REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE ØST
GENTOFTE HOSPITAL
NIELS ANDERSENS VEJ 65, OPGANG 10 B
2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 99 30
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

MØDEINDKALDELSE

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst

SAGSBEH.: Lise Møller
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk
SAGSNR.: 22002546-16
SAGSGRP.: 02.04.04
DERES J. NR./REF.:
DATO: 23. maj 2023

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

Der indkaldes hermed til temamøde i Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST.

Mødet afholdes:

Torsdag den 2. juni 2022 kl. 14.00 – senest 17.00

Lægecenter Korsør
Møllebjergvej 11
4220 Korsør

Kort er vedlagt mødeindkaldelse.

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Kirsten Wisborg
Formand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:
Kirsten Wisborg (formand)
Rasmus Møgelvang (Region Hovedstaden)
Thomas Høi-Hansen (Region Hovedstaden)
Marit Bucarella (Region Sjælland)
Søren Rask Bredkjær (Region Sjælland)
Henrik Stig Jørgensen (Region Sjælland)
Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
Janne Wilmar (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)
Connie Dydensborg (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden)
Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland - PLO)
Kasper Kjær Gasbjerg (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
Jean Perit Strandlod (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden - YL)
Kristine Søgaard Dahl (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)
Doris Østergaard (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet - Københavns Universitet)
Rikke Borre Jakobsen (PKL)
Tummas í Garði (Landssygehuset Færøerne)

Lise Møller (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Birgitte Rønn (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Tobias Kongstad Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Inviterede:
Koncerndirektør Jesper Gyllenborg
Vicedirektør Annemarie Hellebæk
Vicedirektør Ida Hageman
UKO Anita Sørensen

Dagsorden ordinært møde

1. Godkendelse af dagsorden og velkommen til Kristine Søgaard Dahl (5 min.)
2. Godkendelse af referat af Temamøde den 23. februar 2022 (5 min.)
3. Revisionsarbejdet for den lægelige videreuddannelse (60 min.)
4. Opslag af PKL-stillinger 2023 (10 min.)
5. Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd (30 min.)
6. Status for flexforløb 2022 og forventning til 2023 (10 min.)
7. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde (10 min.)
8. Orienteringspunkter (5 min.)
    a. Referat NRLV den 16. marts 2022.
    b. Referat FU-NRLV den 4. maj 2022
    c. Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
    d. Dagsorden inkl. bilag til møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 25. maj 2022
    e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
    f. Arbejdsmiljøpris til Nykøbing F Sygehus
    g. Opfølgning på uddannelsesforholdene på Akutafdelingen Slagelse
9. Evalueringer og anonymitet (20 min)
10. Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL (10 min.)
11. Planlægning af næste møde mandag den 12. september 2022 (3 min)
12. Eventuelt (2 min.)

Ad. dagsordenspunkt 1: Godkendelse af dagsorden og velkommen til Kristine Søgaard Dahl
Sagsfremstilling:
Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 23. maj 2022.
Kristine Søgaard Dahl er nyudpeget YL-medlem efter Helene Hvidmann.

Indstilling:
Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Ad. dagordenspunkt 2: Godkendelse af referat af Temamødet den 23. februar 2022
Sagsfremstilling:
Præsentationer fra Tema mødet er fremsendt umiddelbart efter mødet, men referatet af såvel temadrøftelse som af ordinært møde er ikke tidligere fremsendt.

Indstilling:
Sekretariatet indstiller at referaterne godkendes.

Bilag:
Bilag 02.01 Udkast til referat af Temadrøftelser 23. februar 2022
Bilag 02.02 Udkast til referat af ordinært møde den 23. februar 2022

Temadrøftelse - ” Revision af den lægelige videreuddannelse - hvad vej vil vi gå?”
Formålet med revisionen af den lægelige videreuddannelse er at sætte uddannelsen i sammenhæng med sundhedsvæsenets udvikling frem mod 2040, således at de næste årtiers speciallæger kan præge udviklingen og er rustet til at imødekomme behovene i fremtidens sundhedsvæsen. På den planlagte konference den 22. juni vil Sundhedsstyrelsen lægge op til diskussion om ændringerne i befolkningssammensætningen og sygdomsmønstret, og hvad det betyder for speciallægebehovet og -uddannelsen, samt hvordan det kan følge med udviklingen af sundhedsvæsenet.

Alt materiale fra møder i de 4 arbejdsgrupper kan findes på Sekretariatets hjemmeside under Det Regionale Råd https://www.laegeuddannelsen.dk/det-regionale-raad.aspx

Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Der indledes med korte oplæg fra de 4 arbejdsgrupper.

Arb.gr. 1 Indhold, omfang, opbygning af LVU samt lægeroller
Arb.gr. 2 Specialestruktur
Arb.gr. 3 Dimensionering
Arb.gr. 4 Governance

Oplæggene giver både en status på de planlagte leverancer men også bud på hvor arbejdet bevæger sig hen. De planlagte leverancer er,

Arb.gr. 1

- Fleksibilitet i LVU og mulighed for at skifte speciale
- Overgang fra medicinstudierne til KBU/speciallægeuddannelsen
- Kompetencebehov i sundhedsvæsenet (nyt uddannelsesindhold frem mod 2040)
- Pædagogik og læring
- Lægeroller
- Modeller for strukturen af den lægelige videreuddannelse

Arb.gr. 2

- Styrker og svagheder ved den danske specialemodel
- Speciale- og fagområdekriterier
- Fagområdestruktur
- Drøftelse af nye ønsker til specialer (palliation og allergologi)
- Modeller for en ændret specialestruktur

Arb.gr. 3

- Behovet for speciallæger
- Prognoser og fælles overblik over uddannelsesaktivitet
- Modeller for prognoser og dimensionering

Arb.gr. 4

- Styrker og svagheder ved den nuværende styringsmodel

- Uddannelsen i den kliniske enhed – roller og ansvar
- Modeller for fremtidig governance af den lægelige videreuddannelse

På baggrund af de korte oplæg samt udkast til kapitel 9 og 10 - ”Udvikling i det danske sundhedsvæsen, syg-domsmønster mv.” og ”Første udkast til anbefalinger” – vil der være drøftelser ved bordene over følgende overskrifter,

- Hvordan sikres øget bredde både indenfor direkte medicinske kompetencer som andre kompetencer f.eks. kommunikative, kvalitetsarbejde, tværfagligt samarbejde uden at gå på (for stort) kompromis med de specialespecifikke medicinske kompetencer? Er en af løsningerne at uddannelsestiden forlænges?
- Hvad er den rigtige balance mellem direkte uddannelsesaktiviteter og rollen som arbejdskraft? Både set i et uddannelsesmæssigt som et arbejdsgiver/arbejdstager-perspektiv.
- Hvilke muligheder ser I for lettere specialeskift? Lettere meritoverførsel?
- Hvor meget kan specialestrukturen ændres set i relation til f.eks. specialestruktur i øvrige EU-lande?
- I forhold til sammenlignelige lande, har Danmark rigtig mange læger – også selv om der korrigeres for en arbejdstid på 37 t/uge – men bruger vi de lægelige ressourcer bedst muligt?
- Er lægerne parate til en ændring af sundhedsvæsenet og er samfundet inkl. arbejdsgiverne parat til lægernes ønsker til arbejdslivet?
- Hvordan ser i speciallægerne ”flyttet fra” hospitaler/sygehuse og nærmere borgeren?
- Hvordan sikrer vi at UAO er tæt knyttet til afdelingsledelsen?

Der afsluttes med plenumdrøftelse inkl. direkte anbefalinger til de 4 arbejdsgruppers medlemmer.

Bilag:
Bilag 00.01 Udkast til kapitel 9 og 10

Kirsten Wisborg indledte:
Kapitel 10 forventes klar efteråret 2022. Aktuelt har vi kun kapitel i udkast.

Det generelle fokus er på at imødekomme patientens/borgerens behov i fremtiden. Derudover skal der være lige muligheder/tilbud til alle (lægedækning).

Fokuspunkter:
- Fælles kompetencer/bredde/alsidighed
- Mere fleksibilitet
- Faglighed

Tidsplan:
Anbefalingerne færdiggøres i efteråret 2022 og sendes der i høring ultimo 2022 eller primo 2023. Målet er, at den skal implementeres i starten af 2023. Det er fortsat en meget ambitiøs plan rent tidsmæssigt.

Arbejdsgruppe 1 – ved Kirsten Wisborg:

Se fremsendte PowerPoint-præsentation

I forbindelse med spørgsmålet om overgang fra medicinsk uddannelse (præ) og den lægelige videreuddannelse (post) spurgte Andreas Balslev ind til sammenhængen mellem universitet og den postgraduate uddannelse.

Aktuelt eksisterer der et vist skel mellem præ og post. Det er noget man er opmærksom på og arbejder praktisk og videnskabeligt med på begge niveauer – hvordan kan man komme tættere på hinanden? Der er dog en udfordring i, at der er tale om to forskellige administrative systemer. SST har slet ikke indflydelse på universiteterne, der hører under Uddannelses-og forskningsministeriet. Der er dog samarbejdsbånd, f.eks. ved at universiteterne er med i arbejdsgrupperne.

Det handler også om, at vi (afdelingerne/hospitalerne) reflekterer over, hvad vi kan gøre bedre:

- hvordan møder vi de studerende på afdelingerne?
- hvad sætter vi dem til at lave?
- hvilken læringsramme opsætter vi til dem?
- hvad er forventningerne til dem og er de klart definerede?

Der blev spurgt ind til de politiske mål for hele øvelsen. Det fremgår at de nyuddannede speciallæger skal være generalister, men hvad er der ellers kommet fra det politiske niveau? Der er et meget klart fokus på multisygdomme og derfor et ønske om generalister. Der synes at være et skiftende fokus over tid fra ønske om højere grad af specialisering til mere fokus på generalister.

I forbindelse med spørgsmålet om fleksibilitet i speciallægeuddannelsen, blev der spurgt ind til work/life-balance. Det bliver slet ikke nævnt? Kirsten oplyste, at det slet ikke er del af dette arbejde, selvom alle er opmærksomme på, at uddannelseslægerne har stor fokus på det. Som udgangspunkt er speciallægeuddannelsen på fuld tid.

Andreas Balslev bemærkede, at man burde fokusere på at afklare, hvad der forstås ved en kompetence:

- hvad er en teknisk færdighed?
- hvad er viden?
- hvad er en kompetence?

Vi skal også huske at trække på vores tidligere erfaringer, herunder hvad vi har haft succes med.

Vedr. KBU, hospitalets rammer og transition, så blev det pointeret, at der mangler sammenkædning mellem teori og praksis. Transition er formålet med KBU, men det kommer ikke fra universitetet, men skal i stedet komme fra hospitalerne/afdelingerne. Der skal mere fokus på:

- introduktion
- klinikopholdet
- hvordan man rammesætter opholdet
- hvor mange der placeres på den enkelte afdeling

Det handler om professionel identitet:

- identitet som med stud
- identitet som kollega
- identitet som (næsten) læge

Arbejdsgruppe 2 Annemarie Hellebek:

Se fremsendte PowerPoint-præsentation

SST vil fremadrettet klargøre terminologien, så der kommer en mere klar opdeling. Aktuelt er der en del uklarhed om, hvad de forskellige begreber reelt dækker over i de enkelte specialer:

- hvad er specialisering?
- hvad er et fagområde?
- hvad er ekspertområde?

Fagområder skal forstås bredt, som områder der går på tværs af specialerne (f.eks. allergi), men der så kommer mere specifikke elementer, som kun har med de enkelte specialer at gøre.

På det første møde kom man frem til, at palliation formentlig fortsætter med at være et fagområde, da det bevæger sig ind på en lang række fagfelter/områder. SST var tidligere åbne for at sammenlægge de paramedicinske specialer, men det er de nu gået væk fra. Det anerkendes i højere grad, at der er tale om forskellige identiteter, forskning etc. Det er mere nærliggende at forestille sig, at arbejdsmedicin og samfundsmedicin bliver slået sammen, hvilket de også tidligere var, da de f.eks. har samme kursusrække.

Generelt er der en forventning om, at der ikke vil ske sammenlægninger af specialer, men mere etableres fællesområder. I denne proces trækker man også på erfaringerne fra resten af Europa.

Hvornår skal man som uddannelseslæge lære de meget specialiserede kompetencer?

- der er tendens til, at man ønsker at placere det efter speciallægeuddannelsen og så fokusere på det mere generelle i selve specialet
- har det så den konsekvens, at man indenfor IM ender med en masse geriatere?
- generalistkompetencerne har primært fokus på IM, så man er bred i starten og bliver gradvist mere specialiseret
- det kommer også meget an på, hvor man arbejder og hvilken afdeling man er på
- hvordan sikres det, at disse brede kompetencer bevares senere i uddannelsen?
- udfordringen er, at vi gerne vil begge – både bredden og det specialiserede
- måske man ikke skal se kompetencerne som en pyramide, men mere fleksibelt

Arbejdsgruppe 3, Birgitte Dahl Pedersen

Se fremsendte PowerPoint-præsentation

Gruppen ser primært på dimensioneringen af speciallægeuddannelsen, men kommer også ind på andre emner.

Vedr. dimensionering er der set på 4 modeller. I rådets drøftelse blev det klart, at model 4 ikke havde tilslutning, men man nok kunne se en mulighed i en hybrid mellem model 2 og 3.

Hvis der skal være en større generel del/bredde i uddannelserne, kunne arbejdsgruppen se, at det ville presse den eksisterende uddannelseskapacitet så man skulle ud og finde yderligere kapacitet, hvilket kunne være en udfordring.

Det blev også set som en udfordring, hvis man skal have mere ”fællesdel” fordi det ville tage tid fra andre ting, der ligger i den aktuelle speciallægeuddannelse. Betyder det at man skal forlænge uddannelserne eller skal det accepteres, at den færdige speciallæge ikke har samme niveau som nu.

Spørgsmålet om speciallægeanerkendelse er en forudsætning for fastansættelse er rejst, men ikke drøftet endnu.

Arbejdsgruppe 4, Lise Møller

Se fremsendte PowerPoint-præsentation

Det blev foreslået, at man kunne benytte trivsel-op undersøgelserne, hvis man kan udskille de yngre læger.

Der skal også ses på ledelsesstrengen, da vi ofte ser afdelinger der er røde 3-4 gange, uden at der handles på den baggrund.

Opsamlende plenumdiskussion: Hvad skal vi tage med os ind i det videre arbejde?

Snævre eller brede kompetencer:

- der er fakta som ikke kan benægtes – der er begrænsninger for, hvor meget man kan have med
- på den anden side er der meget komplekse patienter, som kræver mange kompetencer
- der vil være nogle specialer eller grupper af specialer, hvor der kan være fælles del, men det kan ikke gives til alle
- KBU’erne er teoretisk stærke, men har brug for bedre transition

Struktur og organisering er en del af løsningen:

- uddannelse kan ikke løse det hele, vi skal også se på organisering
- fælleskonferencer – hvordan taler man om patienterne på tværs af specialer
- kommunikation med patienten og med de andre specialer

Skal kompetenceopnåelse ses som en pyramide?

- ikke nødvendigvis, man kan også starte smalt for at finde en stamme og så efterfølgende erhverve bredden for til slut at specialisere sig, når man har fundet sin basis
- hvad er basiskompetencer? Kommunikation, professionalisme og samarbejde, som ikke er specialespecifikt eller er det niveauet af en given gruppe af kompetencer?
- mange af de brede sygdomme er ikke nemme kompetencer på et lavere basisniveau, men derimod meget komplekse breddekompetencer ift. multisyge, som skal være på et meget højt niveau
- der skal være plads til, at vi specialiserer os indenfor de forskellige specialer som interesserer os, da det ikke vil være en styrke, hvis alle ”tvinges” til at blive generalister
- vi skal også i højere grad se på, hvilke tilstødende specialer, som er mest relevante at inddrage i en given speciallægeuddannelse. Aktuelt er der flere eksempler på, at man inddrager tilstødende specialer, som kun har ringe relevans
- godt at skelne mellem subspecialisering og fagområder
- bør være større mulighed for efteruddannelse for helt almindelige læger og ikke kun for specialister. Alle skal ikke være meget specialiserede

Der var enighed om, at vi skal fastholde introduktionsstillinger, da det ses som en stor styrke, både ift. specialevalg, men også ift. egnethed.

Fagområder, subspecialisering og specialer:
Der er aktuelt ikke et ønske om at oprette nye specialer, men der er behov for en nærmere drøftelse af de forskellige begreber og tolkningen af disse:

- fagområder kan gå på tværs af specialer (definitionen fra 2000)
- ekspertområde har en bedre klang end fagområde
- der er behov for, at disse forskellige begreber sættes i system og hvordan man opnår kompetenceniveauet svarende til de forskellige begreber – der er grundspecialisering og så er der en overbygning
- det er vel en grund til, at man tidligere har valgt at opsplitte specialer – nu taler man om at gøre det modsatte
- det er vigtigt at inddrage de enkelte specialer i drøftelsen vedr. evt. sammenlægninger helt eller delvist

Dimensionering af speciallægeuddannelsen.

- der skal være en vis grad af central styring ellers ender det hele centralt i KBH
- der er også et stort behov for fleksibilitet
- savnede noget om, hvordan man fordeler årsværk to regioner imellem ift. at sikre lægedækning i perifere områder
- en mellemting mellem model 1 og model 2 er at foretrække
- ratio speciallæger vs. uddannelseslæger – der er afdelinger, hvor der ikke skal være for mange uddannelseslæger
- grundlæggende skal der være så meget fleksibilitet som muligt. Der er brug for mere elastik
- det skal være muligt at oprette flere intro-stillinger
- hvis der er økonomi i form af uklassificerede stillinger, så burde der være mere fleksibilitet

Andet:

- uddanner vi for mange på universitetet? Vi skal også kunne uddanne dem efterfølgende
- deltid er centralt for uddannelseslægerne og bør inddrages
- ville være rart, hvis VUR havde en pose penge uafhængig af driftsregionerne, da der er afdelinger, som gerne vil have flere, men som ikke har penge til det og driftsregionen har ikke økonomi

Referat

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE ØST
GENTOFTE HOSPITAL
NIELS ANDERSENS VEJ 65, OPGANG 10 B
2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 99 30
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk
SAGSNR.: 22002546-3
SAGSGRP.: 02.04.04
DERES J. NR./REF.:
DATO: 11. marts 2022

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

Der indkaldes hermed til temamøde i Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST.

Mødet afholdes:

Onsdag den 23. februar 2022 kl. 09.00 – senest 16.00

DGI Byen
Konferencecentret
Tietgensgade 65
1704 København V

Praktisk info findes på www.dgibyen.dk/praktisk

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Kirsten Wisborg
Formand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:
Kirsten Wisborg (formand)
Rasmus Møgelvang (Region Hovedstaden)
Thomas Høi-Hansen (Region Hovedstaden)
Marit Bucarella (Region Sjælland)
Søren Rask Bredkjær (Region Sjælland)
Henrik Stig Jørgensen (Region Sjælland)
Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
Janne Wilmar (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)
Connie Dydensborg (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden)
Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland - PLO)
Kasper Kjær Gasbjerg (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
Jean Perit Strandlod (Uddannelsessøgende Region Sjælland) Afbud
Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden - YL)
Helene Hvidman (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)
Doris Østergaard (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet - Københavns Universitet) Afbud
Rikke Borre Jakobsen (PKL)
Tummas í Garði (Landssygehuset Færøerne)

Lise Møller (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Birgitte Rønn (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Tobias Kongstad Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Inviterede:
Koncerndirektør Jesper Gyllenborg Afbud
Vicedirektør Annemarie Hellebæk
Vicedirektør Ida Hageman suppleant :Birgitte Petersen
UKO Anita Sørensen
PKL-gruppen
Sekretariatets øvrige medarbejdere

Tidsplan:
Lokalet er tilgængeligt fra kl. 08.30

09.00-12.30: Temadrøftelse - ”Revision af den lægelige videreuddannelse - hvad vej vil vi gå?”
Inkl. kaffe/the pause på 20-30 minutter

12.30-13.15: Frokost

13.15-14.00: Afslutning af temadrøftelse

14.00-14.20: Kaffe/the pause

14.20-16.00: Ordinært møde

Temadrøftelse - ” Revision af den lægelige videreuddannelse - hvad vej vil vi gå?”
Formålet med revisionen af den lægelige videreuddannelse er at sætte uddannelsen i sammenhæng med sundhedsvæsenets udvikling frem mod 2040, således at de næste årtiers speciallæger kan præge udviklingen og er rustet til at imødekomme behovene i fremtidens sundhedsvæsen. På den planlagte konference den 22. juni vil Sundhedsstyrelsen lægge op til diskussion om ændringerne i befolkningssammensætningen og sygdomsmønstret, og hvad det betyder for speciallægebehovet og -uddannelsen, samt hvordan det kan følge med udviklingen af sundhedsvæsenet.

Alt materiale fra møder i de 4 arbejdsgrupper kan findes på Sekretariatets hjemmeside under Det Regionale Råd https://www.laegeuddannelsen.dk/det-regionale-raad.aspx

Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Der indledes med korte oplæg fra de 4 arbejdsgrupper.

Arb.gr. 1 Indhold, omfang, opbygning af LVU samt lægeroller
Arb.gr. 2 Specialestruktur
Arb.gr. 3 Dimensionering
Arb.gr. 4 Governance

Oplæggene giver både en status på de planlagte leverancer men også bud på hvor arbejdet bevæger sig hen. De planlagte leverancer er,

Arb.gr. 1
- Fleksibilitet i LVU og mulighed for at skifte speciale
- Overgang fra medicinstudierne til KBU/speciallægeuddannelsen
- Kompetencebehov i sundhedsvæsenet (nyt uddannelsesindhold frem mod 2040)
- Pædagogik og læring
- Lægeroller
- Modeller for strukturen af den lægelige videreuddannelse

Arb.gr. 2
- Styrker og svagheder ved den danske specialemodel
- Speciale- og fagområdekriterier
- Fagområdestruktur
- Drøftelse af nye ønsker til specialer (palliation og allergologi)
- Modeller for en ændret specialestruktur

Arb.gr. 3
- Behovet for speciallæger
- Prognoser og fælles overblik over uddannelsesaktivitet
- Modeller for prognoser og dimensionering

Arb.gr. 4
- Styrker og svagheder ved den nuværende styringsmodel
- Uddannelsen i den kliniske enhed – roller og ansvar
- Modeller for fremtidig governance af den lægelige videreuddannelse

På baggrund af de korte oplæg samt udkast til kapitel 9 og 10 - ”Udvikling i det danske sundhedsvæsen, syg-domsmønster mv.” og ”Første udkast til anbefalinger” – vil der være drøftelser ved bordene over følgende overskrifter,

- Hvordan sikres øget bredde både indenfor direkte medicinske kompetencer som andre kompetencer f.eks. kommunikative, kvalitetsarbejde, tværfagligt samarbejde uden at gå på (for stort) kompromis med de specialespecifikke medicinske kompetencer? Er en af løsningerne at uddannelsestiden forlænges?
- Hvad er den rigtige balance mellem direkte uddannelsesaktiviteter og rollen som arbejdskraft? Både set i et uddannelsesmæssigt som et arbejdsgiver/arbejdstager-perspektiv.
- Hvilke muligheder ser I for lettere specialeskift? Lettere meritoverførsel?
- Hvor meget kan specialestrukturen ændres set i relation til f.eks. specialestruktur i øvrige EU-lande?
- I forhold til sammenlignelige lande, har Danmark rigtig mange læger – også selv om der korrigeres for en arbejdstid på 37 t/uge – men bruger vi de lægelige ressourcer bedst muligt?
- Er lægerne parate til en ændring af sundhedsvæsenet og er samfundet inkl. arbejdsgiverne parat til lægernes ønsker til arbejdslivet?
- Hvordan ser i speciallægerne ”flyttet fra” hospitaler/sygehuse og nærmere borgeren?
- Hvordan sikrer vi at UAO er tæt knyttet til afdelingsledelsen?

Der afsluttes med plenumdrøftelse inkl. direkte anbefalinger til de 4 arbejdsgruppers medlemmer.

Bilag:
Bilag 00.01 Udkast til kapitel 9 og 10

Dagsorden ordinært møde

1. Godkendelse af dagsorden
2. Akutafdelingen Slagelse (20 min.)
3. Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd (30 min.)
4. Status for uddannelsesforholdene på Medicinsk afdeling BOH (15 min.)
5. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde (10 min.)
6. Orienteringspunkter (10 min.)
    a. Referat NRLV den 15. december 2021.
    b. Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
    c. Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
    d. Udkast til statistik vedr. uddannelsesstillinger 2021
    e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
    f. Afslutningsregion for h-forløb 2022
    g. Status vedr. forsøgsperiode for sammenhængende uddannelsesforløb i Region Sjælland
7. Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL (10 min.)
8. Planlægning af næste møde torsdag den 2. juni 2022 (3 min)
9. Eventuelt (2 min.)

