



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 14. marts 2013
Enhed: Sygehuspolitik
Sagsbeh.: SUMLBJ
Sags nr.: 1301078
Dok nr.: 1168195

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 18. februar 2013 stillet følgende spørgsmål nr. 415 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Sophie Løhde (V).

Spørgsmål nr. 415:

"Vil ministeren redegøre for udviklingen og erfaringerne fra Sverige, hvor man har besluttet, at akutmedicin, efter syv år som fagområde, skal være et selvstændigt speciale?"

Svar:

Til brug for min besvarelse af spørgsmålet har jeg anmodet Sundhedsstyrelsen om en udtalelse.

Sundhedsstyrelsen oplyser følgende:

"Sundhedsstyrelsen skal hermed redegøre for nogle af de kronologiske forhold og for visse af de tanker, der i det svenske sundhedsvæsen har medført, at akutmedicin (*akutsjukvård*) nu foreslås som kommende *basspecialitet* i det svenske system af medicinske specialer. Sundhedsstyrelsen skal dog indledningsvis henlede opmærksomheden på, at denne foreslåede ændring ikke står alene, men indgår i en omfattende ændring af den svenske struktur af specialitopbygningen, som fortsat diskuteres i den svenske Socialstyrelse og i svenske regeringskredse.

Den nuværende svenske specialestruktur er beskrevet af den svenske Socialstyrelse i den seneste forskrift om lægers specialistarbejde (SOSFS 2008:17, kap. 5). Sverige har 57 specialer som Socialstyrelsen autoriserer (meddeler bevis for specialistkompetence), og disse er siden 2006 inddelt i 31 basisspecialer (*basspecialiteter*), 24 grenspecialer og 2 tillægsspecialer (*akutsjukvård* og *smärtlindring*).

I Danmark blev antallet af danske specialer reduceret til 37 i forbindelse med speciallægekommissionens betænkning "Fremtidens speciallæge" nr. 1384 fra maj 2000. Efterfølgende er tilkommet et speciale - retsmedicin, så Danmark i dag har 38 specialer, hvor der udstedes speciallægeanerkendelse fra Sundhedsstyrelsen. En række intern medicinske og kirurgiske grenspecialer blev gjort til grundspecialer samtidig med, at en betydelig uddannelse i bred intern medicin, respektive kirurgi indarbejdedes i disse nye specialer. Baggrunden for dette var et ønske om, at disse specialer skulle kunne dække uselekterede patienters diagnostik- og behandlingsbehov – herunder også disse patienters behandling i forbindelse med akut indlæggelse.

Samtidig blev de medicinske fagområder defineret dels som specialiserede områder inden for ét speciale dels fagområder, hvortil der var tilgang fra flere

forskellige specialer. Fagområdebeskrivelser registreres af Lægevidenskabelige Selskaber. I regi af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) blev i februar 2012 offentliggjort en samlet rapport "Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering", hvor disse opdelinger mellem specialer og fagområder er opretholdt, og NRLV har ikke, i forbindelse med drøftelser om eventuel oprettelse af nye eller genoprettelse af nedlagte specialer, fundet anledning til at tilsidesætte denne sondring mellem et speciale og et fagområde.

I international sammenhæng skal begrebet "speciale" anskues bredt. De kompetente myndigheder, der autoriserer/meddeler tilladelse til eller registrerer speciallægestatus er ikke en statslig myndighed i alle de lande, Danmark sammenligner sig med, men kan være faglige selskaber eller organisationer, der har dette område delegeret fra nationale myndigheder.

I Sverige gennemførte Socialstyrelsen i årene 2011-2012 en gennemgang af det svenske regelsæt. Baggrunden for arbejdet var:

- Ændring af placeringen af specialerne som basis-, gren- eller tillægsspecialer, hvor udviklingen viste, at placeringen var uhensigtsmæssig.
- Ønsket om at skabe en model for specialestrukturen, som i højere grad tilgodeser befolkningens og sundhedsvæsenets behov, herunder tage højde for demografiske ændringer og ændrede sygdomsmønstre.
- At sikre, at rekrutteringen til visse speciallægeuddannelser (ST-blokke) opretholdes, idet erfaringerne havde vist, at den meget lange uddannelsestid til gren- og tillægsspecialer var en begrænsende faktor.
- At opnåede kompetencer i nugældende specialestruktur ikke udnyttes rationelt i sundhedsvæsenet og at især grenspecialekompetencer ikke anvendes.

Den svenske Socialstyrelses arbejdsgruppe har påpeget, at den kommende specialestruktur skal være fleksibel, og løbende skal kunne tilpasses ændrede vilkår i det svenske sundhedsvæsen. I arbejdsgruppens generelle anbefalinger er foreslået, at:

- Størstedelen af grenspecialerne i hver overordnet specialegruppe ændres til basisspecialer.
- Kompetenceindholdet i en række specialer omdefineres, så det modsvarer behovet i sundhedsvæsenet.
- Der opnås en bedre balance i speciallægens kundskaber og sikres såvel bredde og dybde i kompetenceprofilen.
- Der skabes bedre muligheder for rekruttering til specialerne ved reduceret uddannelsestid særligt for grenspecialerne og sikring af kompetencernes værdi for efterfølgende slutstillinger i sundhedsvæsenet.
- Der gennem ændret specialestruktur og uddannelsesindhold skabes bedre muligheder for forskning inden for specialet
- Der opnås bedre kompatibilitet overfor specialer i andre lande, herunder EU.

Den kommende svenske specialestruktur indebærer en større fællesmængde af kompetencer inden for relaterede specialer (især de intern medicinske og

de kirurgiske fag) i lighed med den gældende danske specialeopbygning og er begrundet med ønsket om fleksibilitet, varetagelse af uselekterede patienter inden for specialeområdet og muligheden for at reducere uddannelsesstiden ved specialeskift.

Den svenske Socialstyrelsens arbejdsgruppe foreslår, at der etableres 62 specialer, heraf 45 basisspecialer, 8 grenspecialer og 9 tillægsspecialer i Sverige dvs. udover konvertering af grenspecialer til basisspecialer, oprettes en række nye basisspecialer samt enkelte tillægsspecialer. Det tidligere tillægsspecialer *akutsjukvård* (akutmedicin) foreslås ændret til basisspecialer. Allerede i redegørelsen til den nugældende specialestruktur i Sverige, hvor *akutsjukvård* er et tillægsspecialer, blev det præciseret, at man ville følge udviklingen i sundhedsvæsenet med henblik på, om *akutsjukvård* skulle "opgraderes" til basisspecialer. Socialstyrelsens arbejdsgruppe har derfor haft særligt fokus på dette specialer. Ændringerne forventes implementeret 1. januar 2014 efter at arbejdsgruppens anbefalinger er indarbejdet i nye forskrifter om lægers specialistarbejde i Sverige.

Inden arbejdsgruppens redegørelse er der blevet gennemført flere analyser af akutområdet resultater i Sverige. I en enquete-undersøgelse fra 2010, hvori der indgik svar fra 66 af Sveriges 74 akutmodtagelser, fremgik det bl.a., at der var stigende ventetider for patienterne i Sverige. I alt 2,5 mil. kontakter var registreret det seneste år, og det blev pointeret, at der nationalt set manglede oplysninger om områdets udvikling over tid, men at flere enkeltstudier påviste et stadigt stigende patienttal. Endvidere forudsås en stadig stigende ældre befolkning i Sverige, ofte med flere samtidige medicinske lidelser, som fremover forventes at skulle varetages af læger med bred medicinsk erfaring.

Arbejdsgruppen problematiserer den nuværende svenske uddannelsesstruktur, og ser den som begrænsende for rekrutteringen til tillægsspecialer i *akutsjukvård*. Det findes uhensigtsmæssigt, hvis lægen fra starten har satset på *akutsjukvård* som sit arbejdsområde, at der til specialistuddannelsen lægges yderligere flere år til uddannelsen i et forudsat krævet basisspecialer.

De mange akutmodtagelser i det svenske hospitalsvæsen udgør en god forudsætning for karriere som akutmedicinere, mener arbejdsgruppen. Denne udvikling forventes at fortsætte og skabe forudsætningen for, at *akutsjukvård* kan etablere sig som basisspecialer, og dette udviklingspotentiale anses for en gevinst for patientsikkerhed i akutområdet, ligesom specialer forventes at kunne udøve en positiv indflydelse på kvaliteten i det intern medicinske og kirurgiske område.

Socialstyrelsens arbejdsgruppe finder, at ændring af *akutsjukvård* fra tillægsspecialer til basisspecialer giver de myndigheder, der skal organisere akutområdet bedre muligheder, idet man må forvente at rekrutteringen til specialer bedres og området udvikles fagligt.

Det er ligeledes gruppens opfattelse, at ændringen kan bedre patientsikkerheden, idet basisspecialer vil få et naturligt ansvar for at udvikle medicinske faglige processer, triage-funktion og samarbejde med primærsektoren, kommuner og landsting. Arbejdsgruppen lægger vægt på, at der er tale om et voksenspe-

cialer og at varetagelsen af det akutte børneområde fortsat skal ske i de tilsvarende specialer.

Redegørelsen fra arbejdsgruppen fremfører også modsatrettede synspunkter, herunder at specialestrukturen bør ansues ud fra, hvordan sygehusvæsenet ændres. I Sverige ser flere landsting en mulighed for, at akutområdet skal varetages udenfor akutsygehusene og bedre tilpasset de regionale forudsætninger og behov. Der er af denne grund fremført modstand mod ændringen af specialestatus, ligesom det er fremført, at det kan blive vanskeligt at besætte vagterne.

Selvom *akutsjukvård* anbefales at blive basisspeciale, finder arbejdsgruppen, at dette ikke er hindrende for, at organiseringen af virksomhedsområdet sker på den måde, der er mest hensigtsmæssigt i den enkelte region.

Afslutningsvis kan Sundhedsstyrelsen bemærke følgende:

Det må forventes, at Sverige ændrer akutmedicin (*akutsjukvård*) fra at være et tillægsspeciale til at være et basisspeciale fra 1.1.2014. Den svenske Socialstyrelse har dog som kompetent myndighed autoriseret speciallæger i dette tillægsspeciale, så den formelle autorisationsstatus ændres ikke. Der er således ikke tale om, at akutmedicin i Sverige har haft status som fagområde i autorisationsmæssig henseende, men det er korrekt, at det – som i den danske definition af fagområde - har haft karakter af en overbygningsuddannelse, hvortil der har været tilgang fra en række specialer.

Akutmodtagelser har været en del af den svenske hospitalsstruktur gennem mange år og med 74 akutmodtagelser i Sverige har denne funktion et patientvolumen og et erfaringsgrundlag, som af naturlige årsager endnu ikke er opnået i danske fælles akutmodtagelser.

Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at patienter, der indlægges i fælles akutmodtagelser, på linje med andre patienter, har krav på højeste kvalitet i diagnostik og behandling. Der kan fremføres argumenter for, at dette kompetenceniveau ikke vil kunne opnås inden for alle de specialeområder, den akutmedicinske speciallæge skulle kunne dække, med en uddannelsestid på 5 år, hvorfor der fortsat vil være behov for et tæt samarbejde i de fælles akutmodtagelser med relevante andre specialer.

Det er ikke Sundhedsstyrelsens opfattelse, at danske fælles akutmodtagelsers fysiske opbygning, organisation, ledelsesstruktur, virksomhedsområde eller stabsopbygning har fundet sin endelige form/en ensartet form i regionerne, og en eventuel kommende dansk speciallæge i akutmedicin må have et klart defineret virksomhedsområde før en speciallægeuddannelse i akutmedicin planlægges.”

Jeg kan henholde mig til Sundhedsstyrelsens oplysninger.

Med venlig hilsen