for nedsættelsen af udvalget er et ønske om at sikre et bedre samarbejde på tværs af de to sektorer.

I denne rapport præsenteres udvalgets anbefalinger. Vedlagt rapporten findes et selvstændigt bilag med beskrivelser af specialer i speciallægepraksis.

Udvalgets opgave

Udvalget har haft til opgave at beskrive og analysere rammerne for samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusvæsenet samt afdække muligheder for øget integration mellem de to sektorer. Udvalget skulle endvidere beskrive og analysere rammerne for hensigtsmæssig udvikling af speciallægepraksis, herunder faglig udvikling og økonomisk styring.

Det samlede sundhedsvæsen undergår i disse år store forandringer, bl.a. som følge af den voksende private sektor samt EU-lovgivningen. I den sammenhæng har det også været relevant at se på den rolle, speciallægepraksis indtager i forhold til resten af sundhedsvæsenet.

Udvalget har haft til opgave at komme med forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration mellem speciallægepraksis og sygehussektoren. Forslagene kunne bl.a. indebære nye samarbejds- og styringsformer.

Udvalgsarbejdet skulle i størst muligt omfang resultere i konkrete analyser og forslag, der kan benyttes som grundlag for nytænkning i indretningen af speciallægepraksis og forholdet mellem speciallægepraksis og sygehuse.

Kommissorium for udvalget samt oversigt over udvalgets sammensætning er **vedlagt** i bilag. Rapporten beskriver først rammerne for speciallægepraksis i form af lovgivning, overenskomst samt sundhedsvæsenets overordnede udvikling (kapitel 2). Ligeledes redegøres der for fakta omkring speciallægepraksis (kapitel 3). Herefter beskrives forskellige eksempler på samarbejde mellem speciallægepraksis og regioner samt udfordringer ved samarbejdet (kapitel 4 og 5). Dette leder til udvalgets anbefalinger for fremtidens speciallægepraksis (kapitel 6).

2. Sammenfatning af udvalgets anbefalinger



Dette kapitel indeholder et resume af konklusionerne og anbefalingerne fra Udvalget om fremtidens speciallægepraksis. Udvalget beskriver de overordnede målsætninger og generelle principper for fremtidens speciallægepraksis – og for sektorens samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Uddybningen af selve modellen, herunder en konkretisering i forhold til hver enkelt af de 17 specialer i speciallægepraksis, vil skulle foregå ved de kommende overenskomstforhandlinger mellem parterne.

Udvalgets hovedkonklusioner

Målsætning

- Speciallægepraksis skal i højere grad være en del af det samlede sundhedsvæsen, og der skal være et tættere samarbejde mellem sygehuse og speciallægepraksis.

Hvorfor et tæt samarbejde med speciallægepraksis?

- Et tæt samarbejde mellem de praktiserende speciallæger og sygehusene kan bidrage til at sikre bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets økonomiske og personalemæssige ressourcer.
- Samtidig vil et tættere samarbejde mellem sektorerne kunne medvirke til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb.
- Speciallægepraksis kan i mange tilfælde være det nære tilbud til patienterne i en tid med samling af funktioner på store sygehuse.

Udvalgets anbefalinger

- Udvalget foreslår en ændret model for fremtidens speciallægepraksis.
- I samarbejdet mellem speciallægepraksis og regionerne, er der behov for en højere grad af fleksibilitet. Derfor skal overenskomsten indeholde mulighed for fleksible løsninger, som aftales lokalt.
- Det skal fortsat være attraktivt for speciallæger at investere i en speciallægepraksis.
- Flexibiliteten vil i højere grad gøre det muligt for regionerne at tænke speciallægepraksis med ind i forhold til den samlede planlægning og derigennem bidrage til at skabe optimale og sammenhængende patientforløb samt sikre bedre udnyttelse af ressourcerne.
- Der skal mere fokus på kvalitetsudvikling i speciallægepraksis, herunder implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.

Model for fremtidens speciallægepraksis

- Udvalget anbefaler en mere fleksibel overenskomstmodel, bestående af en generel overenskomst (basis), der er gældende for alle praktiserende speciallæger, og en tillægsdel, som frigør kapacitet i den enkelte speciallægepraksis til fleksible aftaler. Samtidig bør der være mulighed for en højere grad af subspecialisering i den enkelte speciallægepraksis. Vilklårene herfor forhandles mellem overenskomstens parter.
- På baggrund af en samlet planlægning forhandles tillægsaftalerne lokalt med den enkelte speciallæge med henblik på at sikre, at ydelserne i speciallægepraksis tilpasses den enkelte regions behov.
- Udvalget anbefaler en revision af ydernummersystemet. Konkret foreslås det, at der arbejdes videre med en model med mulighed for tidsbegrænsede ydernumre på nærmere beskrevne vilkår. Denne model kan evt. kombineres med en model, hvor regionerne kan vælge at stille lokaler eller apparatur til rådighed for de praktiserende speciallæger.

-
- Udvalget foreslår, at der i den nye overenskomst stilles samme kvalitetskrav til praktiserende speciallæger, som til de offentlige sygehuse. Den Danske Kvalitetsmodel skal implementeres i speciallægepraksis med øje for de særlige forhold, der kendetegner speciallægepraksis.

Kvalitet

3. Rammerne for speciallægepraksis

I dette kapitel beskrives rammerne for udviklingen af speciallægepraksis. Sundhedsvæsenet gennemgår i disse år markante ændringer, og kapitlet indeholder en beskrivelse af de forandringer, som kendetegner sundhedsvæsenet netop nu, og som har betydning for den rolle, speciallægepraksis skal spille i sundhedsvæsenet fremover. Derudover beskrives også de mere formelle rammer i form af lovgivning, aftaler og overenskomster.

Udviklingen i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet er i en situation med begrænsede økonomiske ressourcer. Det betyder, at der i alle dele af sundhedsvæsenet er behov for grundigt at overveje, hvordan ressourcerne udnyttes bedst muligt og mest effektivt.

Samtidig med den økonomiske situation står sundhedsvæsenet overfor en rekrutteringsudfordring, idet en meget stor del af personalet går på pension i de kommende år. Det er med til at understøtte behovet for at sikre en rational udnyttelse af ressourcerne, herunder også speciallægeresourcerne.

LEON-princippet¹ er således mere aktuelt end nogensinde før, idet det for regionerne gælder om at sikre, at undersøgelser og behandlinger udføres på det lavest mulige omkostningsniveau for derigennem at få mest mulig sundhed for pengene. I praksis betyder det, at hvis ydelserne kan foretages billigere – og med samme kvalitet – i speciallægepraksis, kan det være en god idé at flytte flere ydelser fra sygehusene ud i speciallægepraksis. Dette skal dog ske under hensyn til sygehusenes planlægning og kapacitet.

I skyggen af de store samfundsmæssige udfordringer er sundhedsvæsenet netop nu i gang med en omfattende strukturforandring. Forandringen blev sat i gang med kommunalreformen og regionernes dannelse, hvor målsætningen var et mere effektivt og kvalitetsmæssigt bæredygtigt sundhedsvæsen. En målsætning regionerne blandt andet er ved at føre ud i livet gennem etablering af ny sygehusstruktur og samling af specialer og funktioner på større enheder. Samlingen sker for at sikre kvaliteten i sygehusvæsenets specialiserede ydelser, men det betyder samtidig, at nogle patienter vil få længere til sygehuset. I den situation er det afgørende med nære tilbud til de patienter, der ikke har brug for sygehusbehandling. Udfordringen ved de nære tilbud er at sikre kvalificerede tilbud til alle borgere, uanset hvor de bor i landet, samtidig med at de sundhedsfaglige personaleresourcer udnyttes bedst muligt.

Speciallægepraksis kan komme til at spille en større rolle i forhold til de nære tilbud, og det er én af grundene til, at det er vigtigt i fremtiden at arbejde for et tættere samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet.

Samlingen af funktioner medfører også et behov for at fokusere endnu mere på sammenhængende patientforløb, som i forvejen er et vigtigt pejlemærke for fremtidens sundhedsvæsen. Blandt andet med baggrund i den øgede brug af ambulante behandling og dagkirurgi, vil patienter i stadig stigende omfang opleve, at deres behandling varetages i et tæt samarbejde mellem almen praksis, speciallægepraksis og sygehusene. Patienter skal i den forbindelse sikres gnidningsløse forløb på tværs af de organisatoriske sektorovergange. Behovet for sammenhæng

¹ LEON står her for lavest effektive omkostningsniveau. (LEON kan både betyde lavest effektive omkostningsniveau og lavest effektive omsorgsniveau).

nødvendiggør et øget fokus på samarbejde og kommunikation mellem speciallægepraksis og sygehusene og mellem almen praksis og speciallægepraksis.

Endelig kan den voksende private del af sundhedsvæsenet også have betydning for speciallægepraksis' rolle. Det danske sundhedsvæsen består i dag af flere og mere forskelligartede aktører end for bare 8-10 år siden. Siden 2002, hvor det udvidede frie sygehusvalg blev indført, er antallet af private sygehuse og klinikker vokset markant. Udviklingen betyder, at hvor praktiserende speciallæger med ydernummer tidligere var ene om at varetage offentligt finansieret, specialiseret patientbehandling uden for sygehusene, så findes der i dag en række andre private leverandører, som via udbudsaftaler og aftaler om udvidet frit valg behandler offentlige patienter.

Sundhedsvæsenets udvikling i de kommende år er således blandt andet præget af forhold som stram økonomi, mangel på personale og samling af funktioner. I denne udvikling kan speciallægepraksis blive en vigtig samarbejdspartner for regionerne. Dette kræver imidlertid, at der fokuseres på gode rammer for det gensidige samarbejde mellem praktiserende speciallæger og sygehusene/regionerne.

De formelle rammer for speciallægepraksis

De formelle rammer for speciallægepraksis består dels af de lovgivningsmæssige rammer i sundhedsloven og dels af de vilkår, der er aftalt i Overenskomst om Speciallægehjælp mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger (FAS).

Sundhedsloven

De lovgivningsmæssige rammer for speciallægepraksis er fastlagt i sundhedslovens § 64, hvoraf det fremgår, at regionerne yder vederlagsfri behandling hos praktiserende speciallæge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, når behandlingen sker efter henvisning fra almen praksis – dog bortset fra behandling i øre-, næse- og halsspeciallægepraksis eller øjenlægepraksis, hvortil der ikke kræves henvisning. Til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder regionerne tilskud til behandling hos praktiserende speciallæge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1.

Endvidere fremgår det af § 64, at sundhedsministeren kan fastlægge nærmere regler for bl.a. henvisninger.

Udvidet frit sygehusvalg

I sundhedsloven er det fastlagt, at regionerne skal tilbyde sygehusbehandling. Derudover gives patienterne en række rettigheder, bl.a. en ret til *udvidet frit sygehusvalg*, hvis ventetiden til behandling i det offentlige sygehusvæsen overstiger en måned. Det udvidede frie sygehusvalg betyder, at patienterne kan vælge at blive behandlet på et privat sygehus eller klinik, hvis ventetiden er længere end en måned.

Ordningen fungerer ved, at patienterne kan henvises til private leverandører, som Danske Regioner på vegne af regionerne indgår aftaler med. Aftalerne fastlægger vilkår og takster for behandlingen af patienterne. Alle behandlinger (med få undtagelser), der foregår på offentlige sygehuse, er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg.

Der er ikke i sundhedsloven opstillet begrænsende krav til, hvilke private leverandører, der kan indgå aftaler om udvidet frit valg, tværtimod skal regionerne som udgangspunkt indgå aftaler med alle interesserede private leverandører. Det betyder, at også praktiserende speciallæger med ydernummer kan indgå en aftale om behandling af patienter, der benytter det udvidede frie sygehusvalg. Danske

Regioner har i 2010 aftale med ca. 55 private leverandører med ydernummer. Danske Regioner har på baggrund af aftale med Brancheforeningen for Privathospitaler og Klinikker (BPK) af 1. januar 2010 tilkendegivet, at praktiserende speciallæger med ydernummer, som indgår en kontrakt om udvidet frit sygehusvalg, afregnes til takster, der er 10 procent lavere, end for øvrige private hospitaler og klinikker.

For så vidt angår de praktiserende speciallæger, vil der ofte være et overlap mellem de ydelser, de foretager i henhold til overenskomsten og de ydelser, der udføres som led i det udvidede frie valg. Dette medfører, at der i flere tilfælde vil være forskellige takster for den samme ydelse, afhængig af om patienten henvises i henhold til overenskomsten eller fritvalgsaftalen. Samtidig medfører systemet en sandsynlighed for, at praktiserende speciallæger bruger en del af deres tid på udvidet frit valgspatients frem for på overenskomstpatisenter. Der er dog forsøgt taget højde herfor, idet parterne i 2004 indgik en aftale om "Ethiske retningslinjer for praktiserende speciallægers bibeskæftigelse ved siden af sygesikringsoverenskomsten". I retningslinjerne slås det blandt andet fast, at fuldtidspraktiserende speciallæger har deres primære beskæftigelse inden for overenskomsten, og at speciallægers bibeskæftigelse ikke bør have hverken tidsmæssige eller indholdsmæssige konsekvenser for udøvelsen af opgaver under overenskomsten. Der henvises til disse retningslinjer i overenskomsten.

Overenskomsten om speciallægehjælp (herunder § 3-aftaler)

Patienternes adgang til vederlagsfri speciallægehjælp hos praktiserende speciallæger er reguleret gennem overenskomst om speciallægehjælp, som på den ene side udmønter/præciserer sundhedslovens bestemmelser om patienternes adgang til speciallægehjælp, herunder omfang og vilkår, og på den anden side præciserer vilkårene for speciallægers adgang til at praktisere og yde vederlagsfri speciallægehjælp til patienter for regionernes regning.

Overenskomst om speciallægehjælp, som omfatter 17 specialer, giver gruppe 1-sikrede vederlagsfri adgang til speciallægehjælp hos de speciallæger, som har tiltrådt overenskomsten, forudsat at der – bortset fra øjenlægehjælp og ørelægehjælp – foreligger en henvisning fra patientens alment praktiserende læge. Det er dog ikke enhver behandling, der er vederlagsfri, men alene de undersøgelser og behandlinger, som kan rummes inden for overenskomstens ydelser. Der kan lokalt indgås § 3-aftaler om udvidelser af ydelsessortimentet.

Grænserne for, hvad der udføres i speciallægepraksis, flyttes dels gennem § 3-aftaler, dels ved modernisering af overenskomsten, hvor denne i nogle tilfælde udvides, som følge af at teknologiske muligheder gør det muligt at udlægge sygehusopgaver til speciallægepraksis.

Praktiserende speciallæger er ydelseshonorerede, hvilket betyder, at der ikke som på PLO-området ydes basishonorar for de patienter, som kommer i praksis.

En speciallæges tiltrædelse af Overenskomst om speciallægehjælp sker enten i forbindelse med nedsættelse i henhold til regionens praksisplan, eller i forbindelse med overtagelse af praksis fra en anden speciallæge. Ydernummeret er på forhånd fastlagt som fuldtidspraksis, deltidspatients eller overlægepraksis (3-timers ydernummer). Det skal bemærkes, at det af overenskomstens § 2, stk. 2 fremgår, at "Det er hovedmålsætningen med overenskomsten at sikre befolkningen adgang til speciallægehjælp efter sundhedslovens bestemmelser ved hovedsagelig fuldtidspraktiserende speciallæger".

Styringsredskaber

I overenskomsten er regionerne tillagt forskellige styringsredskaber. Antallet af speciallægepraksis er fastlagt i regionernes praksisplaner, som revideres én gang i hver valgperiode.

Praksisplanerne udarbejdes således af de enkelte regioner og vedtages af regionsrådet. De lægelige medlemmer af speciallægesamarbejdsudvalgene kan komme med kommentarer til praksisplanen, før den vedtages, men det er regionerne, der har den endelige beslutning vedrørende en speciallægepraksisplan. Regionerne kan således beslutte at nedlægge eller oprette speciallægepraksis og fastlægge, hvor i regionen man ønsker at op- eller nedjustere antallet. Nedlæggelse af speciallægepraksis har dog omkostningsmæssige konsekvenser for regionerne, idet det i overenskomsten er fastlagt, at den praktiserende speciallæge, hvis ydernummer nedlægges, skal have en godtgørelse svarende til 90 procent af gennemsnittet af udbetalingen fra regionen vedr. gruppe-1 sikrede i de sidste tre regnskabsår.

Et andet styringsredskab er de forskellige omsætningsbegrænsninger – i form af knækgrænser og omsætningslofter. For fuldtidspraksis er det således, at de praktiserende speciallæger får trukket 40 procent af deres honorarer for den del af omsætningen, som i et kalenderår overstiger nogle for hvert enkelt speciale fastsatte beløbsgrænser (knækgrænser). For deltids- og overlægepraksis er der fastsat omsætningslofter, som betyder, at omsætning ud over disse lofter ikke udbetales. Der er dog enkelte specialer (patologi og radiologi), hvor der ikke er fastsat en knækgrænse, ligesom nogle regioner i § 3-aftaler har valgt at dispensere fra de generelle knækgrænser, f.eks. af rekrutteringsmæssige hensyn.

Som nævnt er der mellem parterne aftalt etiske retningslinjer for praktiserende speciallægers bibe-skæftigelse. Det præciseres endvidere i overenskomstens § 56, at fuldtidspraktiserende speciallæger skal levere en mængde af og en bredde i antallet af ydelser i praksisregi, der sikrer optimal speciallægebetjening, herunder at speciallægen lever op til normal praksisomsætning. For så vidt angår mængden, er der aftalt mindsteomsætninger for de enkelte specialer.

Regionerne udarbejder en gang årligt opgørelser over de enkelte speciallægers ydelser. Regionerne har i den forbindelse adgang til at foretage nærmere undersøgelser af speciallægers ydelsesmønster. Dette kan være relevant, hvis nogle speciallæger i deres behandlingsmønster afviger fra gennemsnittet i den pågældende region eller fra landsgennemsnittet. Såfremt afvigelserne er væsentlige, og der ikke gives nogen rimelig begrundelse herfor, har regionen mulighed for at fastsætte en højeste-grænse for enkeltydelser.

Overenskomstmæssige rammer for samarbejde

Overenskomst om speciallægehjælp danner på flere områder rammerne for samarbejde mellem speciallægepraksis og den øvrige del af sundhedsvæsenet.

Eksempler herpå er:

- § 3-aftaler, som i princippet kan gælde i et hvilket som helst område, hvor samarbejde er formålstjenligt.
- Socialmedicinsk samarbejde om konkrete patienter mellem de praktiserende speciallæger og regionerne/kommunerne (§ 16).
- Inddragele af de praktiserende speciallæger i tværgående opgaver (§ 17). Dette kan bl.a. omfatte:
 - Varetagelse af koordinerende funktioner ved opgave- og arbejdsdeling mellem praksis-sektor og sygehuse.
 - Deltagelse i udarbejdelse af faglige retningslinjer og lokale visitationsregler.
 - Deltagelse i udvikling af kvalitetsprojekter.
 - Varetagelse af uddannelsesopgaver.
 - Deltagelse i behandlermøder m.v.

Overenskomsten indeholder også bestemmelser, som regulerer:

- Elektronisk kommunikation med den øvrige del af sundhedsvæsenet (§ 25A).
- Telefonisk rådgivning til alment praktiserende læger (§ 27B).
- Henvisningsret til sygehusenes røntgenafdelinger, patologiske institutter og laboratorier (§ 30).
- Indlæggelse af patienter på offentlige sygehuse (§ 31).
- Speciallægenes tilbagemeldinger til henvisende læge (§ 32).
- Rekvisition af undersøgelser fra Statens Seruminstitut (§ 37).
- Den alment praktiserende læges henvisning til speciallæge (§ 41).

Hertil kommer eksempler på samarbejde mellem overenskomstens parter, som enten direkte eller indirekte involverer den øvrige del af sundhedsvæsenet. Her kan nævnes arbejdet med speciallægepraksisplaner (§ 13 og § 14), som beskriver tilrettelæggelsen af den ambulante speciallægebetjening i regionen.

Speciallægepraksis – øvrig aktivitet

Udover aftaler med det offentlige sundhedsvæsen, kan speciallægepraksis også indgå i andre aftalemæssige sammenhænge, f.eks. i form af aftaler med forsikringselskaber om at behandle patienter med en sundhedsforsikring.

Aftaler med forsikringselskaber

Det skønnes, at ca. 1 million borgere er dækket af en sundhedsforsikring, som typisk er tegnet gennem egen eller ægtefælles arbejdsgiver. Ved tegning af sådan forsikring opnås typisk ret til at modtage behandling for nærmere specificerede lidelser inden for en given tidsfrist. Forsikringselskaberne har således behov for at indgå aftaler med nogen, som vil yde disse behandlinger.

Hverken Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) eller regionerne har registreret, i hvilken udstrækning speciallæger med ydernummer tillige har indgået aftaler med forsikringselskaber om behandling af patienter med sundhedsforsikringer.

FAPS har kontaktet de forsikringselskaber, som har markeret sig på markedet for sundhedsforsikringer. Flere oplyste, at selskaberne har aftaler med privathospitaler, hvor der er tilknyttet speciallæger inden for flere specialer. Ofte har patienterne ikke fået stillet en diagnose, når forsikringselskabet kontaktes. Det vides derfor ikke på forhånd, hvilke speciallægelige fagområder, der er behov for til udredning og behandling af patienterne. Privathospitalerne, som selskaberne oplever matcher de offentlige hospitaler ved at dække flere fagområder, har i højere grad, end enkeltmandspraksis, mulighed for at færdigbehandle patienterne på hospitalet. Selskaberne finder derfor, at privathospitalerne er mere oplagte til at løse forsikringsopgaver end de praktiserende speciallæger.

Der er dog speciallæger med ydernummer, som har indgået aftale med forsikringselskaber.

Privatbetalende patienter

De praktiserende speciallæger har også mulighed for at behandle selvbetalende patienter, det vil sige patienter, som bliver behandlet i speciallægepraksis helt uden offentlig finansiering. Grunden til, at patienterne selv betaler, kan være, at undersøgelsen eller behandlingen ikke er omfattet af overenskomsten, at patientens egen læge ikke har fundet grundlag for at henvise, eller at patienten ikke har ønsket at involvere sin egen læge.

EU-retten

EU-Kommissionen fremlagde i juli 2008 et forslag til direktiv om ret til sundhedsydelser på tværs af landegrænserne i EU. Siden har det været genstand for forhandlinger i Regionsudvalget, EU-parlamentet og Ministerrådet. Direktivet er ikke færdigforhandlet endnu. For eksempel medførte forslaget ca. 150 ændringsforslag, da EU-Parlamentet behandlede det første gang. Ministerrådet blev i juni 2010 enige om et kompromis, udarbejdet af det spanske formandskab. Dette forslag skal i efteråret 2010 2. behandles i EU-Parlamentet. Det er endnu for tidligt at vurdere, om det bliver muligt at opnå endelig enighed om direktivet, og dermed også hvilke konsekvenser forslaget vil have for det danske sundhedsvæsen generelt, og speciallægeområdet helt specifikt.



4. Faktaafsnit

Speciallægepraksis i tal

I dette afsnit beskrives speciallægesektoren med hensyn til fordelingen af speciallæger opdelt efter praksistype og efter region. Desuden beskrives omsætningen i speciallægepraksis samt udviklingen i antallet af læger og patienter i denne sektor.

Efterfølgende beskrives hvert enkelt speciale.

Fordelingen af speciallæger

Der er stor forskel på antallet af speciallæger i de enkelte regioner. Nedenstående tabel viser det samlede antal speciallægepraksis opgjort som "fuldtidsenheder²" fordelt på regioner. Antallet af "fuldtidsenheder" er desuden sat i forhold til befolkningstallet i de enkelte regioner.

Tabel 1. Antal speciallægepraksis opgjort som fuldtidsenheder fordelt på regioner.

| | Region Nordjylland | Region Midtjylland | Region Syddanmark | Region Sjælland | Region Hovedstaden |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Samlet antal praktiserende speciallæger, opgjort som "fuldtidsenhed" | 66,9 | 154,3 | 158,7 | 121,9 | 422,5 |
| Antal "fuldtidsenheder" pr. 100.000 indbyggere | 11,55 | 12,30 | 13,22 | 14,85 | 25,14 |

Note: Opgørelsen er pr. 26-10-2010.

Det anvendte indbyggertal er antal sikrede pr. region, dvs. det antal borgere, som har ret til tilskud til speciallægehjælp.

Kilde: Speciallægefortegnelsen og Danmarks Statistik

Som det fremgår af tabellen, er der en klar overvægt af praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden. Det gælder også, når antallet af speciallæger sættes i forhold til befolkningstallet i regionerne. Region Sjælland har det næststørste antal af "fuldtidsenheder" når de praktiserende speciallæger alene ses i forhold til befolkningstallet i regionen. Region Nordjylland har det mindste antal "fuldtidsenheder", Region Midtjylland og Region Syddanmark har stort set den samme speciallægedækning – set i forhold til befolkningstal.

Inden for de enkelte specialer er der også forskel i antallet af speciallæger fordelt på regionerne. Dette fremgår af den efterfølgende beskrivelse af de enkelte specialer.

Praksistyperne inden for speciallægepraksis fordeler sig på tre timers praksis, delepraksis, deltidspraksis og heltidspraksis. Fordelingen af de forskellige praksistyper inden for de forskellige specialer fremgår af tabellen nedenfor. Af tabellen fremgår ligeledes antal "fuldtidsenheder" for hvert speciale.

² For at beregne en fuldtidsenhed er det forudsat, at en tre timers praksis tæller som 1/10 af en fuldtidsenhed og en deltidspraksis tæller som 1/3 af en fuldtidsenhed.

Tabel 2. Antal speciallægepraksis opdelt i praksistype for 2010.

| | 3-timers praksis | Dele- praksis | Deltid | Fuldtid | I alt | Antal fuldtids- enheder |
|-----------------------------|---------------------|------------------|------------|------------|-------------|-------------------------------|
| 01 - Anæstesiologi | 15 | | 20 | 18 | 53 | 26,2 |
| 04 - Dermato-venerologi | 1 | | 2 | 102 | 105 | 102,8 |
| 05 - Diagnostisk radiologi | | 3 | 6 | 8 | 17 | 13,0 |
| 06 - Reumatologi (Fysiurgi) | | 1 | 21 | 40 | 62 | 48,0 |
| 07 - Gynækologi/obstetrik | 1 | 1 | 15 | 69 | 86 | 75,1 |
| 08 - Intern medicin | 5 | 7 | 32 | 20 | 64 | 38,2 |
| 09 - Kirurgi | 4 | 1 | 16 | 45 | 66 | 51,7 |
| 18 - Neuromedicin | 2 | 1 | 10 | 28 | 41 | 32,5 |
| 19 - Øjenlægehjælp | 1 | 3 | 2 | 157 | 163 | 160,8 |
| 20 - Ortopædisk kirurgi | 1 | 2 | 12 | 21 | 36 | 27,1 |
| 21 - Ørelægehjælp | | 7 | 3 | 153 | 163 | 161,0 |
| 22 - Patologi | 4 | | 15 | | 19 | 5,4 |
| 23 - Plastikkirurgi | | 1 | 8 | 10 | 19 | 13,7 |
| 24 - Psykiatri | 2 | 24 | 39 | 87 | 152 | 124,2 |
| 25 - Pædiatri | | 1 | 10 | 24 | 35 | 28,3 |
| 26 - Børnepsykiatri | | | 1 | 16 | 17 | 16,3 |
| I alt | 36 | 52 | 212 | 798 | 1098 | 924,3 |

Kilde: Speciallægefortegnelsen pr. 26-10-2010.

De fleste speciallægepraksis findes inden for øjenlægehjælp, ørelægehjælp og psykiatri, der således udgør de største specialer. Diagnostisk radiologi og patologi udgør modsat en meget lille del af speciallægepraksis.

Patienter i speciallægepraksis

Generelt har udviklingen i speciallægepraksis gennem de senere år været kendetegnet ved, at antallet af patienter, der har modtaget behandling i speciallægepraksis, er steget. Umiddelbart virker kapaciteten svingende, men ses der på udsvingenes størrelse, er der ikke ændringer på mere end 1 procent højst 2 procent år for år. Nedenfor vises udviklingen fra 2003-2009.

Tabel 3. Udvikling i antal patienter og læger i speciallægepraksis 2003-2009.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Antal patienter ¹ | 1.585.399 | 1.600.182 | 1.603.474 | 1.621.891 | 1.644.077 | 1.682.611 | 1.712.909 |
| Antal speciallæger ² | 931 | 912 | 929 | 931 | 931 | 927 | 936 |

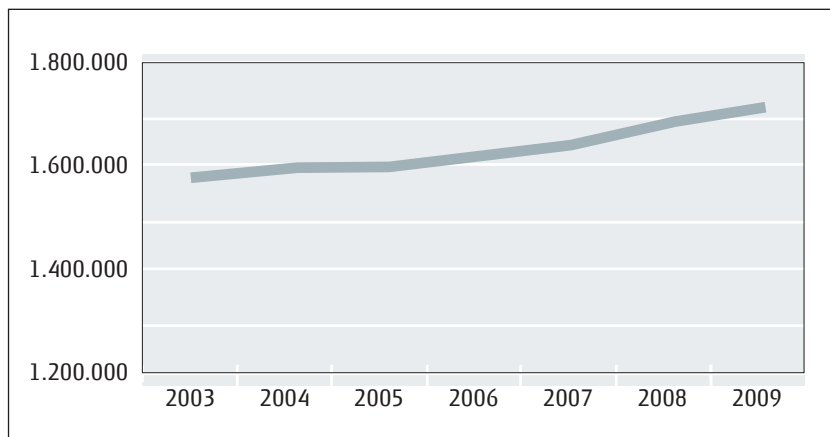
Note 1: Antal patienter dækker over det samlede antal borgere, opgjort på CPR-nummer, der har været i kontakt med speciallægepraksis én eller flere gange i det pågældende år.

Note 2: Antallet af speciallæger er opgjort per 26-10-2010.

Kilde: CSC, Scandihealth og Speciallægefortegnelsen

Grafisk ser udviklingen således ud:

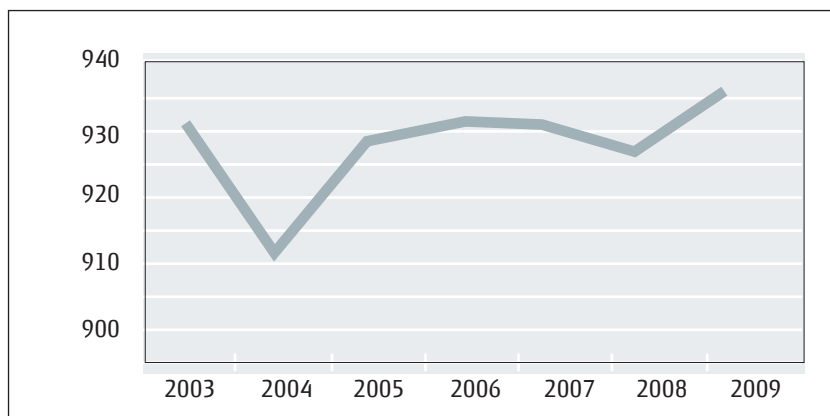
Figur 1. Udviklingen i antal patienter



Note 1: Antal patienter dækker over det samlede antal borgere, opgjort på CPR-nummer, der har været i kontakt med speciallægepraksis én eller flere gange i det pågældende år.

Kilde: CSC, Scandihealth

Figur 2. Udviklingen i kapaciteten 2003-2009



Note: Figuren viser antal heltids- og deltidspraksis omregnet til fuldtidspraksis. En deltidspraksis udgør en tredjedel af en heltidspraksis. Kilde: CSC, Scandihealth.

Når udviklingen af antal patienter i speciallægepraksis fra 2007 - 2009 fordeles på speciale, fremgår det, at stigningen ikke har været lige stor inden for alle specialerne. Som det ses af nedenstående tabel, har stigningen været størst inden for radiologi, plastikkirurgi og børnepsykiatri. Samtidig ses der et mindre fald inden for reumatologi, anæstesiologi og patologi.

Tabel 4. Antal patienter i speciallægepraksis 2007-2009.

| Speciale | 2007 | 2008 | 2009 | Stigning i % 2007-2009 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|------------------------|
| 01 - Anæstesiologi | 51.138 | 49.082 | 49.594 | -3,1% |
| 03 - Diagnostisk radiologi, Kbh. | 72.622 | 79.841 | 92.834 | 21,8% |
| 04 - Dermato-venerologi | 355.566 | 363.485 | 369.813 | 3,9% |
| 05 - Diagnostisk radiologi | 13.013 | 15.162 | 14.886 | 12,6% |
| 06 - Reumatologi (Fysiurgi) | 67.524 | 63.991 | 63.763 | -5,9% |

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| 07 - Gynækologi/obstetrik | 160.454 | 166.752 | 174.896 | 8,3% |
| 08 - Intern medicin | 44.900 | 46.679 | 47.907 | 6,3% |
| 09 - Kirurgi | 91.289 | 96.297 | 97.966 | 6,8% |
| 18 - Neuromedicin | 45.654 | 48.435 | 51.328 | 11,1% |
| 19 - Øjenlægehjælp | 551.708 | 572.842 | 584.917 | 5,7% |
| 20 - Ortopædisk kirurgi | 65.174 | 68.114 | 67.751 | 3,8% |
| 21 - Ørelægehjælp | 516.416 | 523.988 | 527.666 | 2,1% |
| 22 - Patologi | 71.294 | 75.665 | 70.657 | -0,9% |
| 23 - Plastikkirurgi | 17.147 | 18.920 | 19.888 | 13,8% |
| 24 - Psykiatri | 53.537 | 55.173 | 56.562 | 5,3% |
| 25 - Pædiatri | 29.120 | 31.613 | 32.819 | 11,3% |
| 26 - Børnepsykiatri | 3.230 | 3.524 | 3.760 | 14,1% |
| Samlet | 2.209.786 | 2.279.563 | 2.327.007 | 3,3% |

Note: Antal patienter dækker over det samlede antal borgere, opgjort på CPR-nummer, der har været i kontakt med speciallægepraksis inden for det pågældende speciale i hhv. 2007, 2008 og 2009. Kilde: CSC, Scandihealth.

Omsætning i speciallægepraksis

Omsætningen i speciallægepraksis er også steget gennem de senere år. Af nedenstående tabel fremgår det, at udgiften til alle speciallægepraksis i gennemsnit er steget med 10,8 procent fra 2007 - 2009 i faste priser.

Tabel 5. Udgifter til speciallægepraksis 2007-2009 (bruttohonorar) i faste priser¹ (2009 prisniveau).

| Speciale | Udgifter i faste priser (2009 priser) i mio. kr | | | Stigning i faste priser 2007 - 09 | Stigning i procent 2007 - 09 | Stigning udover reguleringsordning og aftalte honorarstigninger ² |
|------------------------|---|----------------|----------------|-----------------------------------|------------------------------|--|
| | 2007 | 2008 | 2009 | | | |
| Anæstesiologi | 64,5 | 66,1 | 65,2 | 0,7 | 1,1% | -0,7% |
| Dermato-venerologi | 333,2 | 347,7 | 353,6 | 20,4 | 6,1% | 4,2% |
| Diagnostisk radiologi | 78,7 | 90,9 | 106,5 | 27,8 | 35,4% | 33,0% |
| Reumatologi (Fysiurgi) | 87,8 | 86,5 | 87,6 | -0,2 | -0,3% | -2,0% |
| Gynækologi/obstetrik | 227,4 | 242,1 | 259,0 | 31,6 | 13,9% | 11,9% |
| Intern medicin | 115,7 | 126,8 | 134,0 | 18,3 | 15,8% | 13,8% |
| Kirurgi | 213,0 | 230,4 | 236,8 | 23,7 | 11,1% | 9,2% |
| Neuromedicin | 53,0 | 57,8 | 62,8 | 9,8 | 18,5% | 16,4% |
| Øjenlægehjælp | 484,1 | 522,2 | 543,0 | 59,0 | 12,2% | 10,2% |
| Ortopædisk kirurgi | 99,1 | 102,0 | 102,8 | 3,6 | 3,6% | 1,8% |
| Ørelægehjælp | 506,0 | 530,8 | 543,9 | 37,9 | 7,5% | 5,6% |
| Patologi | 27,5 | 31,0 | 31,1 | 3,6 | 13,1% | 11,1% |
| Plastikkirurgi | 30,8 | 36,1 | 39,1 | 8,3 | 26,8% | 24,6% |
| Psykiatri | 203,8 | 214,8 | 219,0 | 15,3 | 7,5% | 5,6% |
| Pædiatri | 60,0 | 70,9 | 78,5 | 18,4 | 30,7% | 28,4% |
| Børnepsykiatri | 25,1 | 26,4 | 28,5 | 3,4 | 13,5% | 11,5% |
| Total | 2.609,7 | 2.782,5 | 2.891,1 | 281,4 | 10,8% | 8,8% |

Note 1): 2007 - 2008 PL er 3,4 procent og 2008 - 2009 PL er 3,3 procent

Note 2): 2007 - 2008 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 5,4 procent og 2008 - 2009 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 3,16 procent. Kilde: CSC, Scandihealth.

I beregningen af kolonne D og E (stigningen i faste 2009 priser), er der taget højde for den pris- og lønstigning på sundhedsudgifterne, som hvert år fastsættes i økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner. Dette er således et udtryk for, hvad udgifterne er steget med på de enkelte områder udover stigningen i priser og lønninger.

I beregningen af kolonne F, er der taget højde for den løbende reguleringsordning på speciallægeområdet og de ændringer i honorarer mv., som er aftalt i de enkelte overenskomstsår. Dette er således et udtryk for, hvad udgifterne på de enkelte områder er steget med – udover de stigninger i honorarerne som fastsættes i overenskomsten. Stigning i aktiviteten kan både være udtryk for flere patienter, flere behandlinger pr. patient og/eller en ændring af hvilke behandlinger patienterne modtager. Det skal bemærkes, at nogle af midlerne afsat til moderniseringen af overenskomsten indgår i de aftalte stigninger, men disse er endnu ikke fuldt ud implementeret.

Det ses desuden af ovenstående tabel, at speciallægehjælp har haft en stigning udover reguleringsordning og aftalte stigninger på 8,8 pct. fra 2007-2009. Til sammenligning ligger den tilsvarende årlige gennemsnitlige stigning for hele perioden 2004-2009 på 3,7 pct.

Mængdestigningen er udtryk for, hvor meget udgifterne til de enkelte specialer er steget eller faldet med udover stigninger i de enkelte honorarer. Disse resterende stigninger eller fald skyldes ændringer i mængder eller aktivitet. Det kan således være udtryk for, at der behandles flere patienter i speciallægepraksis, eller det kan være udtryk for, at det samme antal patienter, har fået flere eller dyrere ydelser end tidligere.

Stigningen varierer en del fra region til region, hvilket ses af nedenstående tabel. I Region Syddanmark er stigningen i faste priser på 8,3 pct., mens den i Region Midtjylland er 14,4 pct.

Tabel 6. Regionale forskelle i udgifter til praktiserende speciallæger (bruttohonorar) 2007 - 2009 i faste priser (2009 priser ¹)

| Region | Udgift i mio. kr. | | | Stigning i mio. kr. 2007-2009 | Stigning i % 2007 - 2009 | Stigning udover reguleringsordning og aftalte honorarstigninger ² |
|--------------------|-------------------|---------|---------|-------------------------------|--------------------------|--|
| | 2007 | 2008 | 2009 | | | |
| Region Nordjylland | 189,9 | 201,1 | 211,9 | 21,9 | 11,6% | 9,6% |
| Region Midtjylland | 464,1 | 507,6 | 531,1 | 66,9 | 14,4% | 12,4% |
| Region Syddanmark | 441,8 | 470,9 | 478,6 | 36,8 | 8,3% | 6,4% |
| Region Hovedstaden | 1.165,8 | 1.237,1 | 1.291,9 | 126,1 | 10,8% | 8,9% |
| Region Sjælland | 348,4 | 366,3 | 377,9 | 29,5 | 8,5% | 6,6% |

Note 1): 2007 - 2008 PL er 3,4 procent og 2008 - 2009 PL er 3,3 procent

Note 2): 2007 - 2008 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 5,4 procent og 2008 - 2009 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 3,16 procent.

Kilde: CSC, Scandihealth.

Ligeledes er der relativt store forskelle fra speciale til speciale, hvilket fremgår af nedenstående tabel. De største stigninger ses for nogle af de relativt mindre specialer: radiologi, pædiatri, neuromedicin, plastikkirurgi og børnepsykiatri.

Tabel 7. Regionale forskelle stigninger der ligger udover reguleringsordningen og de aftalte honorarstigninger fra 2007 til 2009 i procent.

| | Region Nordjylland | Region Midtjylland | Region Syddanmark | Region Hovedstaden | Region Sjælland |
|------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| Anæstesiologi | 1,4% | 3,4% | -5,2% | -0,5% | -3,7% |
| Dermato-venerologi | 14,7% | 3,9% | 3,4% | 4,8% | -1,8% |
| Diagnostisk radiologi | | 16,3% | | 35,4% | |
| Reumatologi (Fysiurgi) | -11,0% | 4,9% | 31,5% | -8,5% | -5,2% |
| Gynækologi/obstetrik | 8,8% | 14,8% | 4,7% | 14,3% | 6,5% |
| Intern medicin | -5,3% | 39,6% | 17,3% | 7,1% | -1,4% |
| Kirurgi | -3,5% | -3,5% | 31,1% | 10,4% | 7,8% |
| Neuromedicin | -24,0% | 31,3% | 23,3% | 7,7% | 13,6% |
| Øjenlægehjælp | 3,2% | 18,7% | 5,2% | 9,6% | 10,9% |
| Ortopædisk kirurgi | 2,4% | -3,4% | 8,3% | -0,3% | 1,1% |
| Ørelægehjælp | 8,7% | 8,5% | -0,5% | 5,4% | 8,6% |
| Patologi | | 43,7% | 22,3% | 8,9% | |
| Plastikkirurgi | | 37,3% | 9,8% | 27,2% | |
| Psykiatri | 16,5% | 2,7% | 14,8% | 1,1% | 8,5% |
| Pædiatri | 67,5% | 35,6% | -1,6% | 34,9% | 11,7% |
| Børnepsykiatri | 36,5% | 7,8% | -7,1% | 12,3% | 16,3% |
| Total | 9,6% | 12,4% | 6,4% | 8,9% | 6,6% |

Note: 2007 - 2008 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 5,4 procent og 2008 - 2009 reguleringsordning og aftalte honorarstigninger i alt 3,16 procent.
Kilde: CSC, Scandihealth.



5. Samarbejdsformer

I de forudgående kapitler er rammerne for speciallægepraksis i form af lovgivning, udviklingstræk mv. beskrevet. Rammerne er den kontekst, de praktiserende speciallæger og regionerne agerer inden for i forhold til det gensidige samarbejde.

Speciallægepraksis løfter i dag nogle væsentlige opgaver i det danske sundhedsvæsen. Faktaafsnittet viser, at mange ambulante specialiserede ydelser løses i speciallægepraksis, dog er der stor variation på tværs af specialer og på tværs af landet. Samtidig er speciallægepraksis kendetegnet ved en høj faglighed, fokus på kvalitet og i front, når det gælder anvendelse af IT. Det er imidlertid af stor betydning, at disse styrker ved speciallægepraksis kommer til at indgå i sundhedsvæsenet på den mest hensigtsmæssige måde. I det følgende beskrives konkrete eksempler på samarbejdet mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet.

Eksempler på samarbejdsformer, hvor sygehusydelser flyttes ud i speciallægepraksis

Nedenfor er nævnt nogle eksempler, hvor regioner og speciallægepraksis via målrettede og specifikke samarbejdsaftaler har opbygget et tættere samarbejde, som er baseret på, at speciallægepraksis varetager ydelser, der ellers skulle have været lavet på sygehusene.

Ventelisteafvikling

Der ses i flere regioner eksempler på, at regionerne har tænkt speciallægepraksis ind i forbindelse med nedbringelse af ventetider. Typisk er det sket ved, at regionen og de praktiserende speciallæger har indgået lokalaftaler omkring behandlinger, hvor patienterne står på venteliste på sygehusene, og hvor behandlingen hensigtsmæssigt har kunnet lægges ud i praksissektoren. Det er eksempelvis sket inden for det kirurgiske speciale (skopi-området).

Aftalerne er typisk lavet som § 3-aftaler, og der er aftalt særlige forhold vedr. knækgrænser. Ofte vil aftalerne endvidere være tidsbegrænsede.

Erfaringerne med aftalerne om ventelisteafvikling har været blandede. Der har været gode erfaringer på nogle områder, hvor udvælgelse af relevante patienter, henvisning af patienter til praksis og løbende kommunikation mellem praksis, hospital og administrationen er forløbet problemfrit.

Men der er også oplevet udfordringer, blandt andet har hospitalerne i nogle tilfælde været henholdende i forhold til at viderehenvise patienterne til speciallægepraksis. I nogle tilfælde opleves desuden, at patienterne har bestemte præferencer i forhold til, hvor de gerne vil behandles. Dette tyder på, at der kan være behov for mere opmærksomhed omkring aftalerne fra sygehusenes side – og sandsynligvis også for en bedre dialog mellem sygehuse og speciallægepraksis.

Shared care

Som beskrevet indledningsvist er der behov for at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Et eksempel på dette er et shared care samarbejde, hvor en region har indgået aftale med praktiserende speciallæger i gynækologi om udvidet forundersøgelse af patienterne, inden de henvises til et kirurgisk indgreb på sygehusene. Denne praksis har reduceret antallet af ambulatoriebesøg for den pågældende patientgruppe.

Aftalen indebærer, at de praktiserende speciallæger udvælger de patienter, som er velegnede til den pågældende behandling i dagkirurgisk regi. Udvalgelsen sker ud fra en række veldefinerede indikationer for operation, som er defineret i aftalen med speciallægerne. Det er herefter speciallægens ansvar at gøre patienten klar til det operative indgreb på hospitalerne og sikre, at patienten både skriftligt og mundtligt har fået information om indgrebets art, beskaffenhed, forventet resultat samt risici, og indhente patientens skriftlige samtykke til indgrebets udførelse. Hospitalerne har på den anden side ansvaret for de procedurer, som er forbundet med de operative indgreb på hospitalerne.

Ved indikation for videre kontrol og svar på mikroskopi foregår dette også hos den henvisende praktiserende speciallæge.

Erfaringerne fra projektet har været positive både for patienternes oplevelse af det samlede behandlingsforløb, hvor forundersøgelsen ikke gentages på hospitalet, og for speciallægerne i begge sektorer. Der foreligger endnu ikke talmæssig dokumentation, som underbygger den økonomiske gevinst ved at reducere antallet af genundersøgelser på hospitalerne.

Det er på baggrund af de positive kvalitative erfaringer besluttet at implementere den konkrete aftale til resten af regionen som en § 3-aftale.

Pakkeforløb på hjerteområdet

Flere regioner har indgået aftaler med praktiserende speciallæger om at udføre undersøgelser, der indgår i pakkeforløbene på hjerteområdet. F.eks. er der i en region indgået aftale mellem et sygehus og en praktiserende speciallæge. Aftalen er indgået som en lokal bilateral aftale mellem den enkelte speciallæge og sygehuset og vedrører undersøgelse af et konkret antal patienter. Aftalen mellem sygehuset og den praktiserende speciallæge er ikke en § 3-aftale, men der tages udgangspunkt i overenskomstens ydelseshonorarer.

Dette samarbejdseksempel illustrerer, hvordan sygehus og speciallægepraksis kan indgå et tættere samarbejde. Aftalen er et eksempel på, hvordan et sygehus, der mangler kapacitet, tænker speciallægepraksis ind – og anvender speciallægeressourcerne på en hensigtsmæssig måde.

Eksemplet illustrerer imidlertid også, hvordan samarbejdsaftaler mellem regioner og speciallægepraksis er baseret på lokale initiativer og personkendskab inden for afgrænsede områder. Hvis speciallægepraksis i fremtiden mere generelt skal indgå i et tættere samarbejde med sygehusvæsenet, er der behov for at skabe et system, som i højere grad medvirker til dette.

Pakkeforløb på kræftområdet

I flere regioner, er der indgået aftaler om, at speciallægepraksis bidrager til at undersøge patienter, der er henvist til pakkeforløbene på kræftområdet. Mange steder fungerer samarbejdet rigtigt godt, det gælder f.eks. inden for dermatologien, gynækologien og øre-, næse- og halsspecialiet.

Dog er nogle regioner stødt på problemer, som kan være begrænsende for samarbejdet. Problemerne har bl.a. vedrørt spørgsmål i forhold til, hvordan de konkrete undersøgelser gennemføres i speciallægepraksis, hvordan patientdata/resultater kommunikeres fra praksis til sygehus samt booking af tider.

Flytning af opgaver fra sygehus til speciallægepraksis

Samlingen af funktioner på færre og større sygehuse betyder som nævnt, at der bliver behov for nære tilbud til de patienter, som ikke behøver den meget specialiserede sygehusbehandling. Flere regioner arbejder i den forbindelse på at inddrage speciallægepraksis i løsningen af disse opgaver.

I en region har man således lukket øjenafdelingen på det lokale sygehus og i den forbindelse lavet aftaler med speciallægepraksis om at løfte flere af de opgaver, der tidligere foregik på sygehuset.

En sådan udlægning af opgaver til speciallægepraksis kan være relevant andre steder og på andre områder, men under de nuværende forhold kræver det ofte en konkret anledning – som i det nævnte eksempel, at en sygehusafdeling nedlægges. I fremtiden ville det være hensigtsmæssigt, hvis overenskomsten i højere grad lægger op til, at en sådan planlægning og sammentænkning af kapacitet finder sted som en naturlig del af regionernes planlægning.

Fleksibel henvisning til speciallægepraksis

Flere regioner har i lokale aftaler givet mulighed for, at sygehuse kan henvise direkte til speciallægepraksis (f.eks. i forbindelse med ventelisteafvikling).

Erfaringerne herfra viser, at en sådan fleksibel henvisningsmodel med fordel kunne anvendes mere generelt, dog er det en forudsætning, at almen praksis tænkes ind/høres. Dette kan eksempelvis ske ved at lave retningslinjer for fremsendelse af epikriser.

Eksempler på organisatoriske samarbejdsformer

Nedenfor beskrives eksempler på samarbejde, der er bygget op om de formelle fora, hvor speciallægepraksis indgår i regionernes planlægning på lige fod med sygehusafdelinger. Disse fora er også med til at sikre en koordinering, gensidig erfaringsudveksling og basalt kendskab til hinandens arbejdsopgaver.

Specialeråd/specialeudvalg

Alle fem regioner har nedsat specialeråd/specialeudvalg (herefter specialeråd), som har til opgave at rådgive regionen i faglige spørgsmål inden for specialet, blandt andet omkring kvalitet, specialeplanlægning, patientforløb mv.

Nogle regioner har nedsat specialeråd inden for alle specialer, andre har færre specialeråd (vedlagte bilag 3 indeholder en nærmere beskrivelse af regionernes specialeråd).

I alle regioner består specialerådene af sygehusafdelingsledelserne samt andre for specialet relevante faggrupper (sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødre mv.). Derudover er praksissektoren repræsenteret ved en repræsentant fra almen praksis, samt afhængigt af speciale 1-2 repræsentanter fra speciallægepraksis. Der findes specialeråd inden for de rene sygehusspecialer, hvor speciallægepraksis ikke er repræsenteret (f.eks. geriatri og onkologi). Repræsentationen af praktiserende speciallæger varierer afhængigt af speciallægedækningen i den enkelte region.

Region Syddanmark skiller sig ud, idet man her har givet de praktiserende speciallæger tre pladser i specialerådene inden for øjenspecialet og ØNH-specialet.

Erfaringerne med specialerådene er overvejende positive, dog peger de praktiserende speciallæger selv på, at deres underrepræsentation i rådene har betydning for deres indflydelsesmuligheder, og at udpegning bør være forankret i FAPS' regionale bestyrelser.

Trepartsudvalg/trepartsgrupper

Flere regioner er, som udløber af deres speciallægepraksisplaner, i gang med at indføre såkaldte trepartsudvalg eller trepartsgrupper. Udvalgene/grupperne er formaliserede samarbejdsfora, der består af en speciallægefaglig repræsentant fra sygehusvæsenet, en speciallæge fra praksis og en alment praktiserende læge. Nogle steder overvejes det desuden, at der indenfor specialer, hvor det kan være relevant, inddrages repræsentation fra regionens kommuner.

Trepartsudvalgene/grupperne skal ses i lyset af behovet for kommunikation på tværs af sektorer i relation til ambitionen om sammenhængende patientforløb og i forhold til ønsket om en løbende vurdering af muligheden og behovet for flytning af opgaver.

Formålene med trepartsudvalgene/grupperne er:

- at styrke de formelle rammer omkring samarbejdet
- at sikre en optimal opgavefordeling indenfor den ambulante behandling mellem speciallægepraksissektor, hospitalssektoren og almen praksis
- at opgavefordelingen løbende vurderes
- at der sker en udvikling af samarbejdet om de mest hensigtsmæssige og fagligt kvalitativt bedste patientforløb i forhold til det samlede sundhedsvæsen.

Udpegning til trepartsudvalg/trepartsgrupper bør være forankret i FAPS' regionale bestyrelser.

Eksempler på samarbejde, der skaber dialog på tværs af sektorer

I nogle tilfælde vil manglende eller problematisk samarbejde mellem praktiserende speciallæge og sygehuse kunne forklares med, at der er gensidige kulturelle barrierer overfor samarbejde mellem sygehusektoren og de praktiserende speciallæger.

Der er i sådanne tilfælde behov for at sikre gensidig dialog og udveksling af viden mellem sektorer, og det skal sikres, at henvisninger og anden information forløber glat og ligetil – uden unødigt forsinkelse for patienten. Et eksempel herpå er, at der i speciallægeoverenskomsten er indarbejdet krav til IT i speciallægepraksis.

Det er også en forudsætning, at lægerne i de forskellige sektorer har kendskab til hinandens opgaver og kompetencer, således at patienterne sikres gnidningsløse forløb og så eksempelvis dobbeltundersøgelser, hvor sygehuset gentager undersøgelser, der allerede er foretaget i speciallægepraksis, kan minimeres.

Deltagelse i faglige arrangementer og møder

Inden for flere specialer er der gode erfaringer med at holde fælles faglige arrangementer, hvor både sygehusansatte speciallæger og praktiserende speciallæger deltager. Dette øger lægernes personlige kendskab til hinanden og bidrager samtidig til fælles faglig opdatering og efteruddannelse.

I en region har man formaliseret dette samarbejde, idet der er indgået en § 3-aftale, som aflønner de praktiserende speciallæger for at deltage i faglige arrangementer.

”Udvekslingsaftaler”

Der er flere steder gode erfaringer med ”udveksling af speciallæger”, f.eks. at speciallæger fra sygehussektoren arbejder på konsulentbasis i speciallægepraksis, eller at praktiserende speciallæger arbejder nogle timer om ugen på en sygehusafdeling.

En variant af denne er praktiserende speciallæger, der kommer på studiebesøg på sygehusene for at lære nyt – ligesom der ses eksempler på praktiserende speciallæger, der låner lokaler og udstyr på sygehusene uden for normal arbejdstid.

Afrunding på beskrivelsen af samarbejdsformer

Udvalget har med ovenstående gennemgang beskrevet rammerne for samarbejdet mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet, samt konkrete eksempler på samarbejdsformer. Beskrivelsen viser, at der er mange gode eksempler på samarbejde. I det følgende afsnit vil udfordringerne i forbindelse med samarbejdet blive beskrevet.



6. Udfordringer ved samarbejdet

Som beskrevet i kapitel 4 findes der gode eksempler på samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. Det er dog kendetegnede for disse eksempler, at aftalerne ofte er baseret på konkrete anledninger, gensidigt kendskab og mere eller mindre uformelle kontakter/aftaler.

Udvalget finder endvidere, at der er nogle udfordringer ved samarbejdet mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet. Disse udfordringer kan overordnet set sammenfattes i tre overskrifter: Planlægning, kvalitet og dialog.

Planlægning

Regionerne ønsker at anvende speciallægepraksis mere i forhold til løsningen af sundhedsvæsenets opgaver – og de praktiserende speciallæger vil gerne indgå i et tættere samarbejde med regionerne. Udfordringen går på at sikre nogle rammer, som faciliterer en samlet kapacitetsplanlægning og som gør det attraktivt for de praktiserende speciallæger at indgå i et tættere samarbejde. Samtidig er der på tværs af landet og dermed også mellem regionerne store forskelle i antallet af speciallægepraksis. Disse forskelle kræver en fleksibilitet i systemet og mulighed for at lave lokale aftaler. Derudover udgør det nuværende ydernummersystem i mange tilfælde en barriere i forhold til at oprette flere ydernumre og dermed lægge flere ydelser ud i speciallægepraksis.

Som beskrevet indledningsvis bliver sundhedsvæsenet som helhed i disse år mere og mere specialiseret. Højtspecialiserede funktioner samles på store sygehusenheder, og det nødvendiggør nære tilbud til de patienter, der ikke har behov for sygehusbehandling. I den sammenhæng kan det være relevant at se på en højere grad af subspecialisering i den enkelte speciallægepraksis.

Kvalitet

I disse år er der i meget høj grad fokus på kvalitetsudvikling og dokumentation af kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Dette ses bl.a. ved arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel. I forhold til kvalitet er speciallægepraksis allerede nået langt med arbejdet i forbindelse med KVIS-projektet. Der er dog den udfordring, at den nuværende overenskomst ikke indeholder krav til kvaliteten i speciallægepraksis, ligesom der heller ikke er fokus på servicemål.

Dialog

Samarbejde afhænger i mange tilfælde af gensidig respekt og fælles dialog. Det gælder i forholdet mellem speciallægepraksis og sygehusene – ikke mindst i de tilfælde, hvor der er tale om fælles patienter. I forbindelse med kortlægningen af samarbejdseksempler er udvalget stødt på eksempler på kulturelle udfordringer i samarbejdet mellem sektorer. Det gælder f.eks. i forbindelse med inddragelse af speciallægepraksis i pakkeforløbene på kræftområdet, hvor der kræves faste aftaler og gensidig dialog, hvis samarbejdet om patienter i disse meget fastlagte forløb skal lykkes. Det gælder også i forbindelse med aftaler om ventelisteafvikling, som stiller krav til sygehusene om at henvise relevante patienter til speciallægepraksis.

På det organisatoriske plan møder samarbejdet også udfordringer. Det gælder eksempelvis i forhold til speciallægepraksis' repræsentation i specialråd/specialeudvalg. Her sidder som beskrevet ofte 1-2 praktiserende speciallæger – uanset om specialet er et stort praksisspeciale. De praktiserende speciallæger finder på den baggrund nogle gange, at det kan være svært at få indflydelse.

Udfordringerne skaber behov for nytænkning

De skitserede udfordringer viser, at når speciallægepraksis i fremtiden skal integreres mere i det samlede sundhedsvæsen og derigennem samarbejde tættere med sygehusene, er det nødvendigt at gennemføre nogle ændringer i rammerne, således at det i højere grad er naturligt for regioner, sygehuse og speciallægepraksis at tænke i samarbejde og integration.

Udvalget anbefaler derfor en ændret model for fremtidens speciallægepraksis. En model, som kan imødegå disse udfordringer.

UDVALG
OM
FOKUS
PÅ
KVALITET

Kvalitet

Samarbejde

Samarbejde

Sundhed
Udvikling

Kvalitet

Samarbejde

UDVALG
OM
FOKUS
PÅ
KVALITET

7. Model for fremtidens speciallægepraksis

Som beskrevet i rapportens kapitel 2, står sundhedsvæsenet overfor markante udfordringer i disse år. Speciallægepraksis kan indgå i svaret på disse udfordringer og derigennem komme til at spille en væsentlig mere integreret rolle i det samlede sundhedsvæsen, men det kræver nye muligheder for samarbejde og planlægning.

Udvalget beskriver de overordnede målsætninger og generelle principper for fremtidens speciallægepraksis og for sektorens samarbejde med resten af sundhedsvæsenet. Uddybningen af selve modellen, herunder en konkretisering i forhold til hver enkelt af de 17 specialer i speciallægepraksis, vil skulle foregå ved de kommende overenskomstforhandlinger mellem parterne.

Målsætning for fremtidens speciallægepraksis

I lyset af ovenstående udviklingstendenser og udfordringer, finder udvalget, at den overordnede målsætning for fremtidens speciallægepraksis bør være,

- at speciallægepraksis indgår i et tættere samarbejde med resten af sundhedsvæsenet, og
- at speciallægepraksis derigennem kommer til at indgå som en mere integreret del af det offentlige sundhedsvæsen.

En sådan udvikling bør ske under hensyn til flere forhold:

- at de praktiserende speciallæger også fremadrettet skal være selvstændige erhvervsdrivende med en høj grad af autonomi
- at speciallægepraksis placeres centralt i den samlede sundhedsplanlægning, f.eks ved at give regionerne bedre mulighed for at se kapaciteten i speciallægepraksis og på sygehusene under ét
- at det fortsat skal være attraktivt for speciallæger at investere i en speciallægepraksis
- at der stilles samme kvalitetskrav til praktiserende speciallæger, som til de offentlige sygehuse og andre offentlige samarbejdsparter
- at der skabes optimale og sammenhængende patientforløb.

Planlægning

Hvis ovenstående målsætninger skal indfris, kræver det en ny form for planlægning og samarbejde mellem speciallægepraksis og regionerne. Erfaringerne viser, at der inden for rammerne af det nuværende system ikke i tilstrækkelig grad finder en samlet kapacitetsplanlægning sted, det vil sige at den kapacitet og de styrker, der er ved speciallægepraksis, ikke i stort nok omfang tænkes med ind i forhold til sundhedsvæsenets samlede opgaver.

Derfor er der behov for at se på, hvilke rammer der skal være til stede for at fremme en samlet kapacitetsplanlægning og som samtidig giver mulighed for et tættere samarbejde, således at speciallægepraksis kan spille en større rolle i sundhedsvæsenet. Det er i den forbindelse afgørende, at regionerne mere fleksibelt kan indgå aftaler med de praktiserende speciallæger og derigennem indtænke kapaciteten i speciallægepraksis i den samlede planlægning.

Der er to elementer af dette:

- Der er behov for, at en del af kapaciteten i speciallægepraksis friholdes, så den kan tilpasses regionernes aktuelle behov.
- Ydernummersystemet bør gøres mere fleksibelt, således at det bliver attraktivt for regionerne at oprette flere ydernumre.

Behovet for fleksibilitet skal kombineres med de praktiserende speciallægers behov for sikkerhed i forhold til deres investeringer.

På baggrund af ovenstående anbefaler udvalget en mere fleksibel overenskomstmodel, bestående af en generel overenskomst (basis), samt en tillægsdel, som frigør kapacitet i den enkelte speciallægepraksis til fleksible aftaler. Derudover anbefales det, at der arbejdes videre med en model for tidsbegrænsede ydernumre.

Denne model er beskrevet nærmere i de følgende afsnit.

Basis – den fælles overenskomst

Basisdelen er en central overenskomst, der er fælles for alle praktiserende speciallæger – og som er svarer til overenskomsten i dag. Denne fælles basis betyder, at der fortsat vil være en mængde af ydelser, som udføres i speciallægepraksis – uanset hvordan kapaciteten på sygehusambulatorierne aktuelt ser ud.

Basisdelen består af to dele:

- *Generelle vilkår* om kvalitet, ventetider, samarbejdsfora, vilkår for afregning, indberetning mv.
- *Specialespecifikt ydelseskatalog* med afgrænsning af, hvilke ydelser der indgår i basis inden for et givent speciale.

Både de generelle vilkår samt ydelseskataloget forhandles centralt ved overenskomstforhandlinger mellem parterne. Her aftales det, hvor stor en procentdel af den samlede kapacitet speciallægerne inden for hvert enkelt speciale skal have inden for basisdelen. Denne andel skal være den samme for alle speciallæger inden for specialet. Det kan f.eks. aftales, at basis skal udgøre 70 procent af den samlede kapacitet hos den enkelte speciallæge (det enkelte ydernummer).

Basisdelen skal fastlægges ud fra en fælles vurdering af, hvilke ydelser alle speciallæger indenfor specialet skal kunne løse til hver en tid. De praktiserende speciallæger forpligtes til at udføre de ydelser, der fremgår af basisdelen. I mange tilfælde vil basisdelen udgøres af de samme ydelser, som er omfattet af overenskomsten i dag. I andre tilfælde kan der være forhold, der gør, at nogle ydelser, der i dag indgår i overenskomsten, tages ud af basissortimentet, således at der i stedet kan indgås lokale aftaler om dem. Det kan f.eks. være i tilfælde, hvor ydelsen er så specialiseret, at ikke alle praktiserende speciallæger inden for specialet kan tilbyde den, eller tilfælde, hvor ydelsen kræver særligt apparatur, som alle ikke har investeret i.

Tillægsaftaler (fleksible aftaler)

Den friholdte kapacitet (eksempelvis 30 procent) skal anvendes til, at regionen og den enkelte speciallæge kan indgå fleksible tillægsaftaler om specifikke ydelser. Tillægsaftalerne forhandles lokalt, og speciallægepraksis og regionerne er gensidigt forpligtede til at indgå tillægsaftaler. I de lokale forhandlinger aftales, hvordan den ekstra kapacitet i hver enkelt speciallægepraksis skal anvendes. Aftalerne indgås individuelt med hver enkelt speciallæge som led i en samlet planlægning. Udvalget finder det væsentligt at understrege, at der ikke må være aftalemæssige barrierer, som forhindrer, at den enkelte speciallæge kan udnytte sin kapacitet, svarende til de 100 procent. Der kan enten aftales nye ydelser, som ikke er med i basis, eller at det kan aftales, at speciallægerne laver flere af basisydelseerne.

Der er forskellige modeller for indgåelse af tillægsaftaler. Aftalen kan udformes som § 3-aftale, eller som en mere overordnet rammeaftale om, at speciallægerne indgår som en del af kapaciteten i for-

bindelse med ventelister. Valget af model vil afhænge af den konkrete situation, ligesom varigheden af aftalerne ligeledes aftales lokalt. Det afgørende er, at der frisættes en kapacitet i speciallægepraksis, som skal anvendes efter behovet lokalt.

Styrken ved den foreslåede model er, at der sikres et tættere samarbejde mellem den enkelte region og speciallægepraksis. Gennem fleksible aftaler sikres det, at speciallægepraksis kommer til at indgå som en del af den samlede kapacitet i den enkelte region, og det er udvalgets forventning, at dette vil betyde, at speciallægepraksis i langt højere grad vil komme til at spille en rolle i forbindelse med f.eks. afvikling af ventelister, indførelse af pakkeforløb osv. Derudover vil et sådan system kunne sikre, at de styrker speciallægepraksis besidder i kraft af sektorens organisationsform og forandringsparathed, i højere grad vil kunne finde anvendelse i det samlede sundhedsvæsen.

Samtidig opnår de praktiserende speciallæger en sikkerhed for aktiviteten, idet de gennem tillægsaftaler enten indgår aftale om at foretage nye ydelser eller om at fortsætte med basisydelse. Dermed vil den enkelte praksis være sikret en aktivitet på samme niveau som tidligere.

Fælles ramme for planlægning

Det er vigtigt, at der skabes en fælles ramme for samarbejdet, således at planlægningen af tillægsaftalerne sker i dialog mellem regioner/sygehuse og speciallægepraksis. Herigennem vil speciallægepraksis i højere grad komme til at indgå som en integreret del af sundhedsvæsenet. Et sådant dialogforum vil også kunne bruges i de tilfælde, hvor en region har et akut ventelisteproblem, som speciallægepraksis kan være med til at løse.

Det er afgørende for dette aftalesystem, at samarbejdet bygges op om fleksibilitet. Det indebærer bl.a., at den enkelte region og de enkelte speciallæger for så vidt angår tillægsaftalerne kan vælge at indgå korte eller mere længerevarende aftaler.

Fastlæggelsen af de ydelser, der skal være en del af basisdelen, bør fastlægges ved centrale forhandlinger. Fremadrettet kan basisydelse løbende revideres som led i arbejdet med at modernisere de enkelte specialer. Udvalget finder, at det konstruktive arbejde omkring præciseringer af ydelsesbeskrivelserne, som finder sted i forbindelse med moderniseringerne, bør fortsætte, således at der på sigt opnås en større gennemsigtighed i forhold til ydelserne i overenskomsten. Moderniseringerne er endvidere en garanti for, at specialernes ydelser efter overenskomsten er tidssvarende.

Fleksibelt ydernummersystem

Som beskrevet i kapitel 2 har regionerne planlægningskompetencen i forhold til speciallægepraksis. Der er dog i nogle tilfælde tale om en barriere i forhold til oprette nye ydernumre og dermed udlægge undersøgelser og behandlinger til speciallægepraksis, da det er meget dyrt at nedlægge ydernumre. Ydernummersystemet med livsvarige ydernumre harmonerer således dårligt med behovet for fleksibelt at kunne tilpasse kapaciteten, idet regionerne let kan udvide kapaciteten ved at oprette flere ydernumre, mens det er langt mere vanskeligt at indskrænke den igen ved at nedlægge ydernumre.

Regionerne er som nævnt indstillet på at samarbejde tættere med speciallægepraksis, herunder også at overveje opgaveflytning fra sygehusene til specialpraksis. Udlægning af opgaver er relevant i forbindelse med specialeplanlægning og ændringen af sygehusstrukturen, hvor funktioner samles på større og færre sygehuse. I den forbindelse kan speciallægepraksis løfte en del af sygehusydelse og dermed udgøre det nære tilbud til patienter, som ikke behøver at komme på sygehuset.

En øget brug af speciallægepraksis vil i mange tilfælde forudsætte udvidelse af kapaciteten i form af flere ydernumre. For regionerne er det imidlertid kun en reel mulighed, såfremt ydernummersystemet gøres mere fleksibelt.

Derfor anbefaler udvalget, at der sker en revision af ydernummersystemet. Konkret foreslås det, at der arbejdes videre med en model med nye tidsbegrænsede ydernumre, evt. kombineret med en model, hvor regionerne kan vælge at stille lokaler eller apparatur til rådighed for de praktiserende speciallæger, således at investeringsbyrden mindskes for de speciallæger, der ønsker at nedsætte sig i praksis.

Vilkårene for begge modeller fastlægges ved forhandling mellem parterne.

Subspecialisering

I lyset af ovenstående forslag til en ny model for speciallægepraksis bygget op omkring en basisoverenskomst og fleksible tillægsaftaler, kan det være hensigtsmæssigt, at de praktiserende speciallæger i højere grad får adgang til subspecialisering.

Udvalget anbefaler, at der arbejdes for større mulighed for subspecialisering i den enkelte speciallægepraksis. Dette skal ske under hensyn til regionens behov samt den enkelte speciallæges interesse og fastholdelse af rutine. Subspecialisering bør således ske efter gensidig aftale mellem regionen og de enkelte praktiserende speciallæger, således at specialiseringen tænkes ind i forhold til den samlede planlægning.

Subspecialisering vil dels gøre det muligt for speciallægen at forfølge en særlig interesse for en speciel del af det enkelte speciale, og dels gøre det lettere for regionen at tænke speciallægepraksis med ind i forhold til eksempelvis ventelisteafvikling, opgaveflytning osv.

I forbindelse med en større subspecialisering i speciallægepraksis, er det vigtigt at sikre, at subspecialiseringen fastholdes også ved salg af ydernumre. Udvalget anbefaler derfor, at praksis kan klausuleres ved salg. De konkrete vilkår for klausulering skal forhandles mellem parterne, men udvalget finder, at der i forbindelse med salg bør være en tæt dialog mellem regionen og den praktiserende speciallæge.

Kvalitet

Der er voksende politisk fokus på kvalitet inden for sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er en del af denne udvikling og skal på sigt omfatte hele det danske sundhedsvæsen, herunder også speciallægepraksis. I dag findes der imidlertid ingen samlet model for systematisk arbejde med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis. Derfor igangsatte overenskomstens parter for nogle år siden KVIS-projektet, som skal skabe grundlaget for implementering af en model for systematisk kvalitetsudvikling. I projektet arbejdes der med at tilpasse DDKM til speciallægepraksis.

KVIS-projektet bygger på en række delprojekter, som til sammen sikrer erfaringer fra speciallægepraksis inden for tre fokusområder: Patientoplevelse kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet. Erfaringerne fra delprojekterne bliver samlet i en sammenhængende model for kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis, som skal afprøves på et udvalgt speciale (dermatologi) inden juni 2011. I løbet af efteråret afrapporteres erfaringerne og anbefalingerne fra KVIS-projektet. Disse kan herefter anvendes af overenskomstens parter, så speciallægepraksis bliver klar til akkreditering i henhold til kriterierne i DDKM.

Der er i udvalget enighed om, at det fremtidige arbejde med kvalitetsudvikling bør bygge videre på erfaringerne og anbefalingerne fra KVIS-projektet. Udvalget finder, at kvalitetsudvikling og krav til kvalitet bør indarbejdes i den centrale overenskomst. Ligeledes bør relevante krav, der sikrer mulighed for akkreditering i henhold til kriterierne i DDKM, indarbejdes i overenskomsten. Det gælder også andre krav, der vil koble kvalitetsudvikling i speciallægepraksis sammen med øvrige regionale kvalitetsudviklingsinitiativer, strategier mv. Det er i den forbindelse vigtigt at tage hensyn til de særlige forhold i speciallægepraksis.

Herudover vil der være en række andre krav, som det kan være relevant at medtage i en ny overenskomst. Det drejer sig eksempelvis om servicemål i forhold til ventetid og tilgængelighed.

Eksempler på forslag til servicemål:

- Kvaliteten i speciallægepraksis' ydelser bør dokumenteres, dvs. relevante kvalitetsdata skal offentliggøres og formidles. Det kan f.eks. dreje sig om ventetidsoplysninger, oplysninger om patienttilfredshedsundersøgelser samt oplysninger om speciallægens videreuddannelse mv.
- Alle praktiserende speciallæger bør deltage i patienttilfredshedsundersøgelser.
- Det kan overvejes at stille krav til den telefoniske og elektroniske tilgængelighed i speciallægepraksis. F.eks. krav i forhold til telefontider eller adgang til kommunikation via e-mail.
- Kliniske retningslinjer skal følges.

Dialog og samarbejde

I rapportens kapitel 4 blev en række gode eksempler på samarbejdet mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet beskrevet. Eksemplerne viser, at der er basis for tæt samarbejde mellem sygehuse og praktiserende speciallæger på flere forskellige områder, og målsætningen fremadrettet bør være, at både regioner og speciallæger lærer af disse gode eksempler.

En del af samarbejdet mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet går på at sikre gensidig respekt, tillid og dialog mellem sektorerne. Speciallægerne på sygehusene skal kende styrkerne ved speciallægepraksis og vide hvilke opgaver, der kan løses i speciallægepraksis. Begge parter bør desuden være med til at sikre en faglig dialog, f.eks. i forhold til patienter, der behandles både hos speciallæge og på sygehusene.

Der er i udvalget enighed om, at de eksisterende fora (3-partsgrupper og specialeråd) bør fastholdes og finde større anvendelse i forhold til at sikre, at speciallægepraksis indgår som en integreret del af sundhedsvæsenet. Foraene er samtidig anvendelige i forhold til at skabe bedre kendskab til, hvad der foregår i de forskellige sektorer. Der er endvidere enighed om, at en forbedret dialog stiller krav til begge parter. Det kan overvejes, om speciallægenes repræsentation i regionernes specialeudvalg skal styrkes.

Som nævnt ovenfor skal der etableres rammer for en fælles dialog om planlægningen af basisoverenskomst og tillægsaftaler. Afhængigt af hvordan modellen konkret implementeres, kan det være en mulighed at anvende de eksisterende fora til denne dialog.

En anden vej til at skabe et tættere samarbejde mellem speciallæger på sygehusene og i praksissektoren kan gå gennem fælles faglige arrangementer, som eksempelvis temadage eller fyraftenskurser. Der er allerede i dag gode erfaringer med dette, og udvalget anbefaler, at disse udbygges yderligere.

Med den nye model forslås en mere fleksibel overenskomst, som giver mulighed for flere lokale aftaler. Sådanne aftaler vil også kunne rumme, at praktiserende speciallæger løser opgaver på sygehu-

sene nogle timer om ugen, såfremt behovet er der i den enkelte region. Dette vil i lighed med mere uformelle studiebesøg kunne være med til at øge kendskabet og dialogen mellem speciallæger i de forskellige sektorer.

Uddannelse i speciallægepraksis

Med udvalgets anbefalinger lægges op til, at speciallægepraksis skal indtage en større rolle i sundhedsvæsenet og i endnu højere grad bidrage til løsningen af opgaverne i sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det tillige relevant at se på ansvaret i forhold til speciallæger under uddannelse. I dag ligger en del af videreuddannelsesforløbet inden for specialerne i øjensygdomme, ØNH og dermatologi i speciallægepraksis.

Udvalget anbefaler, at det ved implementeringen af ovenstående model overvejes, om speciallægepraksis skal tage del i videreuddannelsen inden for andre specialer.



Bilag 1: Udvalgets kommissorium

Kommissorium for udvalgsarbejde om speciallægepraksis' samarbejde med resten af sundhedsvæsenet

Baggrund

I forbindelse med fornyelsen af Speciallægeoverenskomsten pr. 1. april 2008 aftalte parterne et protokollat om samarbejde med resten af sundhedssektoren (**vedlagt**). Baggrunden for protokollatet er dels det stigende pres på sundhedsvæsenet, som medfører efterspørgsel efter flere behandlinger i praksissektoren, og dels at behandlinger i fremtiden i endnu højere grad skal løses i et samarbejde på tværs af sygehuse og speciallægepraksis. Dette nødvendiggør øget fokus på sammenhængende patientforløb, som skal sikre, at patienterne oplever gnidningsløse forløb på tværs af sektorer.

Endvidere er der med udviklingen af fremtidens sygehusstruktur, hvor funktioner samles på færre enheder, et øget behov for, at flere funktioner fagligt kan løftes af sundhedstilbud tæt på borgerne, f.eks. i speciallægepraksis. Speciallægepraksis får således en central plads i fremtidens sundhedsvæsen, men det nødvendiggør samtidig et tættere samarbejde og en øget integration mellem sektorerne i sundhedsvæsenet.

I protokollatet er det aftalt, at der nedsættes et udvalg mellem parterne, som i overenskomstperioden skal afdække muligheder for øget integration herunder præsentere forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration. Afdækningen af muligheder for øget integration samt forslag skal efterfølgende drøftes mellem parterne med henblik på implementering.

Udvalgets opgaver

Baggrunden for nedsættelsen af udvalget er et ønske om at sikre et bedre samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet til gavn for patienterne.

Udvalget skal derfor beskrive og analysere rammerne for samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehusvæsenet samt afdække muligheder for øget integration mellem de to sektorer. Udvalget skal endvidere beskrive og analysere rammerne for hensigtsmæssig udvikling af speciallægepraksis, herunder faglig udvikling og økonomisk styring.

Det samlede sundhedsvæsen undergår i disse år store forandringer, bl.a. som følge af den voksende private sektor samt EU-lovgivningen. I den sammenhæng er det relevant også at se på den rolle speciallægepraksis indtager i forhold til resten af sundhedsvæsenet.

Udvalget skal komme med forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration mellem speciallægepraksis og sygehussektoren. Forslagene kan bl.a. indebære nye samarbejds- og styringsformer.

Udvalget skal løbende delrapportere omkring udvalgets arbejde til forhandlingsmøderne mellem FAS og RLTN.

Udvalgsarbejdet skal i størst muligt omfang resultere i konkrete analyser og forslag, der kan benyttes som grundlag for nytænkning i indretningen af speciallægepraksis og forholdet mellem speciallægepraksis og sygehusene.

Under hensyn til de kommende overenskomstforhandlinger fremlægger udvalget delrapportering med forslag og anbefalinger senest den 1. april 2010. Udvalget kan herefter fortsætte arbejdet frem mod en endelig afrapportering i efteråret 2010.

Udvalgets sammensætning

Udvalget sammensættes af 10 medlemmer (på administrativt niveau):

- En repræsentant fra hver region
- To repræsentanter fra Danske Regioner
- Tre repræsentanter fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger

Danske Regioner er mødeleder samt sekretariatsbetjener udvalget.

Protokollat af den 26-10-2007 om samarbejde med resten af sundhedssektoren

Der er et stigende pres på sundhedsvæsenet, som indebærer øget efterspørgsel efter flere behandlinger i praksissektoren. Parterne er derfor enige om, at der er behov for mere fokus på de muligheder, der er i samarbejde og øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet, idet behandlinger i højere grad løses gennem samarbejde på tværs af sygehuse – og speciallægepraksis.

Øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet kunne eksempelvis være i form af faglige arrangementer på tværs mellem speciallæger på sygehuse og i speciallægepraksis, fælles patientforløb herunder øget deltagelse i konferencer på sygehuse om fælles patienter, fælles anvendelse af avanceret udstyr m.m.

Med henblik på at opnå øget samarbejde og øget integration mellem praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet, nedsættes derfor et udvalg, som i overenskomstperioden skal afdække muligheder for øget integration herunder fremkomme med forslag, der kan fremme formålet om øget samarbejde og faglig integration mellem speciallægepraksis- og sygehussektoren. Afdækningen af muligheder for øget integration samt forslag skal efterfølgende drøftes mellem parterne med henblik på implementering af forslag m.m. Parterne er endvidere enige om i overenskomstperioden løbende at følge udviklingen i forhold til, om samarbejdet mellem sygehus- og speciallægepraksis udnyttes optimalt.

Bilag 2: Udvalgets sammensætning

Oversigt over medlemmer af udvalget vedr. samarbejde mellem speciallægepraksis og resten af sundhedsvæsenet

Foreningen af Speciallæger

Direktør Kasper Axel Nielsen

Chefkonsulent Mads Lythje

Speciallæge Peter Haahr

Danske Regioner

Praksisdirektør Eva Simonsen, Region Hovedstaden (*indtil 1. januar 2010*)

Praksisdirektør Else Hjortsø, Region Hovedstaden (*efter 1. januar 2010*)

Udviklingschef Peder Ring, Region Sjælland

Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Region Syddanmark

Cheflæge Christian Møller-Nielsen, Region Midtjylland

Kontorchef Mikkel Grimmeshave, Region Nordjylland

Sundheds- og socialpolitisk direktør Lone Christiansen, Danske Regioner

Forhandlingsdirektør Signe Friberg Nielsen, Danske Regioner (*indtil 1. januar 2010*)

Cheføkonom Kristian Heunicke (*efter 1. januar 2010*)

Konsulent Lisbeth Simper Elmstrøm (*sekretariat*)

Bilag 3: Oversigt over regionernes specialeråd/specialeudvalg

Region Hovedstaden

Der er i regionen nedsat 37 specialespecifikke sundhedsfaglige råd, som er sammensat af personer fra afdelingsledelserne inden for de enkelte specialer. Som hovedregel indgår desuden:

- Personer med særlig ekspertise inden for specialet/området, herunder en til to kliniske professorer og en udviklingssygeplejerske (udpeges af koncerndirektionen).
- Alment praktiserende læge (praksiskonsulent/ praksiskoordinator for en afdeling på området).
- Praktiserende speciallæge.

Derudover er der repræsentanter fra sygeplejerskegruppen, og hvor det er relevant, også andre grupper (fysioterapeuter, jordemødre, bioanalytikere m.fl.). Fra kommunerne og øvrige samarbejdspartnere kan relevante personer (hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, ambulancetjenesten mv.) udpeges.

Formålet med specialerådene er flersidigt:

- Sundhedsfaglig rådgivning og formidling, f.eks. rådgivning vedr. specialeplanlægning, sundhedsfaglig praksis mv.
- Analysere og drøfte forhold omkring kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.
- Udarbejde kliniske vejledninger og patientforløbsbeskrivelser.
- Specialets udvikling i øvrigt.

Region Sjælland

Der er i regionen nedsat 21 specialeråd, som er sammensat af personer fra afdelingsledelserne inden for de enkelte specialer. Derudover er der repræsentanter fra sygeplejerskegruppen, og hvor det er relevant, også andre grupper (fysioterapeuter, jordemødre, bioanalytikere m.fl.).

Antallet af specialeråd er færre end i Region Hovedstaden, fordi der i Region Sjælland findes specialer, som kun er repræsenteret ét sted i regionen – inden for disse specialer er der ikke nedsat specialeråd. Derudover har man valgt at have ét specialeråd for intern medicin.

Speciallægepraksis er repræsenteret med en til to repræsentanter i flg. specialeråd:

- Gynækologi
- Kirurgi
- Neurologi
- Øjensygdomme
- Ortopædkirurgi
- Børne- og ungdomspsykiatri
- Psykiatri
- Pædiatri
- Reumatologi
- Øre-, næse-, og hals
- Dermatologi

Derudover kan der også udpeges en alment praktiserende læge til hvert af specialerådene.

Formålet med specialerådene er flersidigt:

- Sundhedsfaglig rådgivning og formidling, f.eks. rådgivning vedr. specialeplanlægning, sundhedsfaglig praksis mv.
- Analysere og drøfte forhold omkring kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.
- Udarbejde kliniske vejledninger og patientforløbsbeskrivelser.
- Områdevisitation, f.eks. udarbejdelse af retningslinjer for visitation.
- Specialets udvikling i øvrigt.

Region Nordjylland

Princippet i Region Nordjylland er, at der kan etableres specialeudvalg i specialer eller grupper af specialer, som omfatter mere end et ledelsesområde. Det vil sige, at der f.eks. ikke er specialeudvalg i anæstesiologi og psykiatri, fordi man der henter den faglige rådgivning fra henholdsvis anæstesen og psykiatrien, som hver dækker det samlede felt.

Specialeudvalgene har til opgave at yde faglig rådgivning til den udvidede direktion for Region Nordjylland.

Der er ikke etableret specialeudvalg for alle specialer, idet disse er nedsat, hvor der er skønnet at være et behov eller en efterspørgsel. Der er nedsat flg. specialeudvalg:

- Billeddiagnostisk Specialeudvalg
- Gynækologisk - Obstetrisk Specialeudvalg
- Medicinsk Specialeudvalg
- Kirurgisk Specialeudvalg
- Laboratorie Specialeudvalg
- Ortopædkirurgisk Specialeudvalg
- Pædiatrisk Specialeudvalg

Specialeudvalgene er sammensat af personer fra afdelingsledelserne inden for de enkelte specialer, herunder også sygeplejersker, jordemødre mv. alt afhængigt af speciale. Der sidder en repræsentant for almen praksis med i alle specialeudvalg.

Speciallægepraksis er repræsenteret ved en praktiserende speciallæge i flg. specialeudvalg:

- Gynækologisk - Obstetrisk Specialeudvalg
- Kirurgisk Specialeudvalg
- Ortopædkirurgisk Specialeudvalg
- Pædiatrisk Specialeudvalg

Rådgivningsopgaven udøves - med udgangspunkt i eksisterende planer og specialets udvikling - gennem:

- Analyse og vurdering af funktioner og procedurer indenfor de fastlagte funktionsniveauer.
- Udarbejdelse af rekommandationer vedrørende funktionsfordelingen indenfor de enkelte sygdomsgrupper, herunder optimale patientforløb.
- Sikre en ensartethed i de overordnede lægefaglige retningslinier for visitation undersøgelsesstederne imellem for at sikre den bedst mulige udnyttelse af den samlede kapacitet på området.

Udvalgene fungerer endvidere som et forum for orientering om og drøftelse af faglige spørgsmål til styrkelse af samarbejdet omkring de enkelte sygdomsgrupper, herunder tillige samarbejde omkring forskning og uddannelse.

Derudover samarbejder regionen med specialeråd nedsat af Lægeforeningen Nordjylland. Disse benyttes som høringspart. Indtrykket er, at aktiviteten i de enkelte råd er meget svingende.

Region Midtjylland

Der er i regionen nedsat lægefaglige specialeråd i alle de lægelige specialer til drøftelse af regionens sundhedsfaglige spørgsmål. Rådene har ret og pligt til at yde lægefaglig rådgivning til regionens politiske og administrative niveau.

Specialerådene består af de i regionen fastsatte speciallæger samt en repræsentant for de yngre læger i hoveduddannelse i specialet. Desuden tilknyttes en cheflæge og en repræsentant for alment praktiserende læger. I relevante specialer tilknyttes en repræsentant for de praktiserende speciallæger.

Region Syddanmark

Der er i regionen nedsat 34 specialeråd, hvis formålet er at sikre faglig rådgivning til det politiske system og til ledelsessystemet. Specialerådene er sammensat af to speciallæger fra de sygehusenheder, som har specialet repræsenteret. Derudover indgår professorerne fra specialet.

I specialerne neurologi, pædiatri, reumatologi, otologi, oftalmologi, dermatologi, gynækologi og psykiatri indgår endvidere praktiserede speciallæger. De praktiserende speciallæger er repræsenteret med følgende antal:

- Otologi og oftalmologi indgår tre praktiserende speciallæger.
- Dermatologi og gynækologi to praktiserende speciallæger.
- Resten en praktiserende speciallæger.

Specialerådene har følgende opgaver:

- Følge udviklingen indenfor specialet med henblik på at orientere det politiske system og ledelsessystemet om nye behandlinger.
- Bidrage til udarbejdelse af faglige retningslinjer
- Bidrage til udviklingen af det faglige samarbejde på tværs af sygehusene i regionen.
- Yde faglig rådgivning ved planlægning, kvalitetsudvikling, uddannelse og forskning.

I forbindelse med speciallægepraksis bruges specialerådene bl.a. ved følgende sager:

- Ansøgning fra praktiserende speciallæge om indgåelse af en § 3-aftale, hvor der er brug for en nærmere afklaring af eksempelvis den faglige evidens eller uddannelsesmæssige krav.
- Specialerådet bruges også ved indgåelse af § 3-aftaler i forbindelse med udarbejdelse af "krav" til kvalitetssikring, operatør og klinikken.
- Specialerådet er høringspart ved praksisplanlægning.