Ad. dagsordenspunkt 1: Godkendelse af dagsorden
Sagsfremstilling:
Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 16. februar 2022.

Indstilling:
Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Dagsordenen blev godkendt, men punkt 2 og punkt 3 skubbes til kl. 15.

Ad. dagordenspunkt 2: Akutafdelingen Slagelse
Sagsfremstilling:
Uddannelsesforholdene på Akutafdelingen i Slagelse blev senest drøftet på mødet den 20. september 2021. På dette møde blev det tydeliggjort, at de uddannelsesmæssige problemstillinger skyldtes strukturelle forhold samt tilgængelige ressourcer.

Efterfølgende blev antallet af KBU-læger reduceret, og der blev tilført midler til styrkelse af vagtfunktionen. Herudover er der blevet arbejdet med at sikre højere læringsværdi af morgenkonferencen, bedre mulighed for direkte supervision samt arbejdet med den gode dialog både intern i afdelingen som med kolleger fra ortopædkirurgisk og medicinske afdelinger. Doris Østergaard har desuden afholdt et vejlederkursus lokalt i afdelingen, og AP-lægerne har før ansættelsen i Akutafdelingen fået styrket deres vejlederkompetencer.

Der vedlægges udtræk fra www.evaluer.dk af de gennemførte evalueringer fra hhv. KBU og h-læger i Almen Medicin fra årene 2020 og 2021. Der ses forbedringer i begge grupper. Da antallet af intro- og h-læger i Akutmedicin fortsat er få, er disse evalueringer ikke medtaget.

Indstilling
På baggrund af de gennemførte tiltag herunder dialogmøder hver 14. dag giver både ledelsesrepræsentanterne som YL i Region Sjælland en status for uddannelsesforholdene i afdelingen.

Bilag:
Bilag 02.01: Evalueringer 2020 og 2021 KBU og h-læger Almen Medicin
Bilag 02.02 Konsulentrapport juni 2021
Bilag 02.03 Status fra YL september 2021

Orientering fra Henrik Stig Jørgensen:
Der er rettet henvendelse til Sundhedsdirektøren, da der er rejst en sag iht. §22. stk. 5 i arbejdsmiljøloven.

Det har medført, at der er blevet iværksat en række initiativer:
- Stud.med. er kommet tilbage
- Der er ansat ekstra UKYL og UAO
- Lægerne klædes bedre på ift. at klare de akutte kald
- Der oprettet dialogforum hver 14. dag med deltagelse af TR, AMIR, LO og Vicedirektør
- Møderne har resulteret i en handleplan, som er fremsendt

Der er også en række elementer, som fortsat ikke er på plads:
- Lægerne har mange ”hyl”, hvilket endnu ikke er blevet løst, da det er en udfordring rent teknisk

- Lægerne vil gerne have bedre lokaleforhold og sidde samlet i et rum. YL vil gerne sidde sammen med de erfarne læger
- Stjernelæge-funktion er ikke på plads, men der er planlagt et inspirationsbesøg på geriatrisk afd. på HEH d. 25. marts 2022.

Derudover er følgende sat i værk:
- Mogens Yde (anæstesiologi) er ansat som ny UAO i akutmodtagelsen
- Skadestuen er overdraget til ortopædkirurgien
- Der er oprettet et ekstra mellemvagtslag på ortopædkirurgisk afd.

Mødet d. 19. marts 2022 blev aflyst, men der er planlagt et evalueringsmøde d. 31. marts 2022.

YL oplever store forbedringer, både ift. KBU og akutafdelingen. Den største bekymring er, om man er i stand til at holde fast og bibeholde udviklingen. Der er fortsat udfordringer ift. uddannelse, men der er tydelige fremskridt. Der var generelt ros fra rådet ift. det store arbejde, som der er blevet sat i søen.

Kim Holck og Anita Sørensen afholder vejlederkurser for vejlederne på Slagelse i marts 2022.

Ift. opfølgning på udviklingen, så vil man i første omgang afvente konklusionerne på mødet d. 31. marts 2022 og emnet tages som orienteringspunkt på mødet i DRR d. 2. juni 2022.

Afslutningsvist oplyste sagsbehandleren for neurologi, at der nu konkret arbejdes hen imod at have uddannelseslæger i Slagelse igen. Erfaringen fra den proces, som neurologisk afd. har været igennem, er, at der ikke er nogen nemme løsninger, og at det er et kæmpe arbejde. Det overvejes, om der skal laves en artikel til UFL vedr. dette, så ændre kan trække på de erfaringer, der har været.

Ad. dagsordenspunkt 3: Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd

Sagsfremstilling:

På sidste møde blev det besluttet, at Sekretariatet skulle udarbejde et oplæg til revideret kommissorium for uddannelsesrådene.

Baggrunden for ønsket er, at Region Sjælland oplever en ubalance i uddannelsesrådene, som gør, at Region Sjælland ikke i samme grad som Region Hovedstaden kan få sine ønsker igennem. Nogle medlemmer føler, der ikke er lydhørhed for deres synspunkter. Det er er ønske, at afdelinger, der aktuelt ikke indgår i speciallægeuddannelsen, også skal kunne tilbydes en plads i uddannelsesrådene. Herudover ønskes det også vurderet hvilke kriterier, der skal lægges til grund for, om afdelinger kan indgå i den lægelige videreuddannelse.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at Rådet drøfter forslag til nyt kommissorium mhp. udarbejdelse af endelig udgave. Region Sjælland har ikke som planlagt haft forslaget til udtalelse.

Bilag:

Bilag 03.01 Forslag til kommissorium for uddannelsesråd
Bilag 03.02 Nuværende kommissorium for uddannelsesråd

Behandling:

Sekretariatet har udarbejdet nyt forslag til kommissorium for uddannelsesrådene, jf. bilag. Forslaget er først fremsendt sammen med materialet til dagens møde, hvilket har haft den konsekvens, at Re-

gion Sjælland ikke har haft tilstrækkelig tid til at kommentere på det. Region Sjælland oplyste i den forbindelse, at man har formuleret et længere skriv, som fremsendes til Sekretariatet.

Det blev pointeret, at kommissoriet for uddannelsesråd er forankret i Det Regionale Råd og ikke i Danske Regioner, hvorfor alle i rådet skal have mulighed for at komme med kommentarer på et kommende møde.

Følgende synspunkter blev præsenteret:

- Region Sjælland problematiserede, at det aktuelt er svært for nye potentielle uddannelsesafdelinger at komme ind i uddannelsen – man er nødt til at sidde med ved bordet for at komme i betragtning
- YL oplyste, at de ønsker en anden formulering vedr. ratio mellem speciallæger og uddannelseslæger, og at det konkret skal fremgå, at uddannelsesrådet skal have uddannelsesfokus
- Derudover var der bekymring for, at der kommer for stort fokus på driftsmæssige udfordringer i de to regioner
- vedr. AM i kommissoriet, så er de udpegede yngre læger DYNAMU'er

Kommissoriet behandles på mødet d. 2. juni 2022. Alle repræsentanter i Det Regionale Råd får mulighed for at komme med eventuelle kommentarer inden da. Forslag til deadline for fremsendelse af kommentarer er d. 16. maj 2022.

Ad. dagordenspunkt 4: Status for uddannelsesforholdene på Medicinsk afdeling BOH

Sagsfremstilling:

YL har ønsket en status for uddannelsen på Medicinsk afd. Bornholm. På sidste møde blev det fremført, at bagvagterne på afdelingen ikke ønsker at blive ringet op og tage sig af "banale" KBU-spørgsmål, ligesom der kan opleves problemer i forbindelse med tilkald af Anæstesiologisk bagvagt.

Den ledende overlæge har oplyst, at bagvagt på Anæstesiologisk afdeling som hovedregel skal kontaktes af bagvagt på hhv. Medicinsk eller Kirurgisk afdeling. I hyperakutte situationer kan dette fraviges.

PKL for KBU har planlagt besøg på afdelingen den 16. februar.

Indstilling:

At uddannelsesforholdene drøftes på baggrund af redegørelse fra PKL Kim Holck.

Kim Holck orienterede:

Medicinsk afdeling på BOH har 4 vagtbærende speciallæger, hvilket opleves som belastende. Hertil er antallet af yngre læger meget varierende. Afdelingen har et bredt optag, både medicinske patienter, børn og psykiske patienter.

Der er nogle udfordringer på afdelingen:

- Indlagte børn tilses ikke altid af speciallæge inden udskrivelse
- Ved hjertestopbehandling tilkaldes vagtbærende KBU og anæstesiologisygeplejerske, hvilket betyder, at det er en KBU-læge, der skal tage beslutningen om evt. erklæring af død

Ift. hjertestopbehandling, så kan bagvagt komme relativt hurtigt, da de bor i nærheden og der er relativt få hjertestopkald. Men de vagtbærende læger er allerede ret belastede. Anæstesiologilægerne mener ikke, at de skal træde til inden bagvagt kommer, når der er tale om medicinske patienter.

KBU-lægerne oplever det som mentalt hårdt, at de potentielt står med ansvaret for at beslutte om hjertestops behandlingen skal ophøre uden tilstedeværelse af en erfaren læge.

Følgende synspunkter blev præsenteret:

- det er ikke rimeligt, at KBU-læger skal stå med ansvaret ifm. hjertestop
- hvis KBU-lægen er i tvivl, så skal genoplivning fortsættes til bagvagt ankommer
- hvis KBU introduceres grundigt og oplæres, så kan de godt varetage den opgave
- evt. ekstra introduktion skal være en del af KBU og ikke udover KBU
- der skal være ekstra kurser i hjertestop og psykiatri
- der skal være en grundig overlevering
- stillingsopslag skal nævne børn og psykiatri og ikke kun kirurgi

Lise opsummerede: Det er politisk besluttet, at der skal være et hospital på Bornholm, der så vidt muligt kan sikre ligeværdig service. Lægedækningen er imidlertid skrøbelig og forankret på fastlandet, da speciallægerne ofte er ansat på andre hospitaler i Region Hovedstaden og ikke har fast base på Bornholm. Det Regionale Råd kan derfor have en række anbefalinger, men ikke alle kan lade sig gøre. Dog skal der arbejdes på at sikre en bedre introduktion, som skal være del af ansættelsen, og der skal laves en grundig overlevering, når speciallæge går over på kald.

Kim Holck udarbejder en rapport, men der er aktuelt ikke planlagt opfølgende besøg på afdelingen.

Ad. Dagordenspunkt 5: Indkomne inspektorrapporter siden møde 2. december 2021

Sagsfremstilling:

Der er siden mødet i december indkommet 7inspektorrapport (bilag 05.01 til 05.07).
En rapport er modtaget start januar men beskriver et besøg udført i maj måned 2021. De resterende rapporter er alle modtaget i februar måned 2022 og dermed endnu ikke behandlet i uddannelsesråd.

"Grønne – gode" rapporter:

Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri. (bilag 05.01)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - SUH Roskilde (bilag 05.02)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge (bilag 05.03)

"Gule – mindre gode" rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk/Obstetrisk - Slagelse Sygehus (bilag 05.04)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital (bilag 05.05)
Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri (bilag 05.06)

"Rød – bekymrende" rapport:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland (bilag 05.07)

Indstillinger:

Det Regionale Råd har besluttet, at inspektorrapporter og især læringsudbyttet af disse skal behandles som et særskilt punkt på et kommende rådsmøde. Inspektorordningen er desuden behandlet i arbejdsgruppe 4.

Det indstilles at alle de ”grønne” rapporter tages til efterretning. Introduktionen på BUC er bragt i orden siden besøget i maj 2021.

De ”gule” og den ”røde” rapport behandles på kommende uddannelsesrådsmøder i marts og april måned. Det skal bemærkes, at besøget i Psykiatrien Syd er sket på anmodning af YL og Sekretariatet efter flere bekymringshenvendelser. Det indstilles, at evt. yderligere tiltag fra Rådet afventer behandling i uddannelsesrådene.

Bilag
Bilag 05.01 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri
Bilag 05.02 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - SUH Roskilde
Bilag 05.03 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge
Bilag 05.04 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk-Obstetrisk - Slagelse Sygehus
Bilag 05.05 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital
Bilag 05.06 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri
Bilag 05.07 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland

Der er modtaget handleplan fra gyn.-obs på Slagelse, og planen vurderes at være fin. Der følges op i uddannelsesrådet på næste møde.

Der er ikke modtaget handleplaner fra de andre afdelinger, hvilket skyldes, at rapporterne først er kommet i uge 7. Planerne vil blive fremsendt i den kommende tid.

Vedr. psykiatrien Syd, så består det største problem i, at der mangler en UAO på afdelingen. Afdelingen er desuden presset af, at det er svært at rekruttere speciallæger til afdelingen. Rapporten har endnu ikke været drøftet i uddannelsesrådet. Næste møde finder sted d. 22. marts 2022.

Rapporterne fra Klin. Fys. På HVH, Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrien Syd drøftes på næste møde i Det Regionale Råd d. 2. juni 2022.

Ad. Dagordenspunkt 6: Orienteringspunkter
Sagsfremstilling:

a. Referat NRLV den 15. december 2021.
b. Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
c. Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
d. Udkast til statistik vedr. uddannelsesstillinger 2021
e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
f. Afslutningsregion for h-forløb 2022
g. Status vedr. forsøgsperiode for sammenhængende uddannelsesforløb i Region Sjælland

Indstilling:
Fraset punkt g) behandles de enkelte punkter på anmodning.

Ad punkt g)
Der er sendt ansøgning til SUM og SST den 8. oktober 2021. Der er modtaget vedlagte skriftlige svar. Region Sjælland bedes oplyse hvor mange individuelle ansøgninger vedr. sammenhængende forløb, der kan forventes fra medicinstuderende samt hvornår.

Bilag:
Bilag 06.01 Referat NRLV den 15. december 2021
Bilag 06.02 Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
Bilag 06.03 Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
Bilag 06.04 Udkast til statistik vedr. introduktionsstillinger 2021
Bilag 06.05 Udkast til statistik vedr. hoveduddannelsesstillinger 2021
Bilag 06.06 Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
Bilag 06.07 Afslutningsregion for h-forløb 2022
Bilag 06.08 Svar fra SUM

Region Sjælland oplyste, at de havde mundtligt tilsagn op at kunne fortsætte forsøgsordningen, men der mangler et skriftligt svar fra ministeriet. Svaret sendes til rådet så snart det foreligger.

Ad. dagordenspunkt 7: Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL
Sagsfremstilling:
De to regioner samt PKL orienterer kort om nyheder.

Region Sjælland:
Regionen søger ministeriet om godkendelse til at oprette hele lægeuddannelsen for både BA og KA. Medicinstuderende sendes under studiet ud i praksis i par.

Der har været afholdt et møde om inspektorordningen, hvor der også var oplæg fra Kristine Sarauw, der er tidligere UKO på Holbæk.

Introstillinger i sjællandssporet:
Aktuelt er alle 24 stillinger besat og der stiles mod fortsat 24 årlige forløb.

I den efterfølgende drøftelse blev følgende synspunkter præsenteret:
- det blev problematiseret, at intro-lægerne primært kommer til Køge-Roskilde, hvilket ikke harmonerer med ønsket om at sikre lægedækning på perifere hospitaler
- baggrunden for dette er, at det er der, hvor lægerne søger hen
- det blev foreslået, at der ikke skal være frit valg, men at der sikres, at en vis andel skal søge til mere perifere hospitaler
- det blev bemærket, at der nu er mulighed for en forudgående samtale med lægen samt der er sat et maks. på 50 % besættelse af en given afdelings introstillinger
- afdelingerne oplever imidlertid ikke, at de har mulighed for at sige nej til en given læge
- Region Sjælland ønsker aktuelt ikke at ændre noget, før der foreligger en evaluering

Det blev besluttet, at man afventer den kommende evaluering og derefter beslutter om der skal ændres i den gældende procedure.

Hovedstaden:
Lise oplyste at der ikke er noget nyt at berette.

PKL-gruppen:
Rikke oplyste, at man i mange specialer er bekymrede for, om lægerne i tilstrækkelig grad kan opnå kompetencerne pga. sygeplejerskemangel og Corona. Spørgsmålet er, i hvilket omfang lægernes kompetenceniveau er reduceret i forhold til tidligere. Vi er formentlig nu tættere på minimumskompetencerne nu. Det er dog meget få, der er blevet forlænget, og specialerne har været kreative ift. at finde løsninger.

Sundhedsdirektørerne vil gerne se på muligheden for at benytte privathospitalerne, men man skal sikre rammerne. BBH har haft aftale med et privathospital, men det gik i vasken på, at de ville have speciallæger til at operere

Birgitte Rønn henviste til Bente Ourø's indlæg i UFL, hvor hun slog til lyd for at lægerne kunne overtage noget af anæstesisygeplejerskernes arbejde. https://ugeskriftet.dk/nyhed/flere-problemer-bremser-afviklingen-af-ventelister
Det rejser en problematik ift. opgaveglidning f.eks. i forbindelse med mangel på sygeplejersker og jordemoder mangel.

Diskussionspunkt til næste møde.

Ad. dagordenspunkt 8: Planlægning af ordinært møde torsdag den 2. juni 2022
Sagsfremstilling:
Mødet er planlagt som et ordinært møde i tidsrummet kl. 14.00 til senest 17.00. Mødet afholdes i Korsør.
Bedre læring af inspektorrapporter, planlægning af PKL-opslag samt flexforløb 2023 er mulige emner ud over arbejdet med revision af den lægelige videreuddannelse inkl. den planlagte konference den 22. juni i Aarhus.

Indstilling:
Rådet bedes tage orienteringen til efterretning.

Mødet holdes i Korsør - adresse fremsendes.

Emner til mødet:
- Kommissorium for uddannelsesrådene
- PKL-opslag
- Flexforløb 23
- Rekrutteringen
- Opgaveglidning
- Status vedr. sammenhængende uddannelsesforløb

Ad. dagordenspunkt 9: Eventuelt
Ordet er frit
Helene udtræder af udvalget, da hun bliver speciallæge. Lise takkede Helene for hendes mangeårige arbejde.

Kommende møder
Torsdag den 2. juni 2022 kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 16. juni). Mødet afholdes i Korsør.
Mandag den 12. september 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 21. september)
Torsdag den 1. december 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 14. december)

Ad. Dagordenspunkt 3: Revisionsarbejdet for den lægelige videreuddannelse

Sagsfremstilling:

Formålet med revisionen af den lægelige videreuddannelse er at sætte uddannelsen i sammenhæng med sundhedsvæsenets udvikling frem mod 2040, således at de næste årtiers speciallæger kan præge udviklingen og er rustet til at imødekomme behovene i fremtidens sundhedsvæsen. På den planlagte konference den 22. juni vil Sundhedsstyrelsen lægge op til diskussion om ændringerne i befolkningssammensætningen og sygdomsmønstret, og hvad det betyder for speciallægebehovet og -uddannelsen, samt hvordan det kan følge med udviklingen af sundhedsvæsenet.

Alt materiale fra møder i de 4 arbejdsgrupper kan findes på Sekretariatets hjemmeside under Det Regionale Råd https://www.laegeuddannelsen.dk/det-regionale-raad.aspx
Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Indhold og planlagte leverancer for de 4 nedsatte arbejdsgrupper ses nedenfor.

Arb.gr. 1: Indhold, omfang, opbygning af LVU samt lægeroller

- Fleksibilitet i LVU og mulighed for at skifte speciale
- Overgang fra medicinstudierne til KBU/speciallægeuddannelsen
- Kompetencebehov i sundhedsvæsenet (nyt uddannelsesindhold frem mod 2040)
- Pædagogik og læring
- Lægeroller
- Modeller for strukturen af den lægelige videreuddannelse

Seneste centrale drøftelser

- Opbakning til at der skal være mere fælles uddannelses-indhold.
- Ny definition af kompetenceniveau for speciallæger på vej.
- I et læringsperspektiv er der meget der taler for at fastholde en form for overgang mellem universitets- og speciallægeuddannelsen. Klinikophold under medicinstudiet kan styrkes.
- Der har været en første drøftelse af mulighed for merit fra uklassificerede stillinger og hvorvidt man skal fastholde opdelingen mellem klassificerede og uklassificerede stillinger.

Arb.gr. 2: Specialestruktur

- Styrker og svagheder ved den danske specialemodel
- Speciale- og fagområdekriterier
- Fagområdestruktur
- Drøftelse af nye ønsker til specialer (palliation og allergologi)
- Modeller for en ændret specialestruktur

Seneste centrale drøftelser

- Der er opbakning til at efteruddannelsen systematiseres, og tilslutning til terminologi ift. subspecialisering og fagområder.
- Der er tilslutning til at fortsætte med den nuværende specialestruktur.
- Enighed om forslag til anbefaling ift. nye, reviderede specialekriterier.

Arb.gr. 3: Dimensionering

- Behovet for speciallæger
- Prognoser og fælles overblik over uddannelsesaktivitet
- Modeller for prognoser og dimensionering

Seneste centrale drøftelser

- Der har været en drøftelse af behovet for at læger som hovedregel, gennemgår en speciallægeuddannelse. Der er bred enighed om, at der fortsat er behov for at alle, der kan og vil, skal kunne blive speciallæge.
- Det blev drøftet om der lovgivningsmæssigt bør være bredere rammer for at holde pause eller gå på deltid under uddannelsen.
- Arbejdsgruppen drøftede perspektiver i at dimensionere uddannelsesforløb i Grønland og Færøerne. Det findes nødvendigt at finde en læsning for dimensionering især på Færøerne. Herudover er der behov for at få beskrevet praksis omkring governance af uddannelsesforløb i Grønland og Færøerne.
- Sundhedsstyrelsen forventer at udarbejde en anbefaling om at skabe overblik over den administrative praksis, herunder lovgrundlaget, for håndtering af uddannelsesforløb i Grønland og Færøerne.
- Der er opbakning til at indarbejde en efterspørgselsprognose i lægeprognosen.

Arb.gr. 4: Governance

- Styrker og svagheder ved den nuværende styringsmodel
- Uddannelsen i den kliniske enhed – roller og ansvar
- Modeller for fremtidig governance af den lægelige videreuddannelse

Seneste centrale drøftelser

- Der har været en drøftelse af modeller for fremtidig governance. Der var bred enighed om at en struktur som den nuværende er den bedste løsning, men der skal sikres, at alle driftsregioner tilgodeses.
- En National skabelon for uddannelsesprogrammer findes positivt, men der er også enighed om at uddannelsesprogrammet skal være kendt af både uddannelsesgivende som uddannelsessøgende.
- Der ønskes en beskrivelse af alle aktører i den lægelige videreuddannelse.
- Der var enighed om at en bredere kvalitetsvurdering af den lægelige videreuddannelse ville være ønskelig. Der var dog ikke enighed om at Videreuddannelsesregion Nords rapport var den bedste løsning.
- PLO fremlagde et forslag til peer-reviewed kvalitetsmonitorering. Konkret foreslås vurdering af kvaliteten i forbindelse med de planlagte møder for tutorer.

Indstilling:

På baggrund af ovenstående, korte supplerende indlæg fra arbejdsgruppernes repræsentanter samt den netop offentliggjorte sundhedsreform foreslås det, at følgende spørgsmål drøftes,

- Hvordan sikres øget bredde både indenfor direkte medicinske kompetencer som andre kompetencer f.eks. kommunikative, kvalitetsarbejde, tværfagligt samarbejde uden at gå på (for stort) kompromis med de specialespecifikke medicinske kompetencer? Er en af løsningerne at uddannelsestiden forlænges?
- Hvad er den rigtige balance mellem direkte uddannelsesaktiviteter og rollen som arbejdskraft? Både set i et uddannelsesmæssigt som et arbejdsgiver/arbejdstager-perspektiv. Inddrag gerne de aktuelle rekrutteringsudfordringer af især sygeplejersker samt risikoen for opgaveglidning.
- Hvilke muligheder ser I for lettere specialeskift? Lettere meritoverførsel?
- Er lægerne parate til en ændring af sundhedsvæsenet og er samfundet inkl. arbejdsgiverne parat til lægernes ønsker til arbejdslivet?
- Hvordan ser i speciallægerne ”flyttet fra” hospitaler/sygehuse og nærmere borgeren?
- Hvordan sikrer vi at UAO er tæt knyttet til afdelingsledelsen?

Bilag:
Bilag 03.01 Aftale – et sammenhængende nærts og stærkt sundhedsvæsen

20. maj 2022

Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet), Venstre, Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Dansk Folkeparti, Nye Borgerlige, Liberal Alliance, Frie Grønne, Alternativet, Kristendemokraterne og Liselott Blixt på vegne af arbejdsfællesskabet af løsgængere (Bent Bøgsted, Hans Kristian Skibby, Karina Adsbøl, Marie Krarup og Lise Bech) om:

Sundhedsreform

Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen er fundamentet under vores velfærdssamfund. Et velfungerende sundhedsvæsen med høj kvalitet, sammenhæng for patienterne, og hvor afstand ikke er en barriere, er vigtigt for alle danskere.

