

Kvalitetsudvikling bør i fremtiden i stigende grad styre vores adfærd i speciallægesektoren. Det gælder vores diagnostiske procedurer, behandlinger og vores møde med patienterne. Vi skal i fremtiden nå dertil, at vi erkender: "Hvordan skulle vi dog klare os uden?"

For mange af os skaber kvalitetssikring associationer til store teoretiske kvalitetsmodeller, som feks. Den Danske Kvalitetsmodel. Da de færreste af os har et detaljeret kendskab til de bagvedliggende processer, reagerer vi nemt følelsesladet og ikke sagligt. Man føler straks en snigende træthed indfinde sig og ser for sig, hvordan nye ulønnede rutineopgaver bliver presset ned over vores hoveder og tårner sig op. "Har vi ikke nok af dem i forvejen?", spørger man sig selv.

Vi skal ikke alle nødvendigvis have en detaljeret teoretisk forståelse af kvalitetssikringmodellerne, men det er bydende nødvendigt, at vi alle får en grundlæggende forståelse af, at den viden, der genereres ved kvalitetssikring, skal bruges til at kvalitetsudvikle speciallægepraksis. Ellers vil det blot blive en klods om benet i det daglige arbejde.

Den første og mest grundlæggende grund til, at kvalitetsudvikle vores arbejde, er at skabe et bedre sundhedstilbud til patienterne. Både af faglige, men ikke mindst af etiske grunde. Det ligger underforstået i enhver læges etiske kodeks, at vi bestræber os på til stadighed at tilbyde patienterne den bedst mulige behandling ud fra den viden og de midler, der er til rådighed. Det er jo i bund og grund det, vi er uddannet til, først på universitetet og siden forskningsmæssigt og klinisk. En meget stor andel af os bruger hvert år 8 dage eller mere på efteruddannelse af netop samme grund.

Den anden gode grund er at gøre det så attraktivt som muligt for patienterne og de praktiserende læger at anvende speciallægepraksis. Patienterne skal opleve, at de i speciallægepraksis får en højt kvalificeret lægelig hjælp på linje med, eller højere end den de forventer på et sygehusambulatorium. Og de skal opleve, at tilgængeligheden er optimal, dvs korte ventetider, effektiv kontakt via telefon og e-baserede ydelser samt ikke mindst, placeringen af vores klinikker i nærområdet.

Den tredje gode grund er, at høj kvalitet og patienttilfredshed er en forudsætning for, at regionerne, kommunerne og sekundærsektoren i fremtiden vil efterspørge vores ydelser, i samme eller forhåbentlig i endnu højere grad end idag. Og her er det ikke nok, blot at overbevise os selv om, at vi jo vitterligt gør et godt stykke arbejde; nej for vi skal kunne dokumentere det. Ligesom sygehusambulatorierne og formentlig også de private klinikker efterhånden skal. Kvalitetsudvikling skulle i

fremtiden gerne gøre speciallægepraksis endnu mere attraktiv i befolkningens og regionernes øjne.

Den fjerde gode grund er, at høj kvalitet gør speciallægepraksis attraktiv for de uddannelsessøgende læger. De skal i speciallægepraksis tilbydes opdateret medicinsk viden, og det samme tekniske udstyr som anvendes i hospitalsverdenen. Det er i flere specialer allerede i dag sådan, at der kun er et relativt lille overlap mellem de ydelser, der foretages i speciallægepraksis og i sekundærsektoren. Speciallægepraksis er derfor et nødvendigt led i speciallægeuddannelsen, og vil i stigende grad være det i fremtiden. Og i sidste ende vil et positivt ophold i speciallægepraksis øge den uddannelsessøgendes lyst til selv at nedsætte sig i speciallægepraksis efter endt uddannelse.

Den femte gode grund er, at høj kvalitet skaber høj arbejdsglæde, både for os selv, men også for vores personale. Vi er nu helt nede på det personlige plan. Alle læger har formentlig oplevet den dybe personlige tilfredsstillelse, det er at yde et andet menneske den lægefaglige hjælp, som redder liv eller som afgørende forbedrer livskvaliteten. Og hvem kan ikke personligt glædes over den taknemmelighed, som en tilfreds patient udviser. Men alle kender nok også den glæde, der fylder én, når arbejdet i klinikken glider som i olie; der er orden i bookingen, ventetiden i venteværelset er kort, det tekniske udstyr fungerer som det skal, klinikpersonalet smiler og arbejder effektivt. Disse og en lang række andre kvalitetsparametre er med til at gøre, at man er lige så glad for at møde i sin klinik om morgenen, som man er for at holde fyraften efter en travl arbejdsdag.

Der er ikke tvivl om, at mange speciallægepraksis allerede er nået et stykke af vejen. Også i forhold til de instanser vi kan sammeligne os med. Vi leverer en række speciallægelige kerneydelser, som fordi de er kerneydelser, ikke vil blive underlagt samme grad af arbejdsglidning og uddelegering, som vi i stigende grad ser i det øvrige sundhedsvæsen. Vi er i de fleste specialer meget lettilgængelige, både geografisk og for personlig henvendelse. Bureaukratiet er minimalt, vi har f.eks. ved indførelse af EPJ og elektronisk kommunikation stort set afskaffet papir i vores arbejdsdag. Bortset fra det, vi får tilsendt fra myndighederne.

Vi og vores personale bruger, på trods af at vi er små selvstændige enheder, langt størstedelen af vores tid på direkte patientkontakt i modsætning til forholdene i sekundærsektoren. Endelig skal det fremhæves, at en del speciallæger fra forskellige specialer i flere år har indberettet til landsdækkende databaser, ligesom man i f.eks. det gynækologiske speciale allerede har gennemført flere kvalitetsudviklingsprojekter på eget initiativ.

Men hvordan sikrer vi, at vi fortsat kan udvikle og dokumentere kvaliteten og dermed sikre, at vores sektor ekspanderer og udvikler sig i fremtiden. Hvordan får vi tilrettelagt et forløb, der ender med at opfylde disse mål. Det gør vi via KVIS. Fordi KVIS er det første afgørende skridt på vejen og fordi vi i speciallægesektoren ønsker, at få indflydelse på, hvordan vi udvikler kvaliteten. FAPS er enig i de overordnede mål for Den Danske Kvalitetsmodel, men vi ønsker ikke blot at få presset en detaljeret kvalitetsmodel ned over hovedet. Det skyldes, at speciallægesektoren på mange måder er unik. Den indeholder det bedste af to verdner – offentligt dækket sundhed og personligt incitament for rationel klinikdrift, i form af mange små private virksomheder.

Det er vores erfaring, at der i offentligheden, blandt politikere og sågar kolleger i hospitalsverdenen hersker en stor grad af uvidenhed og mytedannelser overfor de betingelser, vi arbejder under. Omsætningen i vores virksomheder er ikke det samme som overskuddet og kan ikke sammenlignes med den løn, man oppebærer som lønmodtager i hospitalsverdenen. Ethvert krav om nye opgaver må balanceres således, at der er et rimeligt forhold mellem den ekstra arbejdsbyrde og hensynet til virksomhedens drift. Vi skal således sikre, at der skabes en sammenhængende kvalitetsmodel, som er meningsfuld og som giver et anvendeligt personligt feedback, som kan bruges af den enkelte speciallæge til at højne kvaliteten i sin praksisdrift.

Men vi må være parate til åbenhed og parate til at blive målt og vejet. Modellen skal derfor leve op til de overordnede krav, der stilles i den øvrige sundhedssektor. Sammenligningsmuligheden bliver efterhånden vigtigere og vigtigere, fordi udviklingen i sektoren går i retning af et øget ydelsessortiment og forøgede faglige muligheder, både diagnostisk og behandlingsmæssigt. Flere og flere ydelser vil således i fremtiden kunne udføres ambulant, og dermed udlægges i speciallægepraksis. Det skal ske med baggrund i de fordele, behandling i speciallægepraksis giver for patienterne og med mindst samme kvalitet som i den øvrige sundhedssektor. Vi skal finde på smarte løsninger, og kvalitetsudvikling skal indgå som en selvfølgelighed i det daglige arbejde med et minimum af ekstra arbejde. Her er f.eks. datafangst og IT et nøgleområde. Dobbeltindtastninger skal undgås og de data, som indberettes, skal være meningsfulde, så vi ikke blot indberetter for indberetningens skyld.

Desuden skal løsningerne på sigt gerne i sig selv indeholde en nettofordel for speciallægen, bla. på baggrund af feedback og forbedret drift af praksis.

På trods af, at det for den enkelte speciallæge giver en række åbenlyse fordele at øge kvaliteten, vil spørgsmålet om økonomi uvægerligt dukke op. Det er muligt, at nogle kvalitetsudviklingstiltag, f. eks. indberetning til udvalgte databaser, skal udløse

ekstra honorarer, men der findes andre muligheder, som skal undersøges og overvejes. Bl.a. vil indførelse af differentierede honorarer kunne skabe et positivt incitament for den enkelte speciallæge til at deltage i kvalitetsudvikling.

KVIS bringer os imidlertid ikke hele vejen i mål. KVIS består af en række pilotprojekter, som viser vejen, men der vil snarest herefter være behov for etableringen af en driftsenhed for kvalitetssikring i vores sektor. Det bliver en stor opgave at løfte for FAPS og medlemmerne, men etableringen af en permanent kvalitetsenhed skal ske indenfor de næste få år og vil være afgørende nødvendig, hvis vi skal nå de mål, som jeg netop har skitseret.