

**DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING**



14. december 2007

**Notat fra Lægeforeningen om uddannelse af speciallæger**

**Løsninger, der kan forhindre speciallægemanglen:**

Det kan konstateres, at der er speciallægemangel<sup>1</sup> i Danmark<sup>2</sup>, og det vil der vedblive med at være, hvis ikke der gøres noget for at forhindre problemet i at udvikle sig. Den primære løsningsmulighed er at udvide uddannelseskapa- citeten indenfor samtlige specialer, så der ikke står læger i kø til speci- allægeuddannelse i specialer, hvor der er behov for speciallægerne. Herudover vil en nedsættelse af uddannelses- tiden til speciallæge ligeledes forøge antallet af speciallæger i de kommende år.

**Udvidelse af uddannelseskapa- citeten**

Ved at sammenholde Lægeprognosens speciale- vise fremskrivning i antallet af speciallæger med Lægeforeningens opgørelse af den specialerelaterede aldersprofil blandt speciallæger, ses det, at der er en række specialer, der er særligt udsat for speciallægemangel indenfor en meget kort årrække. Især specialerne almen medicin, oto-rhino-laryngologi og patologi vil opleve stort fald i antallet af speciallæger inden for ganske få år, hvis man ikke allerede nu dvs. fra 2007 **udvider speciallæge- uddannelseskapa- citeten** inden for disse specialer.

En udvidelse af uddannelseskapa- citeten – også i de søgte specialer – vil samtidig forhindre, at læ- ger, der står i kø til hoveduddannelsesforløb ”spilder tid” i køen. Idet hele taget er det essentielt at forkorte tiden mellem uddannelsesforløb, hvorfor også **ventetid på turnus bør reduceres**.

Alle afdelinger have mulighed for at **konvertere ikke-uddannelses- stællende stillinger** til uddan- nelsesstillinger. I dag kan en afdeling have yngre læger ansat i et uddannelsesforløb side om side med yngre læger, som laver det samme, får samme supervision og i det hele taget indgår på helt samme måde i afdelingen, men hvis ansættelse ikke tæller med i speciallægeuddannelsen. Det er hverken effektiv udnyttelse af afdelingernes uddannelses- potentiale eller de yngre lægers tid. Giv de afdelinger, der har uddannelses- potentialet til det, og som kan opfylde kvalitetskravene i målbeskri- velse, logbøger og uddannelses- programmer mv., lov til at uddanne alle dem, de kan.

Speciallægepraksis ønsker at deltage i uddannelsen af speciallæger, og der bør indgås flere aftaler mellem regioner og speciallægepraksis om uddannelses- pladser.

<sup>1</sup> Speciallægemangel betyder udover, at der er mangel på læger, der kan besætte afdelings- og overlægestillinger samt udfylde behovet for læger i praksis (alment praksis såvel som speciallægepraksis), at der kommer til at mangle læ- ger, der kan uddanne nye speciallæger. Speciallægemangel har dermed betydning for patientbehandlingen mange år ud i fremtiden.

<sup>2</sup> Se bilag 1



### **Nedsættelse af uddannelsestiden**

Det er klart, at en nedsættelse af uddannelsestiden ikke må betyde, at der gås på kompromis med kvaliteten af de uddannede speciallæger.

Her vil et øget fokus på **kompetencestyring**<sup>3</sup> i stedet for rammestyrt formentlig kunne nedsætte uddannelsestiden.

I dag er der ingen økonomiske incitamenter for sygehusene forbundet med drive uddannelse men kun incitamenter i forbindelse med patientbehandling. En slags **betaling for uddannelse direkte til afdelingen** vil fremme den enkelte afdelings interesse i at få uddannet speciallæger fra afdelingen – måske endda med ekstra honorering for at få færdiggjort speciallæger hurtigere end normeret tid.

En anden mulighed for at lave økonomiske incitamenter på uddannelsesområdet er at **integrere videreuddannelse i DRG-systemet**. Det vil inspirere til i højere grad at tænke uddannelse ind i produktionen. Den model vil ikke sikre kvaliteten af uddannelsesindsatsen og de kompetencer, de involverede yngre læger opnår, men kombineret med det konsekvenshavende evalueringssystem kunne det også være en spændende mulighed at prøve af.

Herudover bør Sundhedsstyrelsen revurdere den meget **ufleksible meritvurdering, som anvendes på nuværende tidspunkt**. Afvisninger af anmodninger om dispensation alene på grund af formalia forlænger uddannelsestiden.

**Fast-track forløb**<sup>4</sup> er også et skridt i den rigtige retning. Vi ved fra undersøgelser, at for omkring 1/3 af lægerne påvirker længden af den konkrete speciallægeuddannelse deres specialevalg. Kortere og mere intensive uddannelsesforløb vil således appellere til nogle læger.

Andre læger kunne måske have interesse i speciallægeuddannelsen i et **"turboforløb"**, hvor man arbejder fx 20% mere i en periode - stadig med samme uddannelsesintensitet, hvilket alt andet lige vil betyde, at man kan opnå sine kompetencer 20% hurtigere.

---

<sup>3</sup> I dag anvendes en kombineret rammestyrt (tidsstyring) og kompetencestyring i videreuddannelsen. Hvert uddannelseselement er fastsat til at kunne opnås indenfor en bestemt tidsperiode (rammestyrt) men indenfor for perioden skal en række fastlagte kompetencer være opnået og evalueret (kompetencestyring). Det er i dag kun muligt at udvide tidsrammerne (hvis en læge endnu ikke har opnået de påkrævede kompetencer). En læge bliver således ikke tidligere speciallæge selvom alle kompetencer er opnået før den fastsatte tidsrammes afslutning.

<sup>4</sup> Lægeforeningen har foreslået oprettelsen af en række fast-track forløb, hvor læger er garanteret et hoveduddannelsesforløb i samme geografiske område i umiddelbar forlængelse af introduktionsuddannelse, såfremt denne godkendes.



## Bilag 1: Udviklingen i antallet af speciallæger generelt

I Lægeprognosen fra 2003 fremgår, at der i perioden fra 2005 og frem til 2025 vil ske et fald i antallet af speciallæger fra 11.300 til 10.300 – et fald på knap 10 pct.. I Lægeprognosen peges der på, at faldet i antallet af speciallæger i perioden 2005 – 2025 i høj grad hænger sammen med aldersprofilen blandt de nuværende speciallæger, idet et uforholdsmæssigt meget stort antal speciallæger må formodes at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet i disse år.

Samtidig vil antallet af ikke-speciallæger/læger under uddannelse stige med godt 60 pct. fra 6.300 til godt 10.000 i perioden 2005 – 2025 på grund af det stigende studenterindtag på medicinstudiet siden midten af 1990'erne.

Hvis alle erhvervsaktive speciallæger inddeles (oplysninger fra Lægeforeningens registreringsafdeling) i 5-års aldersintervaller fås et mere præcist billede af fratrædelsesmønsteret generelt og inden for de enkelte specialer. Det fremgår, at ca. 65 pct. af samtlige speciallæger er mere end 50 år, mens ca. 40 pct. er mere end 55 år. Gruppen af under 46-årige speciallæger udgør under 20 pct.. En sådan aldersprofil bekræfter, at der inden for de næste 10 år vil ske en markant tilbagetrækning fra det speciallægelige arbejdsmarked uden at et tilsvarende antal yngre speciallæger umiddelbart kan udfylde "frafaldet".

Sundhedsstyrelsens stillings- og vakancetælling pr. 15. april 2006 tilvejebringer et aktuelt øjebliksbillede af speciallægemanglen. I mere end 75 pct. af samtlige specialer er over 10 pct. af de normerede speciallægestillinger ledige. 15 pct. af specialerne har mere end 20 pct. af de normerede speciallægestillinger ledige.

Yngre Læger undersøgte i maj 2004 de seneste 5 kandidatårganges specialeønsker. Undersøgelsen viser, at der vil være en mangel på ca. 20 pct. hoveduddannelsesforløb fra 2009, hvis alle uddannede læger skal have mulighed for at blive uddannet til speciallæge.

Særligt almen praksis kan anføres, at der i såvel Sundhedsstyrelsens som PLO's egne prognoser imødeses en mangel på speciallæger, som allerede er sat ind. På nuværende tidspunkt skønnes 70 praksis ledige.