Gennem de sidste tyve år er der sket en positiv udvikling med specialisering af behandlingen og nye supersygehuse. Det har været afgørende for at kunne tilbyde den bedst mulige kvalitet i behandlingen, når der er tale om alvorlig sygdom. Men specialisering rummer ikke hele svaret på et stærkt sundhedsvæsen.

I Danmark vil vi også fremadrettet blive flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Samtidig bliver vi færre i den arbejdsdygtige alder. Det er en grundlæggende udfordring, som for sundhedsvæsenet betyder, at flere vil få behov for behandling, og der er færre til at yde den nødvendige behandling, pleje og omsorg.

Vi skal derfor sikre en solid plan, der rækker ud i fremtiden og tage de første skridt mod en omstilling af vores sundhedsvæsen til et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen. Så borgerne ikke oplever at blive udskrevet fra sygehuset for kort efter at blive genindlagt på trods af, at det kunne have være forebygget. Og så der på sygehusene er tid og kapacitet til de patienter, som har brug for indlæggelse og specialiseret behandling. Det kræver en fælles retning, målsætninger og løsninger på tværs af regioner, kommuner, praksissektoren og andre private aktører.

Derfor er aftalepartierne enige om en reform, som skal sætte retning for en nødvendig omstilling af sundhedsvæsenet. Vi skal styrke det nære sundhedsvæsen, så flere kan blive behandlet i eller tæt på hjemmet bl.a. ved hjælp af digitale løsninger. Der skal være høj kvalitet i den nære indsats og et stærkere samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, så flere kan leve et godt og langt liv med kronisk sygdom. Medarbejderne skal i centrum, og der skal sættes fokus på, at vores dygtige sundhedspersonale har både tid, rum og kompetencer til at løse kerneopgaven. Der skal være adgang til en praktiserende læge i hele landet og hurtig hjælp, hvis ulykken rammer. Og vi skal arbejde for mere lighed i sundhed, og for at borgerne og deres pårørende i endnu højere grad inddrages i behandlingsforløbet.

Aftalepartierne er enige om at afsætte i alt 1,3 mia. kr. i perioden 2022-2025 og herefter 387 mio. kr. varigt om året til at løfte indsatsen i det nære sundhedsvæsen og gøre sundhedsvæsenet mere robust. Midlerne vil blive udmøntet i en aftale med Danske Regioner og KL. Aftalepartierne er derudover enige om at afsætte en pulje på 4 mia. kr. i perioden 2023-2028 til nærhospitaler.

Omstilling til det nære sundhedsvæsen

I takt med at vi lever længere, vil stadig flere borgere leve med sygdomme, som kræver løbende behandling, rehabilitering eller pleje i sundhedsvæsenet. Frem mod 2030 forventes 230.000 flere borgere over 75 år og 200.000 flere patienter med diabetes eller KOL. Samtidig genindlægges hver tiende patient, der har været indlagt med en somatisk sygdom. Knap hver fjerde patient genindlægges efter en udskrivning fra psykiatrien.

Aftalepartierne er enige om, at en styrket indsats for særligt ældre, mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser forudsætter en omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Et centralt led i omstillingen er tiltag for at styrke kvaliteten i den nære sundhedsindsats. Det store fokus på den nødvendige specialisering af sygehusene har betydet mindre fokus på krav til og investeringer i de nære sundhedstilbud, som derfor ikke har gennemgået samme udvikling som på sygehusområdet. Styrket kvalitet i den nære sundhedsindsats skal bidrage til mere social og geografisk lighed i sundhed.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at omstillingen indebærer strukturelle tiltag, der skal sikre sammenhæng for patienterne på tværs i sundhedsvæsenet og et styrket samarbejde mellem sygehus, kommune og almen praksis. Herunder skal det sikres, at de specialiserede kompetencer på sygehusene rækker ud i det nære sundhedsvæsen. Det skal bl.a. ske ved hjælp af digitale løsninger og deling af relevante data om patientforløbet.

Aftalepartierne noterer sig regeringens lovforslag om etableringen af sundhedsklynger. Nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene skal sikre et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og dermed være drivende for omstillingen til et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen.

Omstillingen til det nære sundhedsvæsen indebærer optimal brug af digitale løsninger, der bl.a. skal understøtte, at mere behandling kan foregå i patientens eget hjem. Digitale løsninger er et centralt led i at sikre et nært, fleksibelt sundhedsvæsen og mindske geografisk og i en række tilfælde også social ulighed i sundhed.

Adgang til kommunale sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet gennem implementering af national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

I dag er en stor del af kommunernes sundhedsindsats ikke forankret som forpligtelser for den enkelte kommune. Der er således stor forskel på både, hvilke tilbud der er, og hvilken kvalitet de har på tværs af landet. Aftalepartierne er enige om at skabe et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den enkelte borger uanset, hvor man bor. Regeringen vil derfor fremsætte et lovforslag om indførelsen af en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, som skal sikre indførelsen af kvalitetspakker med konkrete kvalitetskrav og -anbefalinger til indsatsen. Der vil blive fremsat et lovforslag, der skal give hjemmel til, at der kan fastsættes forpligtende krav til bl.a. kommunernes sundhedstilbud samt rådgivning fra sygehusene som led i kvalitetsplanen.

Kvalitetsplanen skal sikre, at borgere i målgrupperne for indsatser i kvalitetsplanen får kommunale sundhedstilbud af en mere ensartet kvalitet i hele landet. Et styrket nært sundhedsvæsen skal bidrage til bedre og tidligere indsatser, som kan forebygge behov for senere behandling og unødvendige indlæggelser på sygehusene. Der er behov for en omstilling af sundhedsvæsenet for at kunne imødegå stigningen i antallet af ældre borgere samt plejekrævende borgere med kroniske sygdomme. Vi kan ikke bare fortsætte med at gøre mere af det samme, og derfor skal udviklingen af det nære sundhedsvæsen også ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering mv.

Med en kvalitetsplan løftes indsatsen til gavn for borgerne i hele landet og bidrager til omstilling af sundhedsvæsenet, så mere kan løftes i det nære sundhedsvæsen, herunder i eget hjem. Kvalitetsplanen skal samlet bidrage til at forebygge, at fx kroniske sygdomme udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende, og så vi undgår mere behandlingskrævende indsatser, der kunne være forebygget.

I udarbejdelsen af kvalitetskrav og -anbefalinger og i implementeringen heraf skal der være en særlig opmærksomhed på medarbejdernes faglighed og faglige vurdering samt, at kommunerne har meget forskellige forudsætninger både i forhold til økonomi, andel af plejekrævende ældre, mv. for at løse opgaverne, herunder også i forhold til rekruttering af medarbejdere. Samtidig skal der være fokus på at inddrage borgerne og deres pårørende i behandlingsforløbet.

De første trin i kvalitetsplanen er udarbejdelse af kvalitetspakker for:

1) Styrkelse af de kommunale akutfunktioner i 2022.
2) Patientrettede forebyggelsestilbud for borgere med kroniske sygdomme i 2023.

Samlet set afsættes der med aftalen 264,1 mio. kr. årligt ved fuld indfasning til de første indsatsområder i kvalitetsplanen og udviklingen heraf. Der afsættes til udarbejdelsen af kvalitetspakkerne 10,8 mio. kr. i 2022, 11,0 mio. kr. i 2023, 10,0 mio. kr. i 2024 og 8,7 mio. kr. årligt fra 2025 og frem til Sundhedsministeriets koncern, herunder til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af konkrete kvalitetskrav og –anbefalinger samt dataunderstøttelse fra Sundhedsdatastyrelsen.

Opfølgning på implementering af kvalitetsplanen samt proces for udvælgelse af fremtidige fokusområder i kvalitetsplanen

Aftalepartierne vil årligt blive præsenteret for en status på arbejdet med implementeringen af kvalitetsplanen i regi af den politiske følgegruppe for aftalen i første omgang, når Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter har udviklet kvalitetspakkerne for de kommunale akutfunktioner og patientrettet forebyggelse for borgere med kronisk sygdom. Derudover er aftalepartierne enige om, at der skal nedsættes et interessentforum med relevante aktører, herunder patientforeninger der følger arbejdet.

Udviklingen og implementeringen af kvalitetsplanen for det nære sundhedsvæsen forventes at foregå løbende i dialog med særligt KL og Danske Regioner bl.a. i regi af de årlige økonomiaftaler og skal ske ud fra et sundhedsmæssigt, økonomisk og borgermæssigt perspektiv inden for både det somatiske og psykiatriske sundhedsområde. De konkrete krav og anbefalinger i kvalitetspakkerne skal udformes af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante aktører, herunder Danske Regioner, KL, kommuner og sundhedsfaglige selskaber mv. Kvalitetspakkerne vil desuden indeholde krav og anbefalinger til kvalitetssikring og monitorering af indsatsen for at sikre, at indsatsen dokumenteres bl.a. med henblik på kvalitetsudvikling og for at sikre den nødvendige opfølgning. Der vil blive fulgt op på de kommunale sundhedsindsatser i de årlige økonomiforhandlinger med kommunerne samt i regi af de nationale mål.

I takt med udviklingen af kvalitetspakkerne arbejdes der på at sikre det nødvendige datagrundlag for indsatserne i det nære sundhedsvæsen. Dette skal ses i tæt sammenhæng med de afsatte midler til indsatsen for bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitetspakker målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme

Aftalepartierne vil sikre, at mennesker med kroniske sygdomme bliver understøttet bedst muligt i at kunne klare sig selv og får adgang til patientrettede forebyggelsestilbud af høj kvalitet i kommunerne i form af fx bedre og mere ensartede tilbud om træning, kostomlægning og patientuddannelse. Dette skal understøtte,

at fx diabetespatienter får en bedre forståelse for egen sygdom, og hvordan faktorer som bl.a. kost og motion påvirker sygdomsudviklingen, så vi forebygger, at sygdom udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende senere i livet. Det skal understøtter, at flere lever et godt og langt liv med en kronisk sygdom.

Som led i kvalitetsplanen skal nye kvalitetspakker med kvalitetskrav og -anbefalinger således understøtte, at flere lever et godt og langt liv med kroniske sygdomme såsom KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskel-skelet-lidelser eller flere kroniske lidelser på samme tid (multisygdom). Bedre og mere ensartede tilbud om træning, kostomlægning og patientuddannelse skal give bedre redskaber for den enkelte til at håndtere egen sygdom og bidrage til en bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde eller mindske brugen af sundhedsydelser senere i livet. Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering. Med patientuddannelse kan borgere med kroniske sygdomme som fx diabetes få en bedre forståelse for egen sygdom, for risikofaktorer og tegn på forværring, forståelse for brug af medicin, kendskab til relevante hjælpemidler, forståelse for hjemmemonitorering af blodsukkermålinger, samt hvordan faktorer som bl.a. kost og motion kan påvirke sygdomsudviklingen.

Indsatsen skal ses i tæt sammenhæng med bedre digitale løsninger til fx hjemmemonitorering.

Sundhedsstyrelsen vil i 2023 få til opgave at levere de nærmere faglige kvalitetskrav og -anbefalinger i forhold til træning, kostomlægning og patientuddannelse inden for den aftalte økonomiske ramme. Implementeringen skal ske i lokal dialog bl.a. i de nye sundhedsklynger.

Partierne vil afsætte 102,9 mio. kr. i 2023, 103,6 mio. kr. i 2024, 104,8 mio. kr. i 2025, 107,8 mio. kr. i 2026 og 127,4 mio. kr. i 2027 og 2028 og herefter 130,4 mio. kr. årligt fra 2029 og frem til kommunerne til kvalitetskrav og –anbefalinger i forhold til træning, kostomlæsning og patientuddannelse. Herudover afsættes midler til implementeringen af kvalitetspakker målrettet kommunale akuttilbud, jf. nedenfor.

Kvalitetspakker målrettet kommunale akutfunktioner

Aftalepartierne er enige om, at de nuværende kommunale akutfunktioner er væsentlige for at sikre en omstilling til det nære sundhedsvæsen og sikre, at flere kan behandles tæt på eller i eget hjem og dermed bidrage til at forebygge indlæggelser og undgå unødvendige genindlæggelser. Øgede nationale krav til indsatsen kan understøtte dette. Regeringen og aftalepartierne er derfor enige om at styrke de kommunale akutfunktioner som en del af den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen til gavn for borgere, der ikke har behov for en sygehusindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- eller behandlingsbehov. Det kan fx være ældre, medicinske patienter, hvor der opstår forværring af kendt sygdom eller patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har et komplekst pleje- eller behandlingsbehov.

Et centralt led i omstillingen til det nære sundhedsvæsen indebærer at sikre, at akutsygehusets specialistkompetencer rækker ud i det nære sundhedsvæsen. Derfor er partierne enige om at sikre, at de kommunale akutfunktioner har direkte adgang til relevant faglig rådgivning fra akutsygehusets specialister. Indsatsen skal lægge vægt på patientens egne ønsker, behov og selvbestemmelse, uanset om indsatsen foregår på et kommunalt tilbud eller i patientens eget hjem.

Sundhedsstyrelsen vil i 2022 få til opgave at levere de nærmere faglige kvalitetskrav og -anbefalinger til de kommunale akutfunktioner, herunder nye krav og anbefalinger om rådgivning fra sygehusene, kommunal IV-behandling mv. inden for den aftalte økonomiske ramme. De lokale aftaler for samarbejdet skal efterfølgende udvikles i de nye sundhedsklynger.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 50 mio. kr. i 2022 og 125 mio. kr. årligt i 2023 og fremover til kommuner og regioner til at løfte de kommunale akutfunktioner og rådgivningen heraf.

Nærhospitaler til behandling tættere på patientens hjem

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsvæsenet skal bringes tættere på borgerne i områder, hvor der er langt til det nærmeste akutsygehus, gennem nye og moderne nærhospitaler. Partierne vil afsætte op til 4 mia. til at oprette op til 25 nærhospitaler fordelt over hele landet i de kommende år. Midlerne kan gå til både ombygning og nybyggeri samt investeringer i IT, teknologi og udstyr til undersøgelse, behandling og gode og trygge rammer for patienter med både somatisk og psykiatrisk sygdom, herunder tryghedsskabende indretning.

Aftalepartierne er enige om, at der afsættes en særskilt delramme på 500 mio. kr. af den samlede nærhospitalspulje til investeringer i it, teknologi og udstyr til at understøtte bedre hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer i tilknytning til nærhospitalernes opgaveløsning og andre dele af den samlede struktur for nære og sammenhængende tilbud.

Nærhospitaler skal bidrage til, at flere borgere oplever et sammenhængende og trygt sundhedstilbud, fordi flere aktører under samme tag understøtter stærkere samarbejde om patientens forløb, tilgængelighed for patienterne og sparring på tværs af sektorer og faggrænser.

Nærhospitalet indeholder sygehusfunktioner, som er koblet op på det nærmeste akutsygehus som en fremskudt funktion. Derfor kan patienter, der fx har en kronisk sygdom eller en psykisk lidelse, få foretaget ukomplicerede undersøgelser, herunder diagnostik såsom røntgenbilleder og blodprøver eller ambulant opfølgning, ligesom jordemoderkonsultation også kan foregå på nærhospitalet. Nærhospitalerne skal kunne rumme kommunale tilbud såsom genoptræning, misbrugsbehandling samt tilbud, som kommunerne vælger at oprette som led i deres forebyggelsesindsats, herunder tilbud til unge.

Samtidig skal alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, apoteker og andre private aktører kunne rummes i nærhospitalet – tilpasset lokale forhold. Nærhospitalet indeholder således ikke sengepladser, men er målrettet ambulante forløb.

Der er enighed om, at det er et fælles ansvar for kommuner og regioner at skabe en hensigtsmæssig organisering og ledelsesmæssig koordinering i nærhospitalet med afsæt i erfaringerne fra de eksisterende tværsektorielle sundhedshuse.

Med videoløsninger vil det være muligt at inddrage de relevante speciallægekompetencer fra det tilknyttede akutsygehus i en konsultation i nærhospitalet. Samtidig skal nærhospitalerne skabe øget tilgængelighed (via bl.a. digitale løsninger). Således skal nærhospitalerne bidrage til visionen om øget brug af hjemmebehandling ved at forbedre muligheden for at tilbyde borgere virtuelle konsultationer og andre digitale løsninger.

Sundhedsstyrelsen udarbejder et fagligt oplæg, som bl.a. vil beskrive hvilke patientgrupper og funktioner, som med fordel kan indgå på nærhospitalerne. Der bliver slået en nærhospitalspulje op, som regioner og kommuner kan søge i fællesskab. Aftalepartierne vil blive inddraget i forbindelse med puljeopslaget forud for, at nærhospitalspuljen slås op. De første midler forventes udmøntet i 2023.

Aftalepartierne er enige om, at aftalen indebærer en invitationsret til forhandlinger om anvendelse af eventuelt overskydende midler efter udmøntning af midler til etablering af nærhospitaler.

Vision om mere behandling i eget hjem med digitale løsninger

Aftalepartierne er enige om, at borgere skal have en lettere og mere fleksibel adgang til sundhedsvæsenet. Det gavner særligt patienter med regelmæssige kontakter på tværs af sundhedsvæsenet, fx borgere med kroniske sygdomme, psykiske lidelser eller ældre og med langt til nærmeste sundhedstilbud. Øget brug af digitale løsninger bidrager til, at sundhedspersonalets tid kan anvendes bedre, når nogle borgere selv kan foretage eksempelvis hjemmemålinger.

Visionen er et sundhedsvæsen, hvor patienterne har mulighed for digitale sundhedsydelser, hvor det giver fagligt mening. Aftalepartierne ønsker at fremme denne udvikling. Derfor er aftalepartierne enige om ambitionen om at etablere en ret til digital konsultation, hvor det giver faglig mening, når der er sket en afklaring af de tekniske, juridiske og økonomiske forudsætninger.

Visionen skal samtidig bidrage til den nødvendige omstilling til et mere nært sundhedsvæsen og til et sundhedsvæsen, hvor borgerne også understøttes i selv at kunne håndtere deres sygdom, så genindlæggelser, der kunne have være undgået, forebygges, og sundhedspersonalets tid kan anvendes bedre.

Aftalepartierne har afsat 8,1 mio. kr. i 2023 til at fortsætte udbredelsen af eksisterende projekter for telemedicin til borgere med KOL eller hjertesvigt, afprøvning af brug af patientrapporterede oplysninger i behandling af borgere med diabetes og hjerterehabilitering. Af midlerne udmøntes 7 mio. kr. således til kommunernes udbredelse af telemedicin. Derudover undersøges mulighederne og forudsætningerne for at tilbyde flere udvalgte patientgrupper, herunder patienter med osteoporose, at blive omfattet af telemedicinske tilbud og blive indlagt i eget hjem gennem brug af digitale løsninger til monitorering. Aftalepartierne betoner, at det altid er frivilligt for borgerne at bruge digitale løsninger. Der skal være opmærksomhed på patienter, der ikke er fortrolige med brugen af digitale løsninger. Lige adgang til sundhedsvæsenet i Danmark kræver både adgang til fysiske og digitale tilbud.

Indsatsen skal derudover ses i sammenhæng med den investering i teknologi og udstyr, som skal ske ved etableringen af nærhospitaler og deres bidrag til visionen om mere behandling i eget hjem og den øvrige omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson

Aftalepartierne er enige om, at alle patienter, hvor det giver fagligt mening, skal have en patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson, så flere patienter oplever tryghed og kontinuitet i behandlingen på sygehuset. Ved fagligt relevant forstås, når et diagnostisk- og/eller behandlingsforløb med rimelighed forventes at omfatte enkle og helt ukomplicerede forløb og involverer såvel et tidsaspekt som flere autoriserede sundhedsprofessionelle med selvstændigt behandlingsansvar. Ordningen indebærer, at en navngiven læge eller anden sundhedsperson er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Sundhedspersonen har en funktion som koordinator og tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb.

Aftalepartierne konstaterer også, at ordningen, der blev aftalt med regionernes økonomiaftale for 2018, ikke er implementeret til fulde, og at det i dag er vanskeligt at få et overblik over, hvordan ordningen reelt er implementeret i de enkelte regioner.

Aftalepartierne er derfor enige om at sikre implementeringen af ordningen, herunder at give fleksibilitet til, at en sundhedsperson og ikke kun en læge kan være patientansvarlig, og at der i samarbejde med Danske Regioner udarbejdes en forpligtende plan for, hvordan målet, om at alle patienter, hvor det giver fagligt mening, skal have en patientansvarlig sundhedsperson, reelt realiseres. Det gælder fx borgere, der lider af multisygdom, med flere konkurrerende lidelser og parallelle behandlingsforløb og behandlingsansvarlige, der strækker sig over flere specialer, aktører og måske flere matrikler.

Som led i dette arbejde aftales en ny konkret målsætning for hvor stor en andel af patienterne, som skal opleve, at de havde en patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson. Der gøres status i 2024.

Aftalepartierne noterer sig samtidigt, at der i Region Hovedstanden og andre steder i sundhedsvæsenet afprøves modeller for mere tydelig ansvarsfordeling mellem sygehus, kommune og almen praksis i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Erfaringerne med disse modeller skal bidrage til mulige indsatser for et mere sammenhængende patientforløb.

Apotekernes rolle i det nære sundhedsvæsen og adgang til lægemidler

Aftalepartierne er enige om, at apotekerne spiller en central rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Apotekerne befinder sig tæt på borgerne, og apotekerne kan varetage flere opgaver, end de gør i dag, fx inden for medicinhåndtering, reduceret medicinspild og mindsket risiko for medicinfejl. Det kan bidrage til at aflaste fx sygeplejersker og læger i det nære sundhedsvæsen og kan understøtte øget patientsikkerhed og tilgængelighed. Aftalepartierne er derfor enige om, at der som et første skridt nedsættes en hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der skal se på hvilke opgaver apotekerne med fordel kan varetage, fx dosisdispensering og øget mulighed for substitution mv. Arbejdsgruppen skal afrapportere senest primo 2023. Hvis arbejdsgruppens anbefalinger fører til nye opgaver til apotekerne, som kræver finansiering, skal disse håndteres i regi af bruttoavanceaftalen eventuelt via en tillægsaftale. Forslaget forventes ikke at have negative statsfinansielle konsekvenser.

Der vil endvidere blive igangsat en undersøgelse af medicintilskudssystemet i 2023, der skal undersøge fordele og ulemper ved innovative prismodeller i medicintilskudssystemet. Aftaleparterne noterer sig endvidere, at Sundhedsministeriet i slutningen af 2020 har bedt Statens Institut for Folkesundhed (SIF) om at udarbejde en analyse, der skal se på hvorfor og hvilke patienter, der undlader at hente deres lægeordinerede medicin på apoteket. Analysens første del, der ser på hvilke patienter, der ikke afhenter deres medicin, forventes at være færdig i løbet af 2022. Når analysen foreligger, vil Sundhedsministeriet sammen med Lægemiddelstyrelsen overveje behovet for videre tiltag, herunder fx en abonnementsordning.

Flere læger til almen praksis og bedre lægedækning

Den praktiserende læge spiller en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen, og en stærk almen praksis er en afgørende forudsætning for, at den nødvendige omstilling fra behandling på sygehusene til indsatser i det nære sundhedsvæsen kan lykkes. Almen praksis har en vigtig opgave med at sikre, at borgerne får den rette behandling og også bliver henvist til den rette behandling eller tilbud fx i det specialiserede sundhedsvæsen, når dette er nødvendigt. Samtidig er den praktiserende læge for de fleste borgere ansigtet på det nære sundhedsvæsen, når man har behov for hjælp. Den alment praktiserende læge skal være et kendt og trygt tilbud for alle borgere. Aftalepartierne er derfor enige om, at der skal være alment praktiserende læger nok i hele landet, herunder at der er behov for en særlig indsats for at styrke lægedækningen i de lægedækningstruede områder og for at styrke fordelingen af læger på tværs af landet. Aftalepartierne er desuden enige om, at et øget antal læger skal understøtte, at almen praksis skal løse flere og nye opgaver, samt bidrage til bedre tilgængelighed, fx via mere fleksible åbningstider.

Aftalepartierne er enige om at prioritere i alt 7,5 mio. kr. i 2022, 9 mio. kr. årligt i 2023-2024, 7 mio. kr. i 2025, 4 mio. kr. i 2026, 1 mio. kr. årligt i 2027 og 2028 til arbejdet for bedre lægedækning. Det er aftalepartiernes ambition, at alle borgere skal have adgang til en fast læge tæt ved deres bopæl, og at der skal flere læger til almen praksis i lægedækningstruede områder.

Mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035

Aftalepartierne er enige om en politisk målsætning om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i Danmark senest i 2035. Det svarer til en stigning på ca. 43 procent. i antallet af speciallæger i almen medicin fra 2022 til 2035. Aftalepartierne er enige om, at fremtidige dimensioneringsplaner skal sikre, at målet indfries. Dette vil styrke lægedækningen i almen praksis i hele Danmark ved at styrke rekrutteringsgrundlaget. Antager man, at 85 procent af speciallæger i almen medicin vil være beskæftigede i almen praksis, vil det svare til samlet over 5.000 alment praktiserende læger i 2035.

Som følge af den forventede udvikling i antallet af speciallæger i almen medicin er aftalepartierne enige om at igangsætte et analysearbejde, som skal bidrage til at indfri en fælles politisk ambition om, at kapaciteten i almen praksis styrkes og udvides frem mod 2035, så udviklingen i almen praksis understøtter de praktiserende læger i at håndtere øget kompleksitet i opgaver og i at overtage nye opgaver.

Analysen skal understøtte omstillingen til det nære sundhedsvæsen, herunder opgavevaretagelse og samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Det skal bl.a. bidrage til kommunernes arbejde med kvalitet i den nære sundhedsindsats og understøtte, at almen praksis gennem aftaler får et styrket patientansvar ved at påtage sig nye og flere opgaver i sundhedsvæsenet.

I denne forbindelse er aftalepartierne enige om, at der skal dannes overblik over omfanget af de forskellige typer organisationsformer i almen praksis, herunder antallet af ejerlæger der ikke har hovedbeskæftigelse med at drive og tage ansvar for egen klinik/egne klinikker. Aftalepartierne er enige om at arbejde for at fremme rekrutteringen af speciallæger i almen medicin, som arbejder uden for almen praksis i samarbejde med Danske Regioner og relevante lægelige organisationer. Derfor igangsættes en undersøgelse af almen medicineres karrierevalg og -veje med fokus på de læger, som ikke vælger en karriere i almen praksis og årsagerne til dette som fx arbejdsvilkår. Formålet er at styrke den fremtidige rekruttering til almen praksis.

Aftalepartierne er enige om at afsætte i alt 2 mio. kr. årligt i 2022-2024 til arbejdet. De konkrete analyser drøftes i regi af det kommende partnerskab om bedre lægedækning. Der er enighed om, at aftalepartierne drøfter analyseresultaterne i relation til udvikling af almen praksis, når disse foreligger.

Praksispligt og en styrket fordeling af læger på tværs af landet

Aftalepartierne er enige om at omlægge hoveduddannelsen i almen medicin, så uddannelseslægerne får en praksispligt på op til et halv år mere i almen praksis og tilsvarende mindre tid på sygehusene. Aftalepartierne er samtidig enige om at styrke fordelingen af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen til bl.a. lægedækningstruede områder samt at understøtte attraktive uddannelsesforløb i eksempelvis almen medicin, som bidrager til at tiltrække uddannelseslæger til områder med lægedækningsudfordringer. Aftalepartierne bakker derfor op om, at regeringen fremsætter et lovforslag, som skal give mulighed for fastsættelsen af kriterier for styrket fordeling af uddannelsesstillinger i speciallægeuddannelsen samt relevante bekendtgørelsesændringer.

Særlig indsats for flere læger til områder med lægemangel

Aftalepartierne er enige om at styrke regionernes muligheder for og redskaber til at sætte målrettet ind for at sikre flere læger i områder med lægemangel. Aftalepartierne er derfor enige om følgende nye initiativer. For det første skal regionerne have mulighed for i en tidsbegrænset periode og i visse områder med særligt store udfordringer med lægemangel at yde et særligt økonomisk tilskud. Dette kan fx være i form af et særligt honorar til praktiserende læger, som ansætter praksispersonale for at tage imod væsentligt flere patienter.

For det andet er aftalepartierne enige om at afsætte 3 mio. kr. i 2022, 6 mio. kr. om året i perioden 2023-2025 og 3 mio. kr. i 2026 til at understøtte etableringen af 10 nye licensklinikker i samarbejde med regionerne og de praktiserende læger i lægedækningstruede områder.

For det tredje er aftalepartierne enige om at smidiggøre lovgivningen om regionsklinikker ved, at regionerne i lægedækningstruede områder kan vælge enten at igangsætte udbud til private leverandører eller at oprette en regionsklinik, såfremt regionen allerede har udtømt de eksisterende muligheder inden for overenskomsten. Tidsbegrænsningen på seks år erstattes af et krav om, at ydernummeret vil skulle overdrages, såfremt der er en praktiserende læge, som ønsker at overtage behandlingen af patienterne inden for de muligheder, som findes i overenskomsten, herunder ved etablering af en licensklinik.

For det fjerde er aftalepartierne enige om, at der etableres et partnerskab omkring lægedækning, hvor parterne på området forpligtiges til at bidrage til bedre lægedækning og til at følge op på udviklingen i almen praksis i lægedækningstruede områder. Partnerskabet vil bestå af repræsentanter fra relevante organisationer, herunder bl.a. Sundhedsministeriet, Danske Regioner, KL, regionerne og lægelige organisationer, hvor bl.a. de Praktiserende Lægers Organisation deltager. Derudover er der enighed om, at der indgås lægedækningsaftaler mellem de enkelte regioner og Sundhedsministeriet om, hvordan lægedækningsudfordringer håndteres. Aftalepartierne er enige om at afsætte 0,5 mio. kr. i 2022 og 1,0 mio. kr. årligt fra 2023-2028 hertil.

Analyser af forskellige modeller for vagtlægeordningerne

Aftalepartierne er enige om, at der skal udarbejdes analyser af vagtlægeordningerne med henblik på at belyse potentiale for at frigøre lægetid og fremme rekruttering til almen praksis og dermed lægedækningen. Analyserne skal se på, hvordan de eksisterende modellers respektive organisering påvirker brugen og udbuddet af speciallægeressourcer i almen praksis. Analyserne skal også bidrage til at belyse fordele og ulemper ved de forskellige vagtlægeordninger i forhold til bl.a. hensigtsmæssig udnyttelse af lægefaglige ressourcer og sammenhæng til akutafdelingerne. De konkrete analyser drøftes i regi af partnerskabet for bedre lægedækning, hvor bl.a. de Praktiserende Lægers Organisation deltager. Aftalepartierne er enige om at afsætte 2 mio. kr. i 2022.

Data og digitalisering skal understøtte kvalitet og et fleksibelt og nært sundhedsvæsen

Bedre udnyttelse af data og digitale løsninger er en central del af omstillingen til et nært, fleksibelt og robust sundhedsvæsen med løbende kvalitetsudvikling. Let, smidig og sikker deling og adgang til sundhedsoplysninger under hensyn til gældende lovgivning og respekt for borgernes privatliv understøtter samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet og er en forudsætning for, at borgerne møder et sammenhængende patientforløb. Samtidig forbedrer deling af sundhedsdata muligheden for at hjælpe især sårbare borgere, fx borgere der lider af multisygdom, og som har vanskeligt ved at navigere i sundhedsvæsenet.

Bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen

Aftalepartierne er enige om, at bedre anvendelse af sundhedsdata er en forudsætning for at styrke behandlingen i det nære sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne og sundhedsmedarbejdere i kommuner, regioner og praksissektor skal have en større viden om, hvordan deres indsatser og behandlinger virker for deres population af borgere, så de kan forbedre indsatsen og øge kvaliteten for den enkelte borger. Med indsatsen vil kommuner fx kunne se effekten af deres genoptræningsforløb på aggregeret niveau ved at sammenligne med borgeres efterfølgende kontakt til sygehuse og almen praksis.

Partierne har derfor afsat 9,3 mio. kr. i 2023, 13,3 mio. kr. i 2024, 21,3 mio. kr. i 2025, 21,3 mio. kr. i 2026, 13,3 mio. kr. 2027, 13,3 mio. kr. i 2028 og 11,3 mio. kr. i 2029 og frem. Midlerne udmøntes overvejende til Sundhedsdatastyrelsens etablering og drift af nationale løsninger til indsamling, anvendelse og visning af lokale data fra kommuner og praksissektor. Heraf går 1,0 mio. kr. i 2023 og 2,0 mio. kr. årligt i 2024-2028 til kommunernes arbejde med datakvalitet som en forudsætning for indsatsen. Et bedre datagrundlag er en forudsætning for en dataunderstøttet national kvalitetsplan for mennesker med kronisk sygdomme og for sundhedsklyngernes arbejde med at sikre bedre sammenhæng.

Deling af data som en forudsætning for sammenhængende forløb

Let adgang til relevante sundhedsoplysninger for både borgere og sundhedspersonale understøtter bedre samarbejde på tværs af sygehus, kommune og praktiserende læger. Det kræver både konkrete digitale løsninger, og at det løbende sikres, at det rette juridiske grundlag er på plads i takt med udbredelsen af nye digitale løsninger

Den digitale løsning *Et Samlet Patientoverblik* vil sikre et godt og fyldestgørende overblik, som letter arbejdsgangene for sundhedspersonalet på sygehusene, i kommunerne, i almen praksis mfl., sikrer mere tid til den enkelte patient og fremmer gode, sammenhængende patientforløb, fordi det smidiggør sundhedspersonalets adgang til relevante oplysninger, når der er brug for dem i patientens behandlingsforløb.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 14 mio. kr. i 2023, 20 mio. kr. i 2024, 13 mio. kr. i 2025, 13 mio. kr. i 2026, 8 mio. kr. i 2027 og 8 mio. kr. i 2028 og frem til at styrke udviklingen af *Et Samlet Patientoverblik*. Med indsatsen udbygges den eksisterende infrastruktur for *Et Samlet Patientoverblik*, så det bliver muligt for parterne at udveksle oplysninger om patientens planer, som indeholder diagnoser, aktiviteter og mål. Med denne infrastruktur bygges fundamentet for deling af planer for både somatiske og psykiatriske patienter på tværs af sundhedsvæsenet bl.a. med henblik på at sikre bedre og mere sammenhængende patientbehandling. Som del af den aftalte indsats afprøves deling af planer på psykiatriområdet fx udskrivningsaftaler, forløbsplaner for patienter med KOL og diabetes fra almen praksis, diagnoser fra almen praksis og genoptræningsplaner, da det er oplysninger, som kommuner og regioner har udtrykt efterspørgsel efter.

Midlerne udmøntes overvejende til Sundhedsdatastyrelsens videreudvikling af de nationale løsninger. Initiativet indeholder midler til afprøvning af løsningerne sammen med regioner og kommuner, men der vil være lokale udgifter til kommuner, regioner og praksissektorens efterfølgende implementering af løsningerne i deres systemer, når de tilslutter sig. Derfor skal den konkrete udbygning aftales med kommuner og regioner, herunder rækkefølgen på afprøvning af løsningerne. Aftalepartierne vil primo 2023 blive orienteret om den konkrete proces for udvikling og implementering, herunder rækkefølgen på afprøvning af løsninger.

Aftalepartierne er også enige om på baggrund af allerede udarbejdede afdækninger at analysere fortsatte barrierer for, at flere relevante oplysninger kan deles smidigt og sikkert på tværs af kommuner, regioner og almen praksis i takt med, at de digitale løsninger videreudvikles. Der skal herunder ses på barrierer og muligheder for at dele oplysninger på tværs af forskellige lovgivninger som servicelov og sundhedslov. Arbejdet skal ske i tæt samarbejde med regioner og kommuner, så der tages udgangspunkt i de barrierer for datadeling, som opleves i sundhedsvæsenet, og så der blandt parterne opnås en større sikkerhed for anvendelse af reglerne i praksis. Det skal give borgerne tryghed for både, hvem der har adgang til deres sundhedsdata, og at oplysningerne deles.

Det er tidskrævende for både personale og forældre, at adgangen til journaloplysninger om børn i dag sker med håndtering og besvarelse af aktindsigt i børns oplysninger, og at børns prøvesvar i mange tilfælde skal oplyses over telefonen. Aftalepartierne er enige om efter inddragelse forud for høring vedrørende lovforslagets indhold at ændre sundhedsloven, så forældre får mulighed for at tilgå flere af deres børns sundhedsoplysninger digitalt, fx via sundhed.dk, indtil barnet fylder 15 år som er aldersgrænsen i sundhedsloven for, hvornår en patient har ret til aktindsigt og har ret til at give samtykke til patientbehandlingen. Samtidig skal det i lovarbejdet afklares, hvordan det kan sikres, at forældre ikke får adgang til deres børns oplysninger i de situationer, hvor det vil kunne medføre en uønsket risiko for barnet.

Forskning som grundlag for fremtidens patientbehandling

Aftalepartierne er enige om, at sundhedsforskning er afgørende for udviklingen af fremtidens patientbehandling. Derfor er partierne enige om, at rammerne for sundhedsforskning skal forbedres, herunder klinisk forskning og forskning i store datasæt, samt at der skal ske en styrkelse af patienters og forsøgsdeltageres information og selvbestemmelsesret i forbindelse med sundhedsforskning, hvor der indgår biologisk materiale og genetiske oplysninger.

I den forbindelse er det vigtigt, at lovgivningen følger med den teknologiske udvikling. Derfor ønsker aftalepartierne i efteråret 2022 at give lovgivningen et eftersyn med henblik på at muliggøre eksplorative studier og forskning i store datasæt samt mulighederne for at forske i realtidsdata.

Herudover ønsker aftalepartierne, at der udarbejdes ensartede fortolkninger af reglerne for sundhedsforskning. Derudover er det væsentligt, at det organisatoriske set up for godkendelse af forskningsprojekter og adgang til sundhedsdata, og herunder sagsbehandlingstiderne, er smidig og effektiv. Derfor er aftalepartierne enige om, at afsætte 4 mio. kr. i 2023 og 3 mio. kr. i 2024 til at afprøve en national analyseplatform og digitale ansøgningsprocesser for at muliggøre realiseringen af ambitionen i "Visionen for strategisk samarbejde om bedre brug af sundhedsdata", og herunder én indgang til sundhedsdata i samarbejde med de centrale parter på sundhedsdataområdet.

Hurtig og mere målrettet indsats i hele landet

Kvaliteten og effekten af den akutte behandling afhænger i mange tilfælde af, hvor hurtigt behandlingen opstartes. Det akutte beredskab er løbende blevet udbygget og opkvalificeret med flere ambulancer, akutbiler og akutlægehelikoptere. Men der er stadig geografisk forskel på, hvor hurtigt den akutte hjælp når frem. Aftalepartierne er enige om, at alle borgere skal kunne føles sig trygge ved, at hjælpen kommer hurtigt frem ved akut behov, uanset hvor i landet man bor.

Styrket akutindsats i hele landet

Aftalepartierne er enige om, at danskere skal kunne forvente hurtig og sammenhængende behandling af høj kvalitet – uanset hvor i landet, de er bosat. Partierne vil afsætte 23,5 mio. kr. i 2022 og 60 mio. kr. i 2023 og 65 mio. kr. årligt fra 2024 og frem i en pulje, hvor regionerne kan søge om varige midler til at styrke akutberedskabet med 5-10 ekstra ambulancer, akutlægebiler eller akutbiler, hvilket bl.a. omfatter mandskab, udstyr og køretøjer, i de dele af landet, hvor behovet er størst. Aftalepartierne vil blive orienteret om udmøntningen af de ekstra akutberedskaber. Puljen administreres af Sundhedsstyrelsen.

Hjertestartere og akutløbere

Den førstehjælp, som almindelige danskere yder, redder liv. Aftalepartierne er derfor enige om at afsætte 5 mio. kr. i 2022 til iværksættelse af en kampagne, der både skal sikre flere hjerteløbere og understøtte en bedre udbredelse og registrering af hjertestartere. I alle regioner er der etableret forskellige førstehjælpsordninger, hvor enten frivillige eller professionelle i lokalområdet tilkaldes og kan påbegynde førstehjælp, indtil ambulancen eller akutbilen kommer frem. Disse ordninger er livsreddende supplementer til det præhospitale beredskab. Det er desuden afgørende for at redde liv, at vagtcentralen ved, hvor hjertestarterne hænger og dermed kan sende hjerteløbere til den hjertestarter, der er tættest på. Der indgås et partnerskab med TrygFonden om udvikling af indsatsen og en bedre udbredelse af hjertestarterne, så hjælpen kan komme hurtigt frem, når der er akut brug for den.

Medarbejderen i centrum – tid til kerneopgaven gennem god ledelse, bedre organisering og smartere opgaveløsning

Aftalepartierne er enige om, at sundheds- og plejepersonalet er sundhedsvæsenets allervigtigste ressource. Uden tilstrækkeligt med personale er der ingen plads til god omsorg, pleje og behandling. Det kræver personale med både tid, rum og kompetencer til at løse kerneopgaven, og at arbejdet understøttes af god ledelse og planlægning. Samtidig er aftalepartierne enige om, at det er vigtigt, at rammerne for at udføre arbejdsopgaver er så fleksible som muligt, så de understøtter, at alle faggruppers kompetencer og faglighed kommer bedst muligt i brug. Det kræver både nytænkning og helt nye måder at løse kerneopgaven på.

Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet

Aftalepartierne er enige om at nedsætte en kommission, der skal komme med anbefalinger til løsninger, som kan håndtere de grundlæggende udfordringer i sundhedsvæsenet, så der sikres robusthed i opgaveløsningen og adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Det gælder også løsninger på længere sigt, hvor der bliver flere ældre og flere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser.

Kommissionen skal konkret komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres mere personale med mere tid til kerneopgaven. Det kan være gennem fx bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser, bedre overgang fra uddannelse til praksis og styrket fastholdelse i jobbet. Og det kan være gennem mere fleksibel anvendelse af personaleressourcer, øget tværfaglig løsning af opgaver og ved at skabe større arbejdsglæde og tillid, så der undgås fx udbrændthed blandt personale. Endelig skal kommissionen komme med anbefalinger til smartere opgaveløsning gennem systemer og teknologier, der nedbringer bureaukrati og giver mere tid og bedre rum til at løse kerneopgaven.

Dette indebærer, at kommissionen bl.a. skal se på:

- Hvordan bedre arbejdstilrettelæggelse og medindflydelse på eget arbejde kan mindske spidsbelastninger og samtidig sikre, at flere medarbejdere ønsker at arbejde på fuldtid, at flere deltager i vagtarbejde, og at flere medarbejdere får et langt arbejdsliv tæt på patient og borger.
- Nye organisationsformer, der bl.a. giver rum til kerneopgaven og styrker den tværfaglige opgaveløsning, fx ved organisering i mindre enheder, tværfaglig organisering, bedre vagtplanlægning og nye ledelsesformer, fx mindre ledelsesspænd, mere praksisnær faglig ledelse samt opgør med siloopdelt ledelse med mere tværfaglighed i ledelsen. Nye karriereveje, i bred forstand, der kan fastholde flere i klinisk eller patientnært arbejde længere, herunder erfarne kolleger, og eventuelle tiltag, der kan få endnu flere studerende til at tage klinisk eller patientnært arbejde ved siden af studierne.
- Bedre rekruttering til og tilrettelæggelse af grund- og videreuddannelser.
- Mulighederne for i højere grad at inddrage kortuddannede og andre personalegrupper end autoriserede sundhedspersoner i sundhedsfaglige kliniske opgaver, herunder også unge og ufaglærte, som måske senere ønsker at uddanne sig inden for sundhedsfagene.
- At vurdere muligheden for at autorisere eller på anden vis registrere social- og sundhedshjælpere, som har gennemført en uddannelse som social- og sundhedshjælper (hovedforløb) på en SOSU-skole, herunder ift. betydningen for patientsikkerhed, smidig arbejdstilrettelæggelse og fastholdelse af medarbejdere.
- Mulighederne for bedre brug af udenlandsk arbejdskraft samt hvordan geografiske forskelle kan reduceres, så der sikres adgang til uddannet og kompetent personale i hele landet. Arbejdet skal ses i sammenhæng med et særskilt analysearbejde om, hvordan autorisationsprocessen for sundhedspersoner fra tredjelande kan optimeres.

- Bedre anvendelse af kompetencer og diagnostisk udstyr på tværs af sektorer, fx røntgenundersøgelser tættere på borgerne.
- Mulighederne for bedre prioritering og målrettethed i visitationen, således at medarbejdernes tid bruges bedst til dem, der har mest behov.
- Rekruttering og fastholdelse i sundhedsvæsenet, herunder til uddannelserne, samt et arbejdsmiljø, der sikrer, at medarbejderne fastholdes i sundhedsvæsenet.

Kommissionen skal have fokus på et bredt spænd af personalegrupper på sundheds- og ældreområdet, herunder læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, social- og sundhedsmedarbejdere, bioanalytikere, psykologer, lægesekretærer, farmaceuter, farmakonomer, portører, servicemedarbejdere, ambulancereddere, paramedicinere m.v. Kommissionen skal også have fokus på faggrupper med specialiserede kompetencer, der forudsætter special- eller videreuddannelser. Kommissionen skal ikke forholde sig til løn-, ansættelses- eller andre overenskomstforhold.

Kommissionen skal samle væsentlige aktører på området, herunder relevante parter og interessenter, der har kendskab til og erfaring med sundhedsvæsenets drift. Kommissionen skal løbende komme med anbefalinger, hvor de første anbefalinger skal forelægges regeringen primo 2023 og afrapportere sine samlede anbefalinger senest ved udgangen af 2023. Kommissorium for kommissionen vil blive drøftet blandt aftalepartierne, ligesom aftalepartierne løbende vil blive inddraget i drøftelser om kommissionens anbefalinger.

Arbejdsgiverne inden for sundheds- og ældreområdet skal ikke vente på kommissionens arbejde, da der allerede nu kan sættes øget fokus på fastholdelse og rekrutteringen inden for det nuværende vidensgrundlag.

Der afsættes 4,5 mio. kr. i 2022 og 6,9. mio. kr. i 2023, bl.a. til vederlag til eksperter, eksterne analyser, sekretariatsbetjening af kommissionen mv.

Bedre anvendelse og udvikling af sundhedspersonalets kompetencer

Aftalepartierne er enige om allerede nu at give sygeplejerskerne mulighed for selvstændigt at udføre bestemte opgaver, som i dag er forbeholdt læger. Aftalepartierne vil også udvide jordemødrenes nuværende virksomhedsområde. Tiltagene skal ses som et skridt mod at sikre personale nok og mere tid til patienten gennem mere fleksibel brug af kompetencer. Tiltagene skal dermed ses i sammenhæng med kommissionens arbejde med fx at se på muligheder for mere fleksibel anvendelse af personaleressourcer og øget tværfaglig løsning af opgaver, der skal give mere tid og bedre rum for personalet til at løse kerneopgaven. Der afsættes 13,6 mio. kr. i 2023 og 10,3 mio. kr. i 2024, 9,4 mio. kr. årligt i 2025-2026 og 8,3 mio. kr. i 2027 og frem. Udgifterne dækker bl.a. over it-tilpasninger, autorisation og sundhedsfaglige tilsyn. Der vil også være udgifter forbundet med at give sygeplejersker øgede muligheder for at kunne vaccinere.

Aftalepartierne er enige om, at det er vigtigt at skabe nye karriereveje for social- og sundhedsassistenter. Det sker med afsæt i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for specialiseringsveje for social og sundhedsassistenter. I første omgang udvikles nye specialiseringsveje for social og sundhedsassistenter inden for områderne psykiatri og demens. Andre nye specialiseringsveje kunne være ift. børn, misbrug eller palliation. Sundhedsstyrelsens arbejde er finansieret af tidligere afsat bevilling på 0,3 mio. kr. i 2019 og 4 mio. kr. årligt frem til 2023.

Afdække patientklagesystemet

Hvis en patient oplever, at der er sket en fejl i behandlingsforløbet, er det Styrelsen for Patientklager, der sørger for, at patienten kan få en uvildig vurdering af, om der er grund til kritik af behandlingen. Der skal være fokus på afklaring og læring, når der er sket en fejl. Derfor er der igangsat en undersøgelse af, hvordan patientklagesystemet fungerer for sundhedspersoner og patienter. I undersøgelsen er der særligt fokus på, om der kan ske øget brug af dialogsamtaler og vejledning, så klagesagsbehandling undgås, men at læringen alligevel opnås. Det belyses også, om klagerne i højere grad kan behandles som forløbsklager frem for disciplinærnævnssager (sager om kritik af bestemte sundhedspersoner). Endelig skal det indgå, hvordan det samlede sundhedsvæsen i højere grad kan uddrage læring af sagerne. Undersøgelsen skal være færdig i 2023.

Mere lighed i sundhed

Sygdom rammer socialt skævt, og ulighed i sundhed starter tidligt i livet. I dag er der for mange børn og unge, som ikke trives. Mistrivsel og udvikling af overvægt kan hænge sammen og føre til både psykiske og fysiske sygdomme og ikke mindst sociale problemstillinger, som kan følge den enkelte ind i voksenlivet. Der mangler aktuelt viden om de komplekse udfordringer herunder den sociale slagside.

Aftalepartierne er enige om, at udviklingen skal vendes gennem mere viden om børn og unges trivsel. Det er vigtigt for det enkelte barn og for familierne.

Aftalepartierne er samtidig enige om, at mødet med sundhedsvæsenet ikke må forstærke den sociale ulighed i sundhed.

Udbygget ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til patienter med skizofreni

Aftaleparterne anerkender, at der er en udfordring med den strukturelle ulighed i sundhed, og at det er nødvendigt med et skærpet fokus på at bekæmpe denne ulighed. Både for at styrke forebyggelsen, for at forbedre folkesundheden generelt, men også for at sikre bedst mulig udnyttelse af ressourcer i sundhedsvæsenet. Det kræver en langsigtet indsats, herunder med fokus på særligt udsatte grupper. Som et første skridt er aftalepartierne enige om at se på mulighederne for at udbygge den nuværende ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til ikke-indlagte patienter med skizofreni. I dag har regionerne besluttet bl.a. at udlevere vederlagsfri, antipsykotisk medicin i en begrænset periode på ca. 2 år til ikke-indlagte patienter med skizofreni i starten af deres sygdomsforløb. Med en udbygget ordning sikres bedre muligheder for, at patienterne administrerer deres medicin i overensstemmelse med behandlingsplanen (compliance), hvilket både vil have positive effekter for patienterne, deres pårørende og samfundet som helhed.

Mange patienter oplever bivirkninger ved de anvendte præparater. Disse bivirkninger kan – særligt sammen med manglende sygdomsindsigt og dårlig økonomi - medføre, at patienterne fravælger medicinen, når patienten ikke længere er dækket af den nuværende vederlagsfri ordning, hvilket øger risikoen for tilbagefald og psykose.

Der afsættes 8,9 mio. kr. i 2023 og 20 mio. kr. i 2024 og frem til at udvide den økonomiske ramme for ordningen med vederlagsfri antipsykotisk medicin, så ikke-indlagte patienter med skizofreni sikres bedre muligheder for at følge medicineringen, samtidig med at risikoen for tilbagefald og genindlæggelser mindskes.

Rehabilitering for Parkinson, sclerose og hjerneskade

Neurologiske sygdomme som Parkinson, sclerose og hjerneskade kan have stor betydning for den enkeltes hverdag. Sygdommene kræver specialiseret behandling, rehabilitering og opfølgning, der sikrer, at patienterne får de bedst mulige forudsætninger for at leve med deres sygdom. Aftalepartierne er enige om i alt at afsætte 3 mio. kr. i 2022 og 21,5 mio. kr. i 2023 til specialiseret rehabiliteringstilbud for Parkinson, sclerose og hjerneskade.

Parkinson kan ikke helbredes, men sygdomsudviklingen kan forhales, og specialiseret rehabilitering kan udsætte en nedsættelse af funktionsevnen og dermed øge patientens livskvalitet. Bevillingen til det eksisterende rehabiliteringstilbud for mennesker med Parkinson, der er det eneste rehabiliteringstilbud for personer med Parkinson i Danmark, udløber ved udgangen af 2022. Indsatsen er til gavn for patienter og pårørende og bidrager samtidig til at reducere samfundets udgifter til pleje- og omsorgsopgaver ved at understøtte, at patienten kan blive længst muligt i job og i eget hjem.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 10 mio. kr. i 2023 til rehabiliteringstilbud for parkinsonpatienter, så der fortsat kan tilbydes rehabilitering til det stigende antal parkinsonpatienter.

Antallet af sclerosepatienter er ligeledes stigende, og i Danmark lever over 16.500 mennesker med multipel sclerose. I takt med et stigende antal sclerosepatienter er efterspørgslen på specialiserede rehabiliterings- og behandlingsforløb, som tilbydes på landets to sclerosehospitaler i Haslev og Ry, også stigende. Indsatsen på Sclerosehospitalerne skal bidrage til, at scleroseramte får lettere ved at klare hverdagen med sclerose. Under indlæggelse på et sclerosehospital er der blandt andet fokus på at træne fysiske og kognitive færdigheder samt på at styrke trivsel og livskvalitet.

Aftalepartierne er enige om at afsætte 11,5 mio. kr. i 2023 for at opretholde aktivitetsniveau og nødvendig kapacitet på Sclerosehospitalerne ved at sikre hospitalernes finansiering efter udløb af den nuværende merbevilling i 2022.

Der er enighed blandt aftalepartierne om, at yderligere bevillinger til hhv. rehabiliteringstilbud for parkinsonpatienter og Sclerosehospitalerne fra 2024 og frem vil afhænge af de politiske prioriteringer i de kommende forhandlinger om finansloven for 2023.

Center for Hjerneskade er i dag højt specialiseret inden for medfødte og erhvervede hjerneskader, hjernerystelser, udviklingsforstyrrelser og kognitive vanskeligheder hos alle aldre. Centret har som følge af COVID-19 behov for en ekstraordinær bevilling for at stabilisere økonomien og sikre en holdbar drift fremover.

Aftalepartierne er derfor enige om, at Center for Hjerneskade tildeles en ekstraordinær engangsbevilling ved at hæve fritvalgsrammen med 3 mio. kr. i 2022. Derved kan antallet af genoptræningsforløb øges ligesom centerets unikke viden om neurorehabilitering, der anvendes i opkvalificering af tilbud over hele landet via undervisning, supervision og forskning, kan bevares fremover.

Mere viden om børns sundhed og trivsel

Børns trivsel er udfordret, og mange mistrives desværre. Negativ kropsopfattelse og stigmatisering af børn med overvægt skaber både mistrivsel i sig selv og udfordrer indsatsen for at forbedre sundheden og rette op på den markante ulighed i bl.a. vægt, som forstærker uligheden i sundhed ind i voksenlivet. De kausale forhold mellem trivsel og vægt er ikke tilstrækkeligt afdækket. Der er derfor et stort behov for mere viden om årsagerne til udviklingen, og hvilke indsatser der kan overkomme stigmatiseringen og bidrage til flere børneliv i balance.

Aftalepartierne er derfor enige om at prioritere en bevilling på 10 mio. kr. årligt 2023-2032 til mere viden om sundhed og trivsel. Midlerne skal medfinansiere Center for Sundt Liv og Trivsel, som bl.a. bygger videre på det brede samarbejde i Alliancen for Børnevægt i Balance. Center for Sundt Liv og Trivsel skal være et fagligt uafhængigt, specialiseret videns- og kompetencecenter, hvis primære formål er forskning og at tilvejebringe ny viden, herunder bl.a. evidens om hvilke indsatser der effektivt kan fremme trivsel, være afstigmatiserende og forebygge en vægtudvikling, som truer den enkeltes psykiske eller fysiske sundhed. Centerets arbejde vil involvere uafhængige faglige eksperter. Novo Nordisk Fonden har til hensigt at bevilge omtrent 1 mia. kr. over 10 år (2023-2032) til centeret.

Målrettet indsats til sårbare familier fra sundhedsplejersken

Aftalepartierne er enige om at udbrede en model for niveauinddeling i sundhedsplejen, som tidligere har været afprøvet med et stort satspuljeprojekt i 16 kommuner. Formålet med modellen er at reducere ulighed i sundhed og forebygge negativ social arv ved at give sundhedsplejerskerne redskaber til at målrette indsatsen over for familier og give ekstra støtte til dem, som har brug for det. Der afsættes 1,5 mio. kr. i

2023, og 2,5 mio. kr. årligt i 2024-2026 til arbejdet i Sundhedsstyrelsen med at udbrede redskaberne i kommunerne gennem bl.a. rådgivning og aktiviteter, som fx rejsehold til at understøtte den lokale implementering af metoden. Halvdelen af midlerne afsættes til frikøb i kommunerne, så sundhedsplejerskerne oplæres i metoden. Sundhedsstyrelsen vil på den baggrund opdatere "Vejledningen om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge", og sikre at den er i overensstemmelse med seneste faglige viden.

Bekæmpelse af ulighed i kræft

Den danske kræftbehandling kan måle sig med de bedste i verden. Men statistikken viser, at chancen for at overleve en kræftdiagnose er bedre, hvis du er blandt de mest velstillede i samfundet. Samtidig kan fire ud af ti kræfttilfælde forebygges. Aftalepartierne er enige om at iværksætte et fagligt arbejde med at kortlægge indsatsområder og mulige tiltag med fokus på ulighed i kræft, herunder eksempelvis se på tidlig opsporing og diagnostik af alvorlig sygdom såsom kræft, senfølgeindsatser, rehabilitering og palliation, ligesom det er vigtigt at se på strukturelle tiltag for mindre geografisk og kønnet ulighed. Arbejdet forankres i Sundhedsstyrelsen. Arbejdet skal være en trædesten for at sætte fokus på ulighed i andre sygdomme, herunder fx hjerte-karsygdomme, lungesygdomme og diabetes.

De lovgivningsmæssige rammer for folkesundheden

Aftalepartierne er enige om, at der på baggrund af erfaringerne med de øvrige initiativer på forebyggelsesområdet skal foretages en vurdering af, hvordan lovgivningen fremadrettet bedst understøtter en bred indsats for folkesundheden. Der skal bl.a. ses på erfaringerne fra andre lande, som fx Norge, og hvordan data bedre kan anvendes til viden om befolkningens sundhed, så der kan sættes målrettet ind. Vurderingen skal ske i dialog med en bred vifte af aktører.

Globale og sektoroverskridende sundhedstrusler

Antibiotikaresistens er en af nutidens største sundhedstrusler. Konsekvenser af klimaforandringer betyder, at nogle infektionssygdomme udbredes i nye områder på verdenskortet. Uden handling stiger risikoen for, at infektion, som kunne være bekæmpet med antibiotika, slår mennesker ihjel. Antibiotikaresistens er en grænseoverskridende trussel. Det kræver handling på internationalt niveau her og nu.

International Centre for Antimicrobial Resistance Solutions (ICARS) er en selvejende institution, som hjælper lande med at udvikle omkostningseffektive og implementerbare løsninger mod antibiotikaresistens og understøtter at viden bliver til handling. ICARS arbejder bl.a. ved at lave partnerskabsaftaler med enkelte lande og bygger bro mellem de nyeste løsninger og nationale forandringer. Fokus er særligt på lav- og mellemindkomstlande, hvor antibiotikaresistens er særligt udbredt. Truslen fra antibiotika gør sig gældende i og op tværs af både human-, veterinær-, og miljøsektoren, og derfor fokuserer ICARS på alle tre sektorer i et "One Health" perspektiv. ICARS forventes inden for det næste år at indgå to til tre nye internationale partnerskaber med lande i samarbejde med Sundhedsministeriet og Udenrigsministeriet.

Der er på finanslove afsat 390 mio. kr. i årene 2019-2026 til arbejdet, og der blev afsat 6 mio. i 2019 og 34 mio. i 2020. Aftalepartierne er enige i, at Danmark forsat skal gå forrest i kampen mod antibiotikaresistens.

Derudover skal sundhedsvæsenet fortsat bidrage til kampen mod klimaforandringer. Regionerne har sat en målsætning om at reducere CO2-udledningen fra bygningsdrift og optimeret transport med 75 pct. i 2030 i forhold til 2018. Men vi kender ikke alle løsningerne. Derfor skal der ske en fortsat indsats for nye løsninger, der sikrer, at sundhedsvæsenets CO2-aftryk reduceres. Regeringen vil invitere regionerne til drøftelser om regionernes CO2-aftryk, og hvordan reduktioner af sundhedsvæsenets CO2-udledninger konkret realiseres.

Økonomi

Tabel 1
Oversigt over finansiering af initiativer i udspil til sundhedsreform

Mio. kr.	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2022-2029
Reserve til Land, By og Sundhed	100,0	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0	300,0	2.200,0
Afgifter på nikotinprodukter	0,0	97,0	83,0	78,0	78,0	78,0	78,0	78,0	570,0
Afvikling af IKAS	4,3	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	65,2
I alt – driftsfinansiering	**104,3**	**405,7**	**391,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**2.835,2**
Investeringsramme til anlæg*	-	Op til 4 mia. i 2023-2028						-	4.000,0
Heraf videreført pulje til læge- og sundhedshuse (FL16)	-	*425,6*						-	*425,6*

Anm.: *Puljen udmøntes i perioden 2023-2028. Som konsekvens heraf bortfalder opsparede midler på § 16.51.87. Pulje til læge- og sundhedshuse.
Kilde: Sundhedsministeriet

Tabel 2
Oversigt over udgifter initiativer i sundhedsreformen

Mio. kr.	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2022-2029
Omstilling til det nære sundhedsvæsen	**60,8**	**247,0**	**238,6**	**238,5**	**241,5**	**261,1**	**261,1**	**264,1**	**1.812,7**
Adgang til kommunale sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet gennem implementering af national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen	10,8	11,0	10,0	8,7	8,7	8,7	8,7	8,7	74,3
Kvalitetspakker målrettet patientrettet forebyggelse for borgere med kroniske sygdomme	-	102,9	103,6	104,8	107,8	127,4	127,4	130,4	804,3
Kvalitetspakker målrettet kommunale akutfunktioner	50,0	125,0	125,0	125,0	125,0	125,0	125,0	125,0	925,0
Nærhospitaler til behandling tættere på patientens hjem*	-	Op til 4,0 mia. kr. i 2023-2028						-	-
*Heraf delramme vedr. it, teknologi og udstyr til hjemmebehandling og sammenhæng mellem sektorer**	-	*500 mio. kr.*						-	-
Vision om mere behandling i eget hjem med digitale løsninger	-	8,1	-	-	-	-	-	-	8,1
Patientansvarlig læge eller anden sundhedsperson	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Apotekernes rolle i det nære sundhedsvæsen og adgang til lægemidler	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Flere læger til almen praksis og bedre lægedækning	**7,5**	**9,0**	**9,0**	**7,0**	**4,0**	**1,0**	**1,0**	**0,0**	**38,5**
Mål om mindst 6.500 speciallæger i almen medicin i 2035	2,0	2,0	2,0	-	-	-	-	-	6,0
Praksispligt og en styrket fordeling af læger på tværs af landet	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Særlig indsats for flere læger til områder med lægemangel	3,5	7,0	7,0	7,0	4,0	1,0	1,0	-	30,5
Analyser af forskellige modeller for vagtlægeordningerne	2,0	-	-	-	-	-	-	-	2,0
Data og digitalisering skal understøtte kvalitet og et fleksibelt og nært sundhedsvæsen	**0,0**	**27,3**	**36,3**	**34,3**	**34,3**	**21,3**	**21,3**	**19,3**	**194,1**
Bedre brug af data til kvalitetsudvikling af indsatser i det nære sundhedsvæsen	-	9,3	13,3	21,3	21,3	13,3	13,3	11,3	103,1

Deling af data som en forudsætning for sammenhængende forløb	-	14,0	20,0	13,0	13,0	8,0	8,0	8,0	84,0
Forskning som grundlag for fremtidens patientbehandling	-	4,0	3,0	-	-	-	-	-	7,0
Hurtig og mere målrettet indsats i hele landet	**28,5**	**60,0**	**65,0**	**65,0**	**65,0**	**65,0**	**65,0**	**65,0**	**478,8**
Styrket akutindsats i hele landet	23,5	60,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	65,0	473,5
Hjertestartere og akutløbere	5,0	-	-	-	-	-	-	-	5,0
Medarbejderen i centrum – tid til kerneopgaven gennem god ledelse, bedre organisering og smartere opgaveløsning	**4,5**	**20,5**	**10,3**	**9,4**	**9,4**	**8,3**	**8,3**	**8,3**	**79,0**
Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet	4,5	6,9	-	-	-	-	-	-	11,4
Bedre anvendelse og udvikling af sundhedspersonalets kompetencer	-	13,6	10,3	9,4	9,4	8,3	8,3	8,3	67,6
Afdække patientklagesystemet	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mere lighed i sundhed	**3,0**	**41,9**	**32,5**	**32,5**	**32,5**	**30,0**	**30,0**	**30,0**	**232,4**
Udbygget ordning med vederlagsfri antipsykotisk medicin til patienter med skitzofreni	-	8,9	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	128,9
Rehabilitering for parkinson, sclerose og hjerneskade	3,0	21,5	-	-	-	-	-	-	24,5
Mere viden om børns sundhed og trivsel	-	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0**	70,0
Målrettet indsats til sårbare familier fra sundhedsplejersken	-	1,5	2,5	2,5	2,5	-	-	-	9,0
Bekæmpelse af ulighed i kræft	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
De lovgivningsmæssige rammer for folkesundheden	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Hovedtotal (drift)	**104,3**	**405,7**	**391,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**386,7**	**2.835,2**

Anm.: 2029-niveauet udgør det varige niveau. *Udmøntes som en pulje i perioden 2023-2028. **Beløb afsat til og med 2032.

Kilde: Sundhedsministeriet.

Opfølgning og implementering

Aftalepartierne er enige om, at det er afgørende, at reformen implementeres og omsættes til konkrete løsninger til gavn for borgerne. Det forudsætter inddragelse af og faglig forankring hos de centrale aktører i sundhedsvæsenet. Samtidig skal omstillingen til et mere sammenhængende, nært og stærk sundhedsvæsen følges tæt gennem en række målsætninger og udvalgte indikatorer.

Målsætninger

Aftalen skal overordnet bidrage til at sikre, at færre borgere skal opleve at blive indlagt eller genindlagt, når det kunne have været forebygget. Derfor er aftalepartierne enige om, at andelen af akutte genindlæggelser skal nedbringes med 5 procent i 2026, 10 procent i 2030 og 15 procent i 2035.

Derudover skal aftalen bidrage til at sikre, at:

- Flere borgere modtager en indsats tæt på eller i eget hjem frem for på sygehusene. Derfor skal antallet af sygehusforløb per borger samt sygehusaktivitet per borger med KOL og/eller type 2 diabetes falde.
- Adgangen til sygehusbehandling skal være bedre og mere fleksibel ved mulighed for digitale løsninger. Derfor skal andelen af virtuelle sygehusforløb af de samlede antal sygehusforløb stige.
- Der skal være bedre lægedækning i lægedækningstruede områder.
- En større andel af sundhedspersonalet ønsker at blive i faget og arbejde på fuld tid i det offentlige sundhedsvæsen.

Grundlaget for vurderingen af målene vil blive fastsat under hensynstagen til afvigelser som følge af coronapandemien. Arbejdet med målsætningerne drøftes løbende med aftalepartierne. Tallene offentliggøres så vidt muligt mindst en gang årligt på national, regionalt og kommunalt niveau.

Implementering

Aftalepartierne er enige om, at inddragelse af de centrale aktører i sundhedsvæsenet er en forudsætning for faglig forankring og implementering. Derfor vil Danske Regioner og KL have en væsentlig rolle i implementeringen, og set up for opfølgning vil blive drøftet med parterne. Det skal understøtte implementering og den faglig forankring af tiltagene i sundhedsreformen. Der vil være fokus på tiltag, der skal sikre omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen med styrket kvalitet, herunder kvalitetsplan, sundhedsklynger, nærhospitaler samt dataudvikling og tiltagenes indbyrdes sammenhæng. I forlængelse her af vil regeringen sammen med KL, Danske Regioner, PLO og relevante patientorganisationer og faglige organisationer følge omstillingen til det nære sundhedsvæsen, der skal sikre en ændret opgavefordeling mellem kommuner, almen praksis og sygehuse.

Midlerne i aftalen til regioner og kommuner vil blive udmøntet i en aftale med Danske Regioner og KL.

Der nedsættes en politisk følgegruppe bestående af aftalepartierne, som skal følge og drøfte implementeringen af reformen, herunder med særligt fokus på implementering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. nærhospitaler, hvor aftalepartierne har invitationsret til forhandlinger om anvendelse af eventuel overskydende midler efter udmøntning af midler til etablering af nærhospitaler, og Kommissionen for robusthed, hvor kommissoriet vil blive drøftet blandt aftalepartierne, og hvor aftalepartierne løbende vil blive inddraget i drøftelser om kommissionens anbefalinger. Der vil i den politiske følgegruppe være drøftelse og dialog med centrale aktører, herunder KL, Danske Regioner, PLO og relevante patientorganisationer og faglige organisationer.

Aftalens karakter

Aftalen har karakter af en stemmeaftale. Aftalepartierne skal inddrages i udarbejdelsen af de lovforslag, som aftalen indebærer, forud for ekstern høring.

Ad. dagordenspunkt 4: Opslag af PKL-stillinger til besættelse i 2023
Sagsfremstilling:
I 2023 er der i alt 8 lektorater, der som udgangspunkt skal i opslag. Det drejer sig om,

Tiltrædelse pr. 1. april 2023

- Akutmedicin – aktuelle periode udløber den 31. marts 2023
- Arbejdsmedicin – aktuelle periode udløber den 31. marts 2023
- B & U Psykiatri – aktuelle periode udløber den 31. marts 2023
- Klinisk Farmakologi – aktuelle periode udløber den 31. marts 2023
- Klinisk Immunologi – er aktuelt besat for 11 mdr. indtil den 31. marts 2023.
- Klinisk Mikrobiologi – aktuelle periode udløber den 31. marts 2023
- Patologisk Anatomi - aktuelle periode udløber den 31. marts 2023

Tiltrædelse pr. 1. oktober 2021

- Psykiatri - aktuelle periode udløber den 30. september 2023

Der stiles som vanligt mod op til 5-årige ansættelser.

Ansættelsesudvalget bestod sidst af Doris Østergaard, Rasmus Møgelvang, Rikke Borre Jacobsen, Kasper Gasbjerg / Jean strandlod og Lise Møller.

Indstilling:
Det indstilles, at Det Regionale Råd tager den generelle orientering vedr. ledige PKL-stillinger til efterretning og lader Sekretariatet aftale tidsplan for opslag med KU.
Rådet bedes endvidere tage stilling til om der skal ændres på sammensætning af ansættelsesudvalg.

Bilag:
Bilag 03.01 Aktuelt ansatte lektorer

PKL-lektorer Region Øst

NAVN	ARB.STED	LEKTORSPECIALE	email
Doris Østergaard	CAMES, Herlev Hospital	Professor	Doris.oestergaard@regionh.dk
Gerhard Twald	akut medicinsk afd. Holbæk	Akutmedicin	gti@regionsjaelland.dk
Gunver Lillevang	Lægerne Algade 41, Roskilde	Almen medicin	gunver@dadlnet.dk
Connie Dydensborg	Lægerne i Ølstykke	Almen medicin	connie@dydensborg.dk
Helle Thy Østergaard	Anæstesiologisk Afdeling, Herlev Hospital	Anæstesiologi	Helle.Thy.OEstergaard@regionh.dk
Rikke Borre Jakobsen	HOC anæstesiafdleing, RH	Anæstesiologi	rikke.borre.jakobsen@regionh.dk
Ann Isabel Kryger	Arbejdsmedicinsk Klinik, BBH	Arbejdsmedicin	Ann.Isabel.Kryger@regionh.dk
Janne Wilmar	Børne og ungdomspsykiatri reg, Sjælland	B&U Psykiatri	jwv@regionsjaelland.dk
Ulrikke Lei	Hud- og Allergiafdeling, Gentofte/Herlev Hospital	Dermatologi	Ulrikke.Lei@regionh.dk
Åse Klemmensen	Juliane Marie Centret (gyn.-obst. afd.), RH Blegdamsvej	Gynækologi & Obstetrik	Aase.Kathrine.Klemmensen@regionh.dk
Flemming Steen Nielsen	Medicinsk Afdeling O, Herlev/Gentofte Hospital	IM: Endokrinologi	Flemming.steen.nielsen@regionh.dk
Trine Boysen	Gastroenheden (medicinsk del), Hvidovre Hospital	IM: Gastroenterologi & Hepatologi	trine.boysen@regionh.dk
Ellen Holm	Geriatrisk Afdeling, SUH Køge	IM: Geriatri	ellh@regionsjaelland.dk
Mikkel Helleberg Dorff	Hæmatologisk Afd., Sjællands Universitetsospital Roskilde	IM: Hæmatologi	mihd@regionsjaelland.dk
Ole Kirk	Infektionsmedicinsk Klinik , RH	IM: Infektionsmedicin	oki@cphiv.dk
Jørn Carlsen	Hjertemedicinsk Afdeling, RH	IM: Kardiologi	Joern.Carlsen@regionh.dk
Julie Janner	Lungemedicinsk afd. HVH	IM: Lungemedicin	julie.janner@regionh.dk
Lena Merete Helbo Taasti	Nefrologisk afdeling, NOH	IM: Nefrologi	lena.merete.helbo.taasti@regionh.dk
Tommy Frisgaard Øhlenschlæger	Afdeling M, M81, Bispebjerg Hospital	IM: Reumatologi	Tommy.Frisgaard.Oehlenschlaeger.01@regionh.dk
Jonas Eiberg	Karkirurgisk Klinik, RH	Karkirurgi	Jonas.Eiberg@regionh.dk
Kim Holck	ortopædkirurgisk afde. Amager-Hvidovre Hospital	KBU	Kim.Holck@regionh.dk
Randi Beier-Holgersen	Gastroenheden (kirurgisk del), Hillerød Hospital	Kirurgi	Randi.Beier-Holgersen@regionh.dk
Emil Daniel Bartels	Klinisk Biokemisk Afdeling KB 41-1-1, RH	Klinisk Biokemi	Emil.Daniel.Bartels@regionh.dk
Mikkel Bring Christensen	Klinisk Farmakologisk Afdeling, BBH	Klinisk Farmakologi	mikkel.bring.christensen.01@regionh.dk
Lars Thorbjørn Jensen	Klinisk Fysiologisk Afd., Herlev Hospital	Klinisk Fysiologi & Nuklearmed.	lars.thorbjoern.jensen@regionh.dk
Elsebet Østergaard	Klinisk Genetisk Afdeling, RH	Klinisk Genetik	Elsebet.Oestergaard.01@regionh.dk
Lene Holm Harritshøj	Klinisk Immunologisk Afdeling, RH	Klinisk Immunologi	Lene.Holm.Harritshoej@regionh.dk
Barbara Holtzknecht	klinisk mikrobiologisk afd. Herlev Hospital	Klinisk Mikrobiologi	barbara.juliane.holzknecht@regionh.dk
Trine Jakobi	Onkologisk Afdeling, RH	Klinisk Onkologi	trine.jakobi.noettrup@regionh.dk
Tanja Weble	Onkologisk Afdeling, SUH	Klinisk Onkologi	tcw@regionsjaelland.dk
Per Rochat	Nerokirugisk Afdeling, RH	Neurokirugi	per.bjoernstad.rochat@regionh.dk
Anne-Mette Hejl	Neurologisk Afdeling, BBH	Neurologi	anne-mette.hejl.01@regionh.dk
Peter Bjerre Toft	Oftalmologisk Afdeling, RH	Oftalmologi	Peter.Bjerre.Toft@regionh.dk
Andreas Balslev-Clausen	Ortopædkirurgisk Afdeling, HVH	Ortopædkirurgi	Andreas.Peter.Balslev-Clausen@regionh.dk
Trine L Plesner	Patologisk afd. RH	Patologisk Anatomi	trine.lindhardt.plesner@regionh.dk
Jørgen Hesselfeldt	Plastikkir. Afd., Sjællands Universitetsospital Roskilde	Plastikkirurgi	jhe@regionsjaelland.dk
Sidse Arnfred	Psykiatrien Vest, Region Sjælland	Psykiatri	sidar@regionsjaelland.dk
Kirsten Holm	Pædiatrisk Afdeling, Hillerød	Pædiatri	Kirsten.Holm.02@regionh.dk
Elisabeth Albrecht-Beste	Radiologisk Afdeling, RH	Radiologi	Elisabeth.Albrecht-Beste@regionh.dk
Mette Nolde Malling	Sygehusledelsen, Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	Samfundsmedicin	Mette.Malling@krfo.dk
Rikke Bølling	Urologisk Afdeling, Frederiksberg Afsnit	Urologi	Rikke.Boelling.Hansen@regionh.dk
Jacob Melchior	Øre-næse halsafdelingen RH,	ØNH	jacob.melchiors@regionh.dk
Merete Christensen	Afdeling for Hjerte- og Lungekirurgi, RH	Thoraxkirurgi	Merete.Christensen.02@regionh.dk

Ad. dagsordenspunkt 5: Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd

Sagsfremstilling:

Dette punkt er udsat fra sidste møde.

Baggrunden for dette forslag er, at Region Sjælland oplever en ubalance i uddannelsesrådene, som gør, at Region Sjælland ikke i samme grad som Region Hovedstaden kan få sine ønsker igennem. Nogle medlemmer føler, der ikke er lydhørhed for deres synspunkter. Det er er ønske, at afdelinger, der aktuelt ikke indgår i speciallægeuddannelsen, også skal kunne tilbydes en plads i uddannelsesrådene. Herudover ønskes det også vurderet hvilke kriterier, der skal lægges til grund for, om afdelinger kan indgå i den lægelige videreuddannelse.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at Rådet drøfter forslag til nyt kommissorium mhp. udarbejdelse af endelig udgave.

Bilag:

Bilag 05.01 Forslag til kommissorium for uddannelsesråd

Bilag 05.02 Nuværende kommissorium for uddannelsesråd

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HRU, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE ØST
GENTOFTE HOSPITAL
KILDEGAARDSVEJ 28, OPGANG 3A
2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 9930
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

SAGSBEH.: Lise Møller
DIREKTE TLF.: 38 66 99 31
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk

SAGSNR.: 22002546-xx
ARKIV NR.: 02.04.04
DERES J. NR./REF.:
DATO: xx.xx.2022

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

FORMÅL:

- Sikre en kvalificeret faglig rådgivning af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST således at Rådet kan varetage de opgaver det er tildelt i henhold til bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger (BEK nr. 1706 af 20. december 2006)
- Medvirke til at sikre den lokale implementering af specielt de klinisk pædagogiske tiltag med relation til Klinisk Basisuddannelse - og speciallægeuddannelse.

OPGAVER:

- Uddannelsesrådet er rådgivende over for Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST indenfor generelle spørgsmål vedrørende den lægelige videreuddannelse inden for specialet inkl. fællesdelen både i relation til Klinisk Basis- som speciallægeuddannelse. Det er primært den postgraduate kliniske lektor der forestår rådgivning vedr. personsager. Principielle spørgsmål afledt af konkrete personsager behandles i uddannelsesrådet.

- Uddannelsesrådet rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedrørende planlægning og gennemførelse af speciallægeuddannelsen inden for specialet. Ved udarbejdelse af indstillinger vedr. sammensætning og placering af uddannelsesforløb skal indstillingen overordnet forholde sig til de formelle rammer angivet i målbeskrivelsen, uddannelsesafdelingernes struktur og funktion, de enkelte afdelingers patientunderlag samt særlige forhold vedr. økonomi. Indstillingen bør belyse,
    - Løser afdelingen opgaver på relevant niveau
    - Volumen af nødvendige procedurer/patientgrupper i forhold til både antallet af uddannelseslæger og de kompetencer, der skal opnås
    - Antal uddannelsesgivende i forhold til antal uddannelsessøgende
    - Sammensætning og totalt antal uddannelseslæger (flere niveauer/specialer kontra et niveau/eget speciale)
    - Vurdering af om antallet af uddannelseslæger giver forringede muligheder for vedligeholdelse af speciallægernes kompetencer
    - Uddannelsesmiljøet – er uddannelsesstrukturen velfungerende samt, er der kvalificerede og dedikerede vejledere
    - Vurdering af balancen mellem uddannelse og drift herunder særlige økonomiske udfordringer

- Uddannelsesrådene medvirker til den løbende revision af uddannelsesprogrammer, og deltager i den lokale implementering af nye undervisnings-, lærings- og evalueringsmetoder.

- Uddannelsesrådene rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedr. løbende justeringer af uddannelsesforløbene i relation til strukturændringerne i sundhedsvæsenet samt iht. beslutninger taget af Det Regionale Råd.

- Uddannelsesrådene behandler Inspektorordningens evalueringer af de uddannelsesgivende enheder indenfor specialet, rådgiver i videst muligt omfang Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST og følger i samarbejde med Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST op på de beslutninger der træffes i konkrete sager.

- Uddannelsesrådet følger løbende videreuddannelsens kvalitet på baggrund af den postgraduate lektors afdelingsbesøg, inspektorrapporter, henvendelser fra uddannelseslæger samt overvågning af de uddannelsesgivende enheders evalueringer. Resultatet af uddannelsesrådenes opfølgning og de deraf følgende anbefalinger overgives til Det Regionale Råd.

UDDANNELSESRÅDETS SAMMENSÆTNING:

Uddannelsesrådet sammensættes af:

- Den postgraduate kliniske lektor i specialet.

- 1 repræsentant (normalt en uddannelsesansvarlig overlæge) fra hver af de potentielt uddannelsesgivende afdelinger/institutioner i specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Repræsentanter indmeldes af den enkelte region og/eller den enkelte afdeling. Hvis en afdeling har flere matrikler og disse er selvstændige uddannelsesgivende enheder, kan hver matrikel udpege en repræsentant.

- 2 repræsentanter for de uddannelsessøgende i specialet og ansat i regionen. Yngre lægemedlemsgruppen/-fraktionen i specialeselskabet udpeger det ene medlem og Yngre Læger det andet medlem.

I Retsmedicin desuden
- 1 repræsentant for Retsmedicinsk Institut
- 1 repræsentant for Københavns Universitet

I specialer hvor speciallægepraksis indgår i hoveduddannelsen desuden:

- Et medlem med hovedvirke i speciallægepraksis indenfor specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Medlemmet indstilles af specialeselskabet.

For Almen Medicin gælder:

- Rådet sammensættes af de postgraduate kliniske lektorer, fire repræsentanter for AMU/PRKL i Region Hovedstaden, tre repræsentanter for PUK i Region Sjælland samt i alt to DYNA-MU'er/yngre læger under uddannelse i specialet – én fra henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

For KBU gælder:

- Rådet sammensættes af den postgraduate kliniske lektor samt postgraduate lektorer i de specialer, der tilbyder KBU samt to yngre læger – én fra hver region - udpeget af Yngre Læger i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Formanden for uddannelsesrådet er den postgraduate klinisk lektor. I specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor er det lektoren med den højeste ansættelsesgrad, der er formand. For de specialer hvor der ikke er ansat en postgraduat klinisk lektor vælges formanden blandt uddannelsesrådets medlemmer.

UDDANNELSESRÅDETS MØDER:

Uddannelsesrådet fastsætter selv sin mødeplan, men mødes minimum én og normalt højest fire gange årligt. Herudover anbefales det, at uddannelsesrådet én gang årligt mødes med læger ansat i hoveduddannelse i specialet. Dette gælder dog ikke for almen medicin samt for KBU.
For enkelte specialer – for eksempel specialer med uddannelsesforløb på tværs af videreuddannelsesregioner eller med meget få uddannelsesforløb – kan der afholdes et landsdækkende koordinerende møde ca. en gang årligt.

For uddannelsesrådet i Almen Medicin er det aftalt, at den samlede årlige mødeaktivitet til de fire ordinære møder højst udgør 20 timer.

Indkaldelse sker normalt med mindst 14 dages varsel. Dagsorden og materiale til mødet tilsendes uddannelsesrådets medlemmer senest en uge inden mødet via e-mail.

Ekstraordinære møder kan indkaldes af formanden eller hvis mere end halvdelen af uddannelsesrådets medlemmer anmoder herom.

Uddannelsesrådet er kun beslutningsdygtigt når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede.

Til gyldig beslutning kræves simpelt flertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Ved indstillinger afgivet af uddannelsesrådet kan ethvert medlem forlange sin afvigende holdning tilført indstillingen.

Uddannelsesrådet kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper med henblik på varetagelse af konkrete opgaver.

Der udarbejdes referat fra alle møder. Dette sendes til uddannelsesrådets medlemmer samt til Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse, Region Øst.

Transportudgifter for uddannelsesrådets medlemmer fraset alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger udredes af medlemmets hovedarbejdssted.

Uddannelsesrådet har tilknyttet en medarbejder fra Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST som sekretær i forhold til udsendelse af mødemateriale samt udarbejdelse af referat. Uddannelsesrådets møder kan arrangeres af Sekretariatet, der ligeledes afholder udgift til forplejning.

IKRAFTTRÆDEN:

Alle specialer overgår til bestemmelserne i dette kommissorium pr. 1. xxx 2022. Der foretages nyudpegning af uddannelsesrådenes medlemmer ved behov.

Vedtaget af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST den xxxx 2022.

GODKENDT den 1. juni 2017

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
C/O GENTOFTE HOSPITAL
KILDEGAARDS VEJ 28, OPG. 10B.
2900 HELLERUP
TLF.: 39 75 06 80

E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller
DIREKTE TLF.: 39 75 06 81
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk
SAGSNR.: 17000177-
ARKIV NR.: 02.04.04
DERES J. NR./REF.:
DATO: 14.06.2017

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

FORMÅL:

- Sikre en kvalificeret faglig rådgivning af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST således at Rådet kan varetage de opgaver det er tildelt i henhold til bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger (BEK nr. 1706 af 20. december 2006)
- Medvirke til at sikre den lokale implementering af specielt de klinisk pædagogiske tiltag med relation til klinisk basisuddannelse - og speciallægeuddannelse.

OPGAVER:

- Uddannelsesrådet er rådgivende over for Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST indenfor generelle spørgsmål vedrørende den lægelige videreuddannelse inden for specialet/ fællesdelen både i relation til Klinisk basis- som speciallægeuddannelse. Det er primært den postgraduate kliniske lektor der forestår rådgivning vedr. personsager. Principielle spørgsmål afledt af konkrete personsager behandles i uddannelsesrådet.

- Uddannelsesrådet rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedrørende planlægning og gennemførelse af speciallægeuddannelsen inden for specialet.

- Uddannelsesrådene medvirker til den løbende revision af uddannelsesprogrammer, og deltager i den lokale implementering af nye undervisnings-, lærings- og evalueringsmetoder.

- Uddannelsesrådene rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedr. løbende justeringer af uddannelsesforløbene i relation til strukturændringerne i sundhedsvæsenet.

- Uddannelsesrådene behandler Inspektorordningens evalueringer af de uddannelsesgivende enheder indenfor specialet, rådgiver i videst muligt omfang Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST og følger i samarbejde med Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST op på de beslutninger der træffes i konkrete sager.

- Uddannelsesrådet følger på baggrund af den postgraduate lektors opfølgning op på de uddannelsesgivende enheders evalueringer for at sikre videreuddannelsens kvalitet. Resultatet af uddannelsesrådenes opfølgning og de deraf følgende anbefalinger overgives til Det Regionale Råd.

UDDANNELSESRÅDETS SAMMENSÆTNING:

Uddannelsesrådet sammensættes af:

- Den postgraduate kliniske lektor i specialet.
- 1 repræsentant (normalt en uddannelsesansvarlig overlæge) fra hver af de uddannelsesgivende afdelinger/institutioner i specialet i Videreuddannelsesregion ØST.
- 2 repræsentanter for de uddannelsessøgende i specialet og ansat i regionen. Yngre lægemedlemsgruppen/-fraktionen i specialeselskabet udpeger det ene medlem og Yngre Læger det andet medlem.

I Retsmedicin desuden

- 1 repræsentant for Retsmedicinsk Institut
- 1 repræsentant for Københavns Universitet

I specialer hvor speciallægepraksis indgår i hoveduddannelsen desuden:

- Et medlem med hovedvirke i speciallægepraksis indenfor specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Medlemmet indstilles af specialeselskabet.

For Almen Medicin gælder:

- Rådet sammensættes af de postgraduate kliniske lektorer, fire repræsentanter for AMU/PRKL i Region Hovedstaden, tre repræsentanter for PUK i Region Sjælland samt i alt to DYNA-MU'er/yngre læger under uddannelse i specialet – én fra henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

For KBU gælder:

- Rådet sammensættes af de tre ansatte særlige rådgivere, de to postgraduate kliniske lektorer i Almen Medicin samt to yngre læger – én fra hver region - udpeget af Yngre Læger i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Der udpeges personlige suppleanter for samtlige rådets medlemmer, dog således at der i specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor, ikke udpeges suppleanter for disse.

Formanden for uddannelsesrådet er den postgraduate klinisk lektor. I specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor er det lektoren med den højeste ansættelsesgrad, der er formand. For de specialer hvor der ikke er ansat en postgraduat klinisk lektor samt i uddannelsesrådet for KBU vælges formanden blandt uddannelsesrådets medlemmer.

UDDANNELSESRÅDETS MØDER:

Uddannelsesrådet fastsætter selv sin mødeplan, men mødes minimum én og normalt højest fire gange årligt. Herudover anbefales det, at uddannelsesrådet én gang årligt mødes med læger ansat i hoveduddannelse i specialet. Dette gælder dog ikke for almen medicin samt for KBU..
For enkelte specialer – for eksempel specialer med uddannelsesforløb på tværs af videreuddannelsesregioner eller med meget få uddannelsesforløb – kan der afholdes et landsdækkende koordinerende møde ca. en gang årligt.

For uddannelsesrådet i Almen Medicin er det aftalt, at den samlede årlige mødeaktivitet til de fire ordinære møder højst udgør 20 timer.

Indkaldelse sker normalt med mindst 14 dages varsel. Dagsorden og materiale til mødet tilsendes uddannelsesrådets medlemmer senest en uge inden mødet via e-mail.

Ekstraordinære møder kan indkaldes af formanden eller såfremt mere end halvdelen af uddannelsesrådets medlemmer anmoder herom.

Uddannelsesrådet er kun beslutningsdygtigt når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede.

Til gyldig beslutning kræves simpelt flertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Ved indstillinger afgivet af uddannelsesrådet kan ethvert medlem forlange sin afvigende holdning tilført indstillingen.

Uddannelsesrådet kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper med henblik på varetagelse af konkrete opgaver.

Der udarbejdes referat fra alle møder. Dette sendes til uddannelsesrådets medlemmer samt til Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse, Region Øst.

Transportudgifter for uddannelsesrådets medlemmer fraset alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger udredes af medlemmets hovedarbejdssted.

Uddannelsesrådet har tilknyttet en medarbejder fra Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST som sekretær i forhold til udsendelse af mødemateriale samt udarbejdelse af referat. Uddannelsesrådets møder kan arrangeres af Sekretariatet, der ligeledes afholder udgift til forplejning..

IKRAFTTRÆDEN:

Alle specialer overgår til bestemmelserne i dette kommissorium pr. 1. august 2017. Der foretages nyudpegning af uddannelsesrådenes medlemmer ved behov.

Vedtaget af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST den 1. juni 2017.

Ad. dagordenspunkt 6: Status flexforløb 2022 og forventning til 2023
Sagsfremstilling:
I 2021-2 var der i alt 30 ubesatte h-forløb hvoraf de 16 var i Almen Medicin.
I 2022-1 har der været 31 ubesatte h-forløb hvoraf de 19 er i Almen Medicin,

Der er opslået i alt 13 flexforløb i 2022-1. Forløbene fordeles mellem følgende specialer,

Intern Medicin: Endokrinologi	1 forløb i samarbejde med Færøerne
Intern medicin: Gastroenterologi	1 forløb (30 mdr. i Reg. S)
Intern medicin: Geriatri	1 forløb (4 år i Reg. S)
Intern medicin: Infektionsmedicin	1 forløb (21 mdr. i Reg. S)
Kirurgi	1 forløb (12 mdr. i Reg. S)
Ortopædisk kirurgi	1 forløb (21 mdr. i Reg. S)
Patologisk anatomi og cytologi	1 forløb (0 mdr. i Reg. S)
Psykiatri	1 forløb (18 mdr. i Reg. S)
Pædiatri	1 forløb (18 mdr. Reg. S)
Retsmedicin	1 forløb (1 år i Reg. S)
Samfundsmedicin	1 forløb (0 mdr. i Reg. S)
Thoraxkirurgi	1 forløb i samarbejde med VU SYD
Urologi	1 forløb (2 år i Reg. S)

De ubesatte forløb i 2021-2 var i specialerne Akutmedicin (5), Arbejdsmedicin (1), B&U Psykiatri (2), IM: Hæmatologi (1), IM: Nefrologi (2) og IM: Reumatologi (2).

Da flertallet af forløb til besættelse i 2022-2 endnu ikke er besat, er det svært nøjagtigt at udtale sig om forventning til 2023. Men set i lyset af flere uddannelseslæger forventes et lidt mindre antal.

Indstilling:
Det indstilles, at Det Regionale Råd tager orienteringen til efterretning..

Ad. Dagordenspunkt 7: Indkomne inspektorrapporter siden møde 23. februar 2022
Sagsfremstilling:
Der er siden mødet i februar indkommet 5 inspektorrapport (bilag 07.01 til 05.0).
En rapport beskriver et besøg udført i september måned 2021.

"Grønne – gode" rapporter:
Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 30. september 2021 på Afdeling for ØNH og Audiologi, RH (bilag 07.01)
Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 5. januar 2022 på Patologiafdelingen, RH (bilag 07.02)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. januar 2022 på Lungemedicinsk Afd., BFH (bilag 07.03)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 8. marts 2022 på Afdeling for Børn og Unge, RH (bilag 07.04)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 18. marts 2022 på ØNH Afdeling, SUH Køge (bilag 07.05)

Opfølgning på tidligere rapporter:
Inspektorrapporten fra et ekstraordinært besøg den 12. maj 2021 på Ortopædkirurgisk afdeling, NOH. (bilag 07.06 – 07.08)

- Der vedlægges oprindelig rapport, handleplan juni 2021 samt opfølgning marts 2022. Det kan oplyses, at afdelingen får ny cheflæge den 1. juni 2022.

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland (bilag 07.09 – 07.10)

- Der vedlægges oprindelig rapport samt SWOT analyse udarbejdet af PKL april 2022.

Rapport fra PKL besøg på Bornholm 2022:

- Der blev refereret mundtligt ved sidste møde. Nu vedlægges den skriftlige rapport (bilag 07.11)

Indstillinger:
Det indstilles at alle de "grønne" rapporter, opfølgning på handleplan fra Ortopædkir. Afd. NOH samt rapport fra Bornholm tages til efterretning.

På baggrund af SWOT analysen indstilles det , at evt. yderligere tiltag fra Rådet drøftes..

Bilag
Bilag 07.01 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 30. september 2021 på Afdeling for ØNH og Audiologi, RH
Bilag 07.02 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 5. januar 2022 på Patologiafdelingen, RH
Bilag 07.03 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. januar 2022 på Lungemedicinsk

Afd., BFH
Bilag 07.04 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 8. marts 2022 på Afdeling for Børn og Unge, RH
Bilag 07.05 Inspektorrapporten fra et besøg den 18. marts 2022 på ØNH Afdeling, SUH Køg
Bilag 07.06 Inspektorrapporten fra et ekstraordinært besøg den 12. maj 2021 på Ortopædkirurgisk afdeling, NOH
Bilag 07.07 Handleplan juni 2021
Bilag 07.08 Opfølgning på handleplan marts 2022
Bilag 07.09 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland
Bilag 07.10 SWOT analyse Psykiatrien Syd
Bilag 07.11 Rapport fra PKL besøg på Bornholm februar 2022

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Birgitte Rønn
Cc:	Lise Møller
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 30. september 2021 på Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi - Rigshospitalet.
Dato:	16. maj 2022 11:20:51

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 16. maj 2022 09:49

Emne: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 30. september 2021 på Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi - Rigshospitalet.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Rigshospitalet/Oere--naese--halskirurgisk/Inspektorrapport-300921.ashx

Vi har disse kommentarer:
Det drejer sig om et opfølgende besøg på afdeling for Øre-, næse- halskirurgi og audiologi på Rigshospitalet. Der er tale om en stor og højt specialiseret afdeling. Der er i alt 20 uddannelseslæger hvoraf 4 er i introduktionslæger og 16 i hoveduddannelseslæger alle i specialet Øre-, næse-, halskirurgi.

Seneste besøg var i oktober 2016 og indsatsområderne fra dette besøg vurderes på flere områder at være opfyldt, andre områder er der sket forbedringer på og der arbejdes fortsat videre med dem.

I besøget deltog fra afdelingen klinikledelsen ved den ledende overlæge, 2 UAO, 2 UKYL, 16 speciallæger og 12 uddannelseslæger fra stort set alle niveauer. Herudover var der 4 sygeplejersker fra ambulatorie, sengeafsnit og operationsgang. Sygehusledelsen var ikke repræsenteret, hvilket Sundhedsstyrelsen finder meget beklageligt. Hospitalsledelsen har et stort overordnet ansvar for videreuddannelse af uddannelseslæger og bør derfor altid inddrages ved et inspektorbesøg.

Selvevalueringen var foretaget i fælleskab blandt afdelingens læger af flere sessioner. Afdelingens egen temascoring er tilstrækkelig på alle 16 temaer. Inspektorerne er overvejende enige i denne temascoring men på 4 punkter scorer de dog afdelingen som særdeles god, det drejer sig om akademiker, forskning, undervisning og læringsmiljøet.

Inspektorerne beskriver en velfungerende uddannelsesafdeling med et positivt og trygt læringsmiljø hvor uddannelse prioriteres i en travl hverdag. Der beskrives god undervisning og konferencer med højt læringsudbytte for de uddannelsessøgende. Den største udfordring der beskrives er at vejlederrollen er fordelt på få hænder, hvilket kan medføre manglende interesse for uddannelse hos de læger der ikke indgår i vejlederkorpset direkte.

Afdelingen og inspektorerne har i fælleskab aftalt følgende indsatsområder:

1. Flere hovedvejledere: Her foreslås at man inddrager overlæger og hoveduddannelseslæger på sidste del af uddannelsen som vejledere. Så alle indgår og der kun er en uddannelseslæge pr hovedvejleder.
2. Deltagelse i røntgenkonference for K3/K4 læger på pakkespor. Forslag til omstrukturering af program så det er muligt.
3. Systematiseret supervision skemasat.

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som vi er enige i og som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentiale. Mere strukturelle indsatser ligger uden for sundhedsstyrelsens ressort og vi forholder os derfor ikke til dette. Sundhedsstyrelsen støtter dog generelt op om tiltag der kan bidrage til bedre uddannelse.

Generelt fremstår afdelingen som en god uddannelsesafdeling hvor man har øje for de udfordringer der kan være i forhold til uddannelsen og forsøger at løse disse når de opstår, så uddannelsen ikke nedprioriteres i en hverdag hvor drift også fylder meget. Afdelingen skal have stor ros for dette.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg i efteråret 2025 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002665
Afdelingsnavn	Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi
Hospitalsnavn	Rigshospitalet
Besøgsdato	30-09-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen			X	
Uddannelsesprogram			X	
Uddannelsesplan			X	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			X	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				X
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning				X
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering			X	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			X	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	Der indført søjleinddelt supervisor af tre speciallæger indenfor subspecialerne øre-, næse- og halskirurgi.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Klinikledelsen: Mads Klokker, 2 UAO og 2 UKYL
Speciallæger	16
Uddannelsessøgende læger	12 (I:3, K1:3, K3:2, K4:4)
Andre	4 sygeplejersker i alt, fra ambulatorie, sengeafsnit og operationsgangen.

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Mads Klokker
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jacob Melchiors
Inspektor 1	Kristian Bruun Petersen
Inspektor 2	Mette Bay
Evt. inspektor 3	Mads Vrelits Filtenborg

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Vel planlagt inspektorbesøg i en afdeling, som siden sidst har gennemgået flytning til nye lokaler, og hvor uddannelsen generelt er højnet. Morgenkonferencen blev styret af afgående vagt i et positivt og trygt læringsmiljø. Fremlægning af dagsprogram og udfordringer med sygdom og bemanding blev håndteret af allokeret speciallæge. Uddannelsesfunktioner fastholdes og prioriteres ved sygdom. Reservelægerne fremhæver, at de oplever, at man generelt kan stole på sin allokerede funktion,

	samt at man, såfremt man flyttes, har ret til at blive prioriteret en anden dag. Ikke alle har mulighed for at være med til konferenceopstart, da tjek-in på OP foretages samtidigt. Gennemgang på indlagte patienter er flyttet til afdelingskonferencen. De uddannelsessøgende læger oplever, at nye tiltag med speciallæge supervisor inden for subspecialerne øre-, næse- og halskirurgi styrker uddannelsen og tilgængelighed til supervision. Der anvendes kompetencekort og afholdes vejledermøder. Der er indført fokuserede ophold indenfor oto og rhino for K2+K3 lægerne, hvor man er surnumereret i en måned ad gangen. Det er kun halvdelen af afdelingslægerne som fungerer som hovedvejledere. De vejleder oftest 3 uddannelsessøgende læger hver. Der har tidligere været drøftet at involvere overlæger som vejledere eller alternativt anvende K4 læger som vejledere for introduktionslæger i samarbejde med UAO. Det er ikke optimalt at vejlederfunktionen er samlet på få hænder. Det risikerer at udvande meningen med funktionen og uddannelsesinteressen hos de kollegaer, der ikke indgår i hovedvejlederkorpset. Anbefalingen må være, at skabe et så stort korps af hovedvejledere som muligt; og at ingen er hoved vejleder for mere end én reservelæge ad gangen. Den kirurgiske oplæring er fortsat på et minimum og der efterlyses hensyn til individuelle ønsker blandt de uddannelsessøgende læger. Det er dog markant forbedret i forhold til tidligere med aktuelt ét fast uddannelses operationsleje hver onsdag for introduktions- og K1 læger. K3 og K4 lægerne allokeres fast 1 måned i henholdsvist øre- og næsesøjlen i løbet af et forløb. De uddannelsessøgende læger beskriver solid back-up fra speciallægegruppen og et godt arbejdsmiljø. Der afholdes undervisning og case-gennemgang flere gange ugentlig. Der afholdes mange tværfaglige konferencer hvor

	særligt den månedlige patologikonference fremhæves positivt og med stor læringsværdi. Røntgen konferencen afholdes langt fra ambulatoriet og uddannelseslæger på pakke-spor har derfor ikke mulighed for at deltage. Der er et stort ønske om at dette muliggøres. De nye fysiske rammer er en markant forbedring i forhold til tidligere. Der savnes dog mulighed for at trække sig fra det åbne kontormiljø, hvilket er under udbedring.
Status for indsatsområder	1 Optimering af konferencer og arbejdsplanlægning -Der er overordnet indført solide tiltag, der virker positivt for uddannelsesmiljøet. Kun efterlyses mulighed for at læger på pakke-spor kan deltage i relevant røntgenkonference. 2 Fysiske rammer -Flytning har medført et åbent kontormiljø, hvor der planlægges indretning med mulig for at trække sig privat. Antal siddepladser og arbejdsstationer beskrives af reservelægerne som tilstrækkeligt. 3 Supervision -Niveauet er højnet markant i såvel ambulatoriet, på stuegang og operationsgangen. 4 UAO/UKYL -Fint med 2 UAO og 2 UKYL 5 Hovedvejledere -Kun en gruppe afdelingslæger er hovedvejledere. De vejleder oftest 3 uddannelsessøgende læger hver.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Flere hovedvejledere. Forslag til indsats: Overlæger som hovedvejleder for K4 læger.

	K4 læger som hovedvejleder for I-læger. Superviseres ved UAO. Alle afdelingslæger inddrages. Mål: En uddannelseslæge pr hovedvejleder. Hovedvejlederrul, så alle intermitterende indgår i funktionen. Tidshorisont: 3 mdr. Nr. 2 Indsatsområde: Deltagelse i røntgenkonference for K3/4 læger på pakkespor. Forslag til indsats: Sygeplejerskerne starter konsultationen ved første patient mens lægen er til røntgenkonference. Tidshorisont: 3 mdr. Nr. 3 Indsatsområde: Systematiseret supervision skemasat. Forslag til indsats: En patient på pakkespor bookes fast med ekstra tid for at skemasætte og tydeliggøre supervisionsopgaven, dette for at sikre supervision fremadrettet. Tidshorisont: 6 mdr.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Lisbeth Selchau-Hansen
Cc:	Lise Møller; Birgitte Rønn; Tobias Kongstad-Hansen
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 5. januar 2022 på Patologiafdelingen - Rigshospitalet.
Dato:	11. marts 2022 09:33:08

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 11. marts 2022 09:12

Emne: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 5. januar 2022 på Patologiafdelingen - Rigshospitalet.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Rigshospitalet/Patologi/Inspektorrapport-050122.ashx

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et opfølgende besøg på Patologisk afdeling Rigshospitalet. Afdelingen uddanner læger i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger til patologi og hoveduddannelse i retsmedicin.
Det er en stor afdeling der repræsenterer alle subspecialer og har en del højt specialiseret arbejde.

Fra afdelingen deltog i besøget 17 speciallæger herunder UAO og ledende overlæge, 6 uddannelseslæger inkl. UKYL, 2 bioanalytikere, 1 sekretær og 1 obduktionstekniker. Sygehusledelsen var repræsenteret med 1 person.

Selvevalueringen var udarbejdet af 8 yngre læger i uddannelsesstillinger samt UAO. Afdelingens temascoring er overvejende tilfredsstillende med 5 temaer der er særdeles gode, det er introduktion, medicinsk ekspert, samarbejder, undervisning og læringsmiljø. Inspektorerne er helt enige i temascoringen.

Inspektorerne beskriver en velfungerende og velorganiseret afdeling hvor der er sket forbedringer siden seneste besøg i april 2018.
Man har ændret teamstrukturen, der har givet positive ændringer med mere tid til mikroskopi og bedret den interne trivsel betragteligt ifølge inspektorerne.
I forhold til indsatspunkter fra seneste besøg beskrives et fortsat behov for fokus på at få YL til at deltage i fryseundersøgelser - de øvrige indsatsområder er opfyldt.

Følgende indsatsområder er aftalt mellem inspektorerne og afdelingen:

1. Fast skemalægning til fryseundersøgelse
2. Aktiv deltagelse i MDT konferencer.
3. Yderligere integration af YL i teamsamarbejdet.
4. Etablering af flere stinkskabe til udskæring.
5. Oplæring inden for knoglebløddels patologi.

Der er i rapporten konkrete løsningsforslag til alle indsatsområder.

Samlet ses beskrives en velfungerende uddannelsesafdeling.
Indsatsområde 4 ligger uden for Sundhedsstyrelsen resort, men vi ser naturligvis positivt på alle løsningsforslag, der tilsigter at styrke uddannelsesområdet.
Sundhedsstyrelsen er enige i resten af indsatsområderne der vurderes at de vil være med til at styrke det i forvejen gode uddannelsesmiljø.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i foråret 2026 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller

tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002801
Afdelingsnavn	Patologiafdelingen
Hospitalsnavn	Rigshospitalet
Besøgsdato	05-01-2022

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram			X	
Uddannelsesplan			X	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				X
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder				X
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			X	
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			X	
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering			X	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			X	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	I enkelte teams tildeles to speciallæger til den enkelte uddannelsessøgende som primære supervisore for at øge mulighederne mesterlæring.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	1
Speciallæger	17 (herunder UAO og ledende overlæge)
Uddannelsessøgende læger	6 (inkl. UKYL)
Andre	2 bioanalytikere, 1 sekretær, 1 obduktionstekniker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Jane Preuss Hasselby
Uddannelsesansvarlig overlæge	Trine Lindhardt Plesner
Inspektor 1	Karsten Nielsen
Inspektor 2	Kirsten Quyen Nguyen Knudsen
Evt. inspektor 3	Jens Haugbølle Bjerre Thomsen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Siden sidste inspektorbesøg er der sket adskillige ændringer, der har haft gennemgribende betydning for uddannelsen på afdelingen. Den mest væsentlige ændring har været ændring væk fra en ”team reservelæge”-struktur, hvor de uddannelsessøgende læger har haft et fælles ansvar for at dække hovedparten af laboratoriemæssige opgaver over til en team-baseret struktur, hvor opgaverne ligger inden for de forskellige teams.

	Dette har både givet mere tid til mikroskopi, forbedret den interne trivsel betragteligt, effektiviseret udskæring og givet bedre muligheder for fordybning inden for teamet. Der afholdes individuelle vejledningssamtaler med udarbejdelse af uddannelsesplaner, der bruges aktivt til at justere uddannelsesindholdet. Vejledningssamtalerne bruges både ift. Justeringer i det daglige arbejde og til både karriere- og forskningsvejledning. En stor del af vejledningen i rollen som medicinsk ekspert foregår i de enkelte teams, hvilket fungerer rigtigt godt og bruges med stort udbytte. Hver mandag afholdes skiftende undervisning, præparatdemonstration og journalclub med deltagelse og oplæg af både YL og speciallæger. De afholdes regelmæssigt og giver godt uddannelsesmæssigt udbytte. Hver 4. mandag afholdes YL-møde. Tordage afholdes lægemøder for alle læger eller oplæg med fagligt indhold. Hver anden uge om eftermiddagen afholdes korte forskningsmøder med oplæg og diskussioner. Der er lidt varierende deltagelse bl.a. pga. tidspunktet, men flere i uddannelseslægegruppen benytter møderne regelmæssigt og får godt udbytte. Der er 3 stinkskabe, der er dedikeret til udskæringsarbejde for læger og en 4., der tages i brug afhængig af bioanalytikerens eget behov for et skab. Dette medfører pga. de mange teams og varierende mængder præparater nogle skæve og meget varierende tidspunkter til udskæring, hvilket vanskeliggør planlægning og hensigtmæssig afvikling af udskæringen. Den praktiske oplæring i obduktionsfunktionen foregår typisk fra introduktionslæge til introduktionslæge med supervision fra en hoveduddannelseslæge med god opbakning fra obduktionsansvarlige overlæger. På grund af opbakningen fungerer ordningen fint og tillader

	hoveduddannelseslægerne at bevare en større kontaktflade med funktionen end de ellers ville have haft. Uddannelseslægerne oplever en virkelig god mikroskopisupervision af engagerede og uddannelsesinteresserede, højt kompetente speciallæge og et generelt meget givende læringsmiljø. Der bliver gjort et stort og prisværdigt arbejde for at tilrettelægge teamsrotationen således at hoveduddannelseslægernes teorispecifikke kurser ligger så tæt på uddannelseslægernes ophold i de relevante teams og derved sikre optimale forhold for det bedste kursusudbytte. Fryse-undersøgelser indgår i vekslende grad i de forskellige teams og i flere teams er der mulighed for at YL kan varetage funktionen, men det er kun sjældent skemalagt og kræver aktiv opsøgning, hvilket medfører de uddannelsessøgende læger sjældent deltager. Ligeledes opfordres de YL til at deltage i MDT-konferencerne, men i den travle hverdag glider dette ofte i baggrunden og bliver nedprioriteret. Når YL deltager i konferencerne er det uden aktiv deltagelse. Der er i begrænset omfang mulighed for at individualiseret teamrotation i løbet af det 2 årige hoveduddannelsesophold, da de obligatoriske søjler stort set udfylder tiden. Der efterspørges især mulighed for uddannelse inden for ortoteamet. Der arbejdes mod nye måder at sikre YL selvstændighed og ansvar i afdelingen efter nedlægningen af ”team reservelæge”.
Status for indsatsområder	Mere balanceret tilrettelæggelse af arbejdsdagen for de uddannelessøgende læger: Ændringen i teamstrukturen har medført en eklatant forbedring ift. dette område – YL deltagelse i fryseundersøgelse kan dog fortsat forbedres. De øvrige indsatsområder (udarbejdelse af individuelle uddannelsesplaner, speciallægedeltagelse i afdelingens

	undervisning og udarbejdelse af introprogrammer til afdelingen) er alle nået fuldt i mål.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Fast skemasætning til frysundersøgelse Forslag til indsats: Fast skemasætning af frysetelefon til YL en eller flere af ugens dage. Ansvar for videregivelse af frysetelefonen f.eks. under udskæring kunne ligge hos YL. Tidshorisont: Uger Nr. 2 Indsatsområde: Aktiv deltagelse i MDT-konferencer Forslag til indsats: Sidst i søjlerotation (f.eks. 3. måned) tildeles YL et ellere flere præparater til at præsentere på teamets MDT konferencer (gerne egne præparater) Tidshorisont: Uger Nr. 3 Indsatsområde: Yderligere integration af YL i teamsamarbejdet Forslag til indsats: Man kunne f.eks. gøre dette ved at afholde daglige ”godmorgen”-møder i de forskellige teams med fokus på tilrettelæggelse og planlægning af dagen. Både for skabe overblik, afklare forventninger til dagens håndterede opgaver og skabe øget ansvar for at løse den fælles opgave. Tidshorisont: Uger Nr. 4 Indsatsområde: Etablering af flere stinkskabe til udskæring Forslag til indsats: Der etableres nye stinkskabe med udsugning til udskæringsbrug. Tidshorisont: Måneder Nr. 5

	Indsatsområde: Oplæring inden for knoglebløddelspatologi sikres i løbet af hoveduddannelsen. Forslag til indsats: Ortoteamet indgår som en fast komponent af et hoveduddannelsesophold på Rigshospitalet. Tidshorisont: Uger

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Lise Møller
Cc:	Birgitte Rønn; Tobias Kongstad-Hansen
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. januar 2022 på Lungemedicinsk Afdeling L, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
Dato:	11. marts 2022 10:38:49

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 11. marts 2022 10:06

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. januar 2022 på Lungemedicinsk Afdeling L, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Bispebjerg-og-Frederiksberg-Hospital/Lungemedicin/Inspektorrapport-190122.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på Lungemedicinsk afdeling Bispebjerg Hospital. Det er en middel stor afdeling med mange uddannelseslæger i forskellige specialer og uddannelsesstadier. Der er KBU læger, Introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i intern medicin – Lungemedicin, Herudover læger under uddannelse til speciallæger i geriatri, akutmedicin og almen medicin samt hoveduddannelseslæger i thoraxkirurgi som er på afdelingen i fokuseret ophold i 4 uger.

Seneste besøg var i januar 2016 og alle indsatsområder fra dette besøg er opfyldt.

Ved besøget deltog fra afdelingen 20 yngre læger, 9 speciallæger, UAO, ledende overlæge og repræsentanter for sekretærer og sygepleje. Sygehusledelsen var repræsenteret ved vicedirektøren og uddannelseskoordinerende overlæge.

Størsteparten af afdelingens læger har deltaget i udformningen af selvevalueringen. Afdelingens temascoring er overvejende tilstrækkelig. 1 tema, konferencernes læringsværdi, vurderer de som utilstrækkeligt, inspektorerne har scoret dette som tilstrækkeligt. Introduktion til afdelingen, medicinsk ekspert og læringsmiljø i afdelingen scorer afdelingen selv som særdeles gode. Inspektorerne er enige i dette. Ud over disse 3 scoringer hæver inspektorerne afdelingens scorer til særdeles god på temaerne uddannelsesplan, akademiker, forskning, læring og kompetencer og arbejdstilrettelæggelse. Ved de øvrige temaer er afdeling og inspektorer enige i scoringen. Der argumenteres i rapporten for vurderingen.

Inspektorerne beskriver en velfungerende uddannelsesafdeling som roses af de ansatte yngre læger. I rapporten fremhæves f.eks. et bemærkelsesværdigt introduktionsforløb, der starter allerede før tiltrædelsen med at UAO og ledende overlæge har en samtale med uddannelseslægen for at sikre en god stabil introduktion. Ud over dette fremhæves uddannelsestavler i konferencerummet der sætter fokus på uddannelsen i dagligdagen. Afdelingsledelsen og sygehusledelsen har stort fokus på læringsmiljøet i afdelingen. Der er fokus på de formelle krav til uddannelsen og på nye initiativer der bidrager til den gode udvikling.

Der er aftalt følgende indsatsområder mellem afdelingen og inspektorerne:

1. Stuegang mhp. optimering af supervision.
2. Konferencer mhp. optimere uddannelsesudbyttet.
3. Pleuradræn superviseret oplæring.
4. UAO aflastes i forhold til skemalæging.

De første to punkter arbejder afdelingen allerede med ved besøget, de øvrige er der konkrete forslag til handlinger i rapporten. Ovenstående indsatsområder er alle områder hvor afdelingen allerede er velfungerende, men en styrket indsats vil være med til at

sikre en endnu bedre uddannelsesafdeling.

Sundhedsstyrelsen støtter generelt alle tiltag der kan optimere uddannelsen. Mere strukturelle forhold som arbejdsfordeling ligger uden for inspektorordningens rammer at tage stilling til.

Generelt beskrives en velfungerende, lærerigt og trygt sted at være uddannelseslæge trods travlhed. Afdelingen skal have stor ros for den store indsats, der gøres for at tilrettelægge individuelle uddannelsesforløb, ved blandt andet at inviterer kommende uddannelseslæger til samtale inden ansættelsen. Det er meget positivt at læse om en afdeling hvor man på egen hånd har taget initiativer som dette for at bedre uddannelsen af yngre læger.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg foråret 2026 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002542
Afdelingsnavn	Lungemedicinsk afdeling L
Hospitalsnavn	Bispebjerg Hospital
Besøgsdato	19-01-2022

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram			X	
Uddannelsesplan				X
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				X
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				X
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning				X
Undervisning - som afdelingen giver			X	
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering				X
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger				X

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	1-Den ledende og den uddannelsesansvarlige overlæge afholder samtaler med nyansatte yngre læger 3-4 uger før de starter i afdeling for at sikre en god og stabil introduktion. 2-Der er indført udførlige uddannelsestavler i konferencerummet der sætter fokus på uddannelse i dagligdagen.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Vicedirektør og Uddannelseskoordinerende overlæge.
Speciallæger	9
Uddannelsessøgende læger	20
Andre	Sekretær og 2 afdelingssygeplejersker.

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Helle Frost Andreassen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Nanna Eriksen
Inspektor 1	Rana Bibi
Inspektor 2	Terje Erdal Knudsen
Evt. inspektor 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Dette var et rutinebesøg. Afdelingen har tidligere haft inspektorbesøg, sidst den 12. januar 2016.

	Besøget var godt tilrettelagt, der var fremsendt fint og velstruktureret materiale på forhånd, som viste afdelingens arbejde med uddannelsen. Der er ansat 17 speciallæger, 22 yngre-læger (6 i HU, 11 intro. Og 5 KBU-læger) og 2 læger i uklassificerede stillinger. Endvidere er der 2 læger i HU-stillinger i Geriatri - med 6 måneders ophold på lungemedicinsk afdeling. 37 af afdelingens læger havde deltaget i en udformning af selvevalueringsrapporten. Læger fra alle uddannelseslag og speciallæger var repræsenteret. Ved selve inspektorbesøget deltog 20 yngre læger (5 HU, 7 intro, 2 uklassificerede og 6 KBU-læger), 9 speciallæger inkl. UAO og ledende overlæge. Der var repræsentanter fra sygeplejegruppen, sekretærgruppen, og fra sygehusledelsen vicedirektør og uddannelseskoordinerende overlæge. Afdelingen deltager i vagter i akutmodtagelsen med for/mellemvagt (KBU-læger samt I-læger) og bagvagter (HU-læger). Herudover er der vagter på afdelingen, hvor forvagter dækkes af KBU-læger og I-læger samt speciale-bagvagter dækket af speciallæger. De yngre læger beskriver afdelingen som værende et trygt og lærerigt sted at arbejde. Der er god stemning, mulighed for supervision og mulighed for individuelt tilrettelagte uddannelsesforløb - alt afhængig af den yngre læges interesser. For alle uddannelsesstillinger foreligger der uddannelsesprogrammer. Alle yngre læger får tildelt en vejleder, det samme gælder læger i uklassificerede stillinger. De yngre læger roser afdelingens speciallæger for deres interesse i de yngre lægers uddannelse. Den uddannelsesansvarlige overlæge sikrer, at alle har

	uddannelsesplaner. Der arbejdes aktivt med kompetencevurdering – herunder brug af kompetencekort. Der er et bemærkelsesværdigt og særdeles flot introduktionsforløb på afdelingen og central på sygehuset. Først efter 4 uger og flere følgevagter går man i selvstændig vagt. Der er indført et meget velorganiseret system med en synlig uddannelsestavle i konferencerummet. Dette initiativ er særdeles flot og udstråler en afdeling, der gerne vil prioritere og have fokus på uddannelse i dagligdagen. Alle uddannelseslæger fremgår på tavlen, og det er synligt, hvor langt lægerne er i deres kompetenceopnåelse og deres uddannelsesforløb, samt hvilke søjler de aktuelt er i. Der er nyligt implementeret instrukser til udførelse af stuegang for yngre læger, som er udarbejdet af UKYL, med inddragelse af bl.a. plejepersonale. Afdelingen har stor fokus på løbende at forbedre læring og supervision af de uddannelsessøgende i forbindelse med stuegang. Ved så vidt muligt at speciallægerne får en mindre andel af patienterne og dermed en større superviserende rolle. En model der også er indført i lungeambulatoriet med meget stor succes. Efter kort morgenkonference prioriteres undervisning med aktiv deltagelse af yngre læger og speciallæger, yngre læge møder og mulighed for vejledersamtaler. I forbindelse med udarbejdelsen af afdelings selvevaluering anførte flere yngre læger at der var begrænset læring af middagskonferencen. Dette medførte middagskonferencen for nyligt er omstruktureret, med større fokus på at de yngre læger kan stille spørgsmål og trygt ytre sig. De kan drøfte dagens case foruden afklare spørgsmål fra især stuegang.

	Afdelingen har en stor forskningsaktivitet. De yngre læger, der har interesse indenfor forskning, har let ved at blive inddraget. Næsten alle hoveduddannelses læger i lungemedicin er i gang med forskningsprojekter på ph.d.-niveau. Både den ledende overlæge og den uddannelsesansvarlige overlæge har stort fokus på læringsmiljøet i afdelingen. Dette understøttes af, at sygehuset på ledelsesniveau har ansat en uddannelseskoordinerende overlæge. Hun afholder for hver afdeling årligt udviklingsmøde om den lægelige videreuddannelse, der fremhæver fokusområder og styrker i afdelingens uddannelse. Den uddannelsesansvarlige overlæge fungerer samtidig som skemalægger, der er en tidskrævende funktion. Det findes hensigtsmæssigt med tiltag, der kunne aflast denne funktion. Hvilket den ledende overlæge er opmærksom på. Afdelingen har et meget velfungerende uddannelsesteam med ledende overlæge, uddannelsesansvarlig overlæge, UKAL og to UKYL'er. Konklusion: Inspektorerne oplever at afdelingen er særdeles velfungerende i forhold til den lægelige uddannelse. Der er fokus på de formelle krav til uddannelsen og på nye initiativer, der bidrager til en fortsat positiv udvikling af uddannelsesmiljøet. Det gode læringsmiljø understøttes af en særdeles god tone i afdelingen, hvor speciallægernes engagement fremhæves af de uddannelsessøgende.
Status for indsatsområder	1-Ambulatoriefunktion for HU-læger på lungemedicinsk ambulatorium sikres bedre tid pr. patient, med henblik på øget refleksion og supervision.

	2-Stuegang på sengeafdeling, øget oplæring og supervision af de yngste læger. 3-UKYL-funktion opgraderes og UAO-funktion faciliteres. Alle disse tiltag er indfriet.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. Indsatsområde Forslag til indsats Tidshorisont 1 Stuegang Der er allerede taget initiativer mhp. optimering af supervision af yngre læger ved stuegang, som skal vedligeholdes og arbejdes videre med. Er i gang. 2 Konferencer Der er allerede taget initiativer mhp. optimering af konferencernes uddannelsesudbytte, for de yngre-læger, som skal vedligeholdes og arbejdes videre med. Opmærksomhed på at speciallægerne fortsat sikres mulighed for drøftelse af komplekse patienter. Er i gang. 3 Pleuradræn Der er planlagt superviseret oplæring af yngre læger i anlæggelse af pleura dræn, som skal skemalægges i arbejdsplan, for at sikre implementering af dette. Indførelse af drænpas. 6 måneder.

	4 UAO aflastes med skemalægning. Initiativer der aflaster UAO i forhold til skemalægning. 6 måneder.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Karin Skjønnemann
Cc:	Lise Møller; Birgitte Rønn
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 8. marts 2022 på Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet.
Dato:	16. maj 2022 13:14:00

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 16. maj 2022 13:07
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 8. marts 2022 på Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Rigshospitalet/Paediatri/Inspektorrapport-080322.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på Rigshospitalets Afdeling for Børn og Unge. Det er en stor og højt specialiseret afdeling der har introduktions og hoveduddannelseslæger i pædiatri. Alle speciallæger i pædiatri der uddannes på Sjælland, har 12 måneder af deres uddannelse på denne afdeling. Ud over de højt specialiserede områder har afdelingen almen pædiatrisk behandling fra et mindre optageområde i København. Der er således et bredt og meget højtspecialiseret uddannelsestilbud på afdelingen og andelen af speciallæger er stor i forhold til antal uddannelsessøgende læger.

Ved inspektorbesøget deltog 12 uddannelseslæger, 13 speciallæger, 2 fra sygehusledelsen og 3 med anden faglig baggrund.

Afdelingens selvevalueringen er udarbejdet af et bredt udvalg af læger med både speciallæger og uddannelseslæger på alle niveauer repræsenteret. Afdelingen scorer overvejende tilstrækkelig på temascoringen. Undtaget på temaerne introduktion, uddannelsesprogram og læringsmiljø der scores som særdeles godt. Konferencernes læringsværdi scores som utilstrækkeligt.

Inspektorerne er overvejende enige i afdelingens egen temascoring. Den adskiller sig dog på 3 temaer - i alle 3 tilfælde scores de af inspektorerne bedre end afdelingen selv. Det drejer sig om Medicinsk ekspert og undervisning der scores som særdeles godt. Konferencernes læringsværdi som afdelingen selv fandt utilfredsstillende har inspektorerne fundet tilstrækkeligt.

Inspektorerne beskriver en velfungerende afdeling med et meget stort uddannelsesmæssigt potentiale og hvor uddannelse prioriteres højt. Uddannelsesteamet beskrives som stærkt og teoretisk velfunderet. Særligt fremhæves et velfungerende introduktionsprogram der er meget velbeskrevet og løber over 5 dage. Ud over dette fremhæves at man afholder uddannelsesworkshop 2 gange årligt, at man har indført struktureret morgen supervision af det afgående vagthold og endelig at afdelingen tilbyder en bred vifte af undervisningstiltag med bred faglig repræsentation.

Seneste besøg var i oktober 2015 hvor der blev aftalt 5 indsatsområder. Inspektorerne beskriver disse som opfyldt.

Ved det aktuelle besøg er der mellem afdelingen og inspektorerne aftalt følgende indsatsområder:

1. Supervision ved krisepsykolog. Er allerede etableret og anbefales fastholdt.
2. Morgenkonference med spotemne mhp af fastholde og øge konferencernes læringsværdi.

3. Sikre parathed til at varetage mellemvagtsfunktionen. Bl.a. vha. systematisk gennemgang af praktiske færdigheder.
4. Systematisk brug af kompetencevurderingsmetoder
5. Vejledersamtaler i forhold til tid til at afholde dem og strukturere indholdet.

Alle indsatsområder er fulgt af konkrete bud på handlinger der kan være med til at opfylde indsatsområderne. Sundhedsstyrelsen er enige i ovenstående som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentiale.

Samlet ses beskrives en meget velfungerende uddannelsesafdeling hvor uddannelsen prioriteres højt og man hele tiden arbejder mod at højne kvaliteten og sikre at de uddannelsessøgende tilbydes en god og tidssvarende lægeuddannelse.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i foråret 2026 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002515
Afdelingsnavn	Afdeling for Børn og Unge
Hospitalsnavn	Rigshospitalet
Besøgsdato	08-03-2022

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram				X
Uddannelsesplan			X	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				X
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			X	
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			X	
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering			X	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			X	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	1) Uddannelsesworkshop 2 gange årligt. Et arrangement hvor forskellige emner berøres, som ofte munder ud i konkrete initiativer til forbedring af uddannelsen. 2) Struktureret morgensupervision af afgående forvagt og mellemvagt ved tilgående bagvagt. 3) Der planlægges og afholdes en bred vifte af undervisningtiltag hvor der er bred faglig repræsentation.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	2
Speciallæger	13
Uddannelsessøgende læger	12
Andre	3

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Karen Vitting Andersen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Anja Poulsen
Inspektor 1	Thomas Houmann Petersen
Inspektor 2	Thea Schouenborg Schultz
Evt. inspektor 3	Simon Meltesen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Der er tale om en afdeling med et utrolig stort uddannelsesmæssigt potentiale og med et meget stærkt og teoretisk velfunderet uddannelsesteam. Uddannelse er højt prioriteret hvilket tydeligt kommer til udtryk i løbet af dagens samtale med ledende overlæge, uddannelses ansvarlige overlæge, UKYLer, yngre læger, afdelingslæger og overlæger. Alle HU-læger i uddannelsesregion øst har et ophold på 12 måneder på afdelingen. Enten i H1, H2 eller H3 forløb. Hovedparten af afdelingens funktioner er højtspecialiserede og andelen af speciallæger i forhold til uddannelsessøgende læger er stor. Afdelingen har et velstruktureret introduktionsprogram som gennemføres af alle. Introduktionsprogrammet er understøttet af skriftlig introduktion til hvordan man erhverver sig kompetencer indenfor de 7 lægeroller i Børne-ungeklinikken (BUK), gode fif til håndtering af almindelige problemstillinger på de forskellige afsnit i BUK, anbefalinger til hvilke instrukser, der bør læses inden man har sin første vagt, samt cases til at understøtte indlæringen af disse instrukser. Introduktionsprogrammet strækker sig over 5 dage, hvor de fleste subspecialer underviser i vigtige pædiatriske emner inden for deres eget felt. Derudover introduceres nyansatte læger med 1 dags kursus med scenarietræning i akut pædiatri. De uddannelsessøgende læger indgår primært i forvagts- og mellemvagtslaget, Det er siden seneste inspektorbesøg sikret, at uddannelseslægerne har ambulatorier, hvor der primært ses patienter til forundersøgelser inden for reumatologi, gastroenterologi, neuropædiatri og, pulmonologi.

	Der ses dog ingen opfølgningspatienter og en del af uddannelseslægerne og overlægerne vurderer, at ambulatorierne har begrænset uddannelsesmæssig værdi. Vagtarbejdet fylder en stor del af den samlede arbejdsmængde, hvilket fortsat begrænser uddannelsesmulighederne i stuegangsfunktion og ambulatoriefunktion. Alle Hoveduddannelseslæger har sikret mindst 6 måneders mellemvagtsfunktion i afdelingen. Der er flere forskellige tiltag i afdelingen, som skal sikre, at man bliver klar til at varetage opgaven. Det drejer sig bla. om følgende elementer: Kemoterapikursus, dag med oplæring i knoglemarvs- og lumbalpunkturer, transplantationsdag, mellemvagtsquiz og mellemvagtintroduktionsdag. Det er imidlertid en stor udfordring at opnåelsen af elementerne ikke er skemalagt systematisk. Det betyder, at uddannelseslægerne ikke nødvendigvis får elementerne, inden de begynder som mellemvagt og ikke alle læger er opmærksomme på, at elementerne eksisterer. For at styrke feedback-funktion i forbindelse med vagterne er der indført en morgensupervision, hvor tilgående bagvagt superviserer afgående for- og mellemvagt efter morgenkonferencen. Supervisionen er semistruktureret ud fra følgende 3 spørgsmål: 1.én ting man har gjort godt. 2. én ting man gerne vil forbedre. 3. én ting man har lært. Denne supervision blevet en fast del af afdelingens rutine, og der er enighed om, at det er et betydeligt og godt uddannelseselement. Der er et virkelig godt undervisningstilbud i afdelingen med undervisning 3 ud af ugens 5

	morgener. Den ene morgen er det uddannelseslægerne, der på skift varetager undervisningen. Herudover er der såkaldte masterclasses, inden for de største fagområder, hvor overlægen inden for området gennemgår cases sammen med de uddannelsessøgende læger. Denne undervisning sikrer, at kompetencer indenfor området opnås. De uddannelsessøgende læger, er desuden med til at varetage den daglige kliniske vejledning og undervisning af medicinstuderende. Det er siden seneste inspektorbesøg blevet forsøgt at sikre, at vejledersamtaler afholdes systematisk, og der er uddannede vejledere, som primært er afdelingslæger, som er vagtbærende. Dette har betydet at alle uddannelseslæger opnår minimumsantallet af uddannelsessamtaler. Afdelingen har dog den realistiske ambition, at der skal gennemføres vejledersamtaler hver anden måned. Dette opnås ikke i øjeblikket, og det skyldes overvejende, at det skemalagte tidspunkt for hvornår samtaler skal gennemføres (Sidste torsdag i hver måned) ikke er praktisk gennemførligt for vejledere og uddannelsessøgende læger. Der er en kultur i afdelingen, hvor der er let adgang til supervision, råd og vejledning hos afdelingens speciallæger. Supervisionen af forvagten i Børne - og Ungemodtagelsen (BUM) foretages hovedsageligt med telefonisk kontakt til Mellemvagten (eller Dagbagvagten). Der gives udtryk for at forvagterne kan føle sig alene i modtagelsen, men at deres supervisorer er tilpas tilgængelige til at de får den nødvendige opbakning for at føle sig trygge i deres arbejde Forud for det aktuelle inspektorbesøg, er der i forbindelse med SWOT analysen identificeret et problem med konferencens læringsværdi, da denne i forbindelse med Covid-pandemien var ændret betydeligt og stort set blot var

	afrapportering af patienter. Man har i forløbet arbejdet målrettet med en forandring til det bedre, hvor lægegruppen bredt har været involveret. Dette har ført til en skriftlig beskrivelse af, hvordan konferencen ønskes varetaget. Der er bl.a. sikret ”dagens spotemne”/dagens case, hvilket har øget konferencens læringsværdi. Alle uddannelsesprogrammer er revideret ultimo 2021, så de følger forskrifterne angivet i den nye målbeskrivelse for uddannelsen i pædiatri. De uddannelsessøgende læger har nedskrevne uddannelsesplaner. Afdelingen har dog endnu ikke taget de nye værktøjer til kompetencevurdering og feedback i brug. Derfor bør der sikres en implementering af kompetencevurderingsværktøjerne i henhold til den nye målbeskrivelse og kompetencebøger fra 2021. Dette vil også i højere grad give fokus på gensidig afstemning af forventninger allerede i introduktionsperioden. Herunder f.eks. forventninger til vejlederens rolle, supervision og hvorledes feedback opnås. Læger i introduktionsstilling får deres neonatale kompetencer ved et to måneders langt ophold på Rigshospitalets neonatalklinik. På den måde sikres at neonatale kompetencer opnås på tilfredsstillende niveau. Der er en opmærksomhed på, at den forestående flytning til det nye Mary Elizabeths Børnehospital kan påvirke kulturen omkring uddannelse. Det vil derfor være væsentligt aktivt at indtænke den lægelige uddannelse i forbindelse med flytningen. Herunder sikre at alle hoveduddannelseslæger indenfor pædiatri i uddannelsesregionen fortsat får en del af deres uddannelse på afdelingen. Et særligt bekymringspunkt vil være, hvis afdelingen fraktioneres i mere end én afdeling med flere ledelser. Det vil i høj grad vanskeliggøre sammenhængen i uddannelsen. Læringsmiljøet i afdelingen er fortsat særdeles godt, og det er inspektorernes oplevelse, at det siden sidste inspektorbesøg har sikret stabil forankring af alle de

	uddannelsesmæssige tiltag, som allerede ligger i afdelingen. Det vurderes også, at tiltagene er fast forankret i den store gruppe af speciallæger, som støtter op om dem. Afdelingens overlæger har på nyligt møde udfærdiget et værdisæt, hvor de blandt andet ønsker at skabe et trygt uddannelsesmiljø baseret på høj arbejdsglæde.
Status for indsatsområder	1) De yngre læger savner ikke feedback, som ved seneste inspektorbesøg. Der gives således udtryk for at der aktuelt er god feedback på de yngre lægers arbejde. Det er inspektorernes indtryk at det ikke er noget specifikt tiltag som har foranlediget denne ændring, men nærmere en kulturændring. 2) Det efterspurgte forum - efter endt vagt - til diskussion af større og mindre problemstillinger er etableret i form af morgensupervision, hvor den tilgående bagvagt laver struktureret supervision af afgående for- og mellemvagt. Tiltaget er veletableret og velfungerende. 3) Den efterspurgte supervision i ambulatoriet og på daghospitalet er aktuelt velfungerende, men det opleves fortsat at det kan være vanskeligt for forvagten at få supervision i Børnemodtagelsen. Der er aktuelt ansat en overlæge som er mere fast tilknyttet i daghospitalet, som arbejder aktivt på at højne supervisionen i modtagelsen i dagtid. 4) De undervisningstiltag som blev etableret i perioden omkring seneste inspektorbesøg består fortsat. Tiltagende vurderes,

	sammen med øvrige undervisningsstilbud, at være særdeles velfungerende. 5) Der er etableret en vejlederkonference hver 3. måned, og der er god tilslutning til mødet hvor de uddannelsessøgende lægers faglige niveau diskuteres. Man bruger i den forbindelse primært tiden på at diskutere forløb hvor der er problemer.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	1) Indsatsområde: Supervision ved krisepsykolog. Forslag til indsats: Fastholde nyligt etableret månedlig gruppesupervision ved krisepsykolog. Tidshorisont: 0 mdr 2) Indsatsområde: Morgenkonference med spotemne. Forslag til indsats: Der har op til inspektorbesøget været et øget fokus på konferencens læringsværdi, der er gensidig enighed om, at det har forbedret konferencen betydeligt. Det er vigtigt at fastholde disse ændringer med fokus på konferencens læringsværdi. Tidshorisont: 0 mdr 3)

	Indsatsområde: At sikre paratheden til at varetage mellemvagtsfunktionen. Indsats: Afdelingen tilbyder bla. kemokursus, punkturdag, transplantationsdag, gennemgang af mellemvagtsquiz - tiltagende gennemføres dog ikke systematisk. Det skal sikres at disse tiltag gennemføres inden første mellemvagt, og den enkelte uddannelseslæge skal kende planen for dette. Tidshorisont: 3-6 mdr 4) Indsatsområde: Systematisk brug af de nye kompetencevurderingsmetoder(bla. Scenarietræmning, refleksiv rapport, Mini-CEX, 360 graders evaluering og kompetencekort) Indsats: Indarbejde ovenstående kompetencevurderingsmetoder systematisk i den kliniske hverdag, som beskrevet i målbeskrivelsen. Tidshorisont: 6-9 mdr 5) Indsatsområde: Vejledersamtaler. Indsats:

	Afdelingen har afsat tid en gang om måneden, til at vejledere og uddannelsessøgende kan mødes. I praksis fungerer det dog kun i begrænset omfang. Minimumsantallet af vejledersamtaler opfyldes - afdelingens egen målsætning er dog at der afholdes vejledersamtaler hver anden måned - for at dette kan sikres skal uddannelsesteamet arbejde på hensigtsmæssige løsningsmuligheder. Desuden var indtrykket at indholdet i vejledersamtalen var vejlederafhængigt, og man kan med fordel arbejde på ensartethed i samtalens indhold. Tidshorisont: 6-9 mdr

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Birgitte Rønn
Cc:	Lise Møller
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 18. marts 2022 på Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling - Sjællands Universitetshospital Køge.
Dato:	16. maj 2022 14:13:55

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 16. maj 2022 13:31

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 18. marts 2022 på Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling - Sjællands Universitetshospital Køge.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Sjaellands-Universitetshospital-Koege/Oto_Rhino_Laryngologi/Inspektorrapport-180322.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på Øre-, Næse- og halskirurgisk afdeling på Sjællands Universitetshospital i Køge.
Afdelingen uddanner læger i introduktions og hoveduddannelsesstillinger og er normeret til 8 læger i hoveduddannelse og 5 introduktionsstillinger.

I besøget deltog fra afdelingen 12 speciallæger inkl. UAO og UKYL (afdelingslæge), 7 uddannelseslæger hvor både introduktions- og hoveduddannelseslæger var repræsenteret. Sygehusledelsen var vel repræsenteret med 5 personer. Der var 3 deltagere fra andre relevante faggrupper.

Afdelingens selvevaluering er foretaget af i alt 23 læger hvor alle uddannelsesniveauer og speciallæger var repræsenteret. Afdelingens egen tema scoring er overvejende særdeles god fraset temaerne uddannelsesplan, medicinsk ekspert, samarbejder, konferencers læringsværdi og lærings- og kompetencevurdering der scores tilfredsstillende. Et enkelt punkt scores utilstrækkeligt det er kommunikator.

Inspektorerne er overvejende enige med afdelingen, undtaget er de 2 temaer kommunikator som er fundet tilstrækkeligt og konferencernes læringsværdi som er fundet særdeles godt. Begge temaer er velbeskrevet hvorfor man har valgt en scoring der afviger fra afdelingens.

Inspektorerne beskriver en afdeling med en god uddannelsesstruktur og et godt læringsmiljø, hvor man har kontinuerligt fokus på afdelingens udvikling og uddannelse af yngre læger. Afdelingen roses for at have fokus på at opretholde uddannelsen i det bedst mulige omfang trods udefrakommende udfordringer under f.eks. covid og sygeplejerskestrejken.
Inspektorerne fremhæver særligt afdelingens meget aktive og synlige forskning som et flagskib.

Ifølge inspektorernes beskrivelse er de indsatsområder man satte ved seneste besøg i 2016 opfyldt.

Under besøget har afdelingen og inspektorerne aftalt følgende indsatsområder:

1. Bagvagtsfunktionen med forslag om at K4 læger indgår i bagvagtsfunktion.
2. Vejleder kursus til flere speciallæger (afdelingen har allerede tilmeldt 7)
3. UKYL; man opfordrer til at der udpeges en uddannelsessøgende læge som ekstra UKYL.

Alle indsatspunkter er fulgt af konkrete forslag til løsninger og begrundelser for forslaget.

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som vi er enige i. Punkter af mere strukturel karakter som f.eks. ansættelse af endnu en UKYL ligger udenfor Sundhedsstyrelsens resort - det forholder sundhedsstyrelsen sig ikke til, men generelt er vi enige i tiltag som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentiale.

Der er her tale om en særdeles velfungerende og robust uddannelsesafdeling der skal have ros for det store arbejde de gør i forhold til den lægelige videreuddannelse. Ovenstående indsatsområder er små detaljer der kan være med til at løfte den gode uddannelse endnu mere.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i foråret 2026 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002609
Afdelingsnavn	Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling
Hospitalsnavn	Sjællands Universitetshospital, Køge
Besøgsdato	18-03-2022

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				X
Uddannelsesprogram				X
Uddannelsesplan			X	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			X	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator				X
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer				X
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				X
Professionel - Læring i rollen som professionel				X
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning				X
Undervisning - som afdelingen giver				X
Konferencernes - læringsværdi				X
Læring og kompetencevurdering			X	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger				X

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	Invers feedback er indført for at optimere læringspotentialet for de uddannelsessøgende læger.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Lægefaglig vicedirektør, Uddannelseskoordinerende overlæge, Cheflæge, Ledende oversygeplejerske
Speciallæger	12 inkl. UAO og UKYL (afdelingslæge)
Uddannelsessøgende læger	1 introlæge, 1 uklassificeret, 6 HU-læger
Andre	1 sygeplejerske, 1 audiologiassistent, 1 lægesekretær

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Louise Rabøl
Uddannelsesansvarlig overlæge	Bent Ivan Holmegaard Larsen
Inspektor 1	Thomas Qvist Barrett
Inspektor 2	Mads Vrelits Filtenborg
Evt. inspektor 3	Katrine Helle Johannsen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Der var tale om et rutinebesøg. Besøget var veltilrettelagt. Relevante faggrupper var repræsenteret på dagen og al relevant materiale var tilsendt forud for besøget. Afdelingen fremstår med god struktur og et godt læringsmiljø. Siden sidste besøg har der været kontinuerligt fokus på afdelingens udvikling og uddannelse af yngre læger.

	På trods af gode intentioner og en overordnet god struktur for afdelingens uddannelse har COVID-19 pandemien, sygeplejerskestrejken og implementering af Sundhedsplatformen sat uddannelsen under pres. Afdelingen har trods dette, haft fokus på at bibeholde uddannelsen i det omfang det har været muligt. De uddannelsessøgendelæger udtrykker tilfredshed med uddannelsen i afdelingen. Introduktionsforløbet for nyansatte læger: Introduktionen til afdelingen er struktureret. Der tilsendes Introduktionsprogram med tjekliste, Uddannelseshåndbog, Administrativ håndbog og Uddannelsesprogram forud for opstart. Der er skemalagt oplæring i de funktioner som de uddannelsessøgende læger skal varetage og nystartede introduktionslæger er vagtfri de første 2 måneder af ansættelsen. Uddannelsesprogram og uddannelsesplan: Alle uddannelsessøgende læger har en individuel uddannelsesplan og hovedvejleder. Der er 6 speciallæger med vejlederkursus og 7 speciallæger tilmeldt vejlederkursus. Kommunikator: Udover patientkommunikationen, er der daglig konferering med ambulatoriechef, drøftelse af patienter til konferencer samt ambulatoriedage med seniorlæge eller med en søjlespecialiseret supervisor. Der er gode muligheder for brug af Mini-CEX som også vil blive fremhævet i takt med indførelse af kompetencekort. Derudover er der kommunikationen på tværs af faggrupper. 360 graders evaluering foretages og invers feedback er implementeret efter initiativ fra UKYL.

	Konference: Der er høj læringsværdi i konferencerne. Konferencerne er struktureret. Flere gange ugentligt er der morgenundervisning. Hver middag mødes alle afdelingens læger til gennemgang af patienter med stort udbytte for de uddannelsesøgende læger. Konferencer som vi inspektorer i høj grad mener, at afdelingen bør holde fast i. Akademiker: Afdelingens uddannelsessøgendelæger deltager i den interne undervisning på afdelingen samt i undervisningen af medicinstuderende. Undervisning: De uddannelsessøgende læger udtrykker tilfredshed med den uddannelse som afdelingen giver. Der er på afdelingen oprettet nationalt kursus i UL samt septumplastik og FESS. Endnu flere tiltag er i støbeskeen. Forskning: Med 38 artikler peer-reviewed sidste år og en professor, der er synlig og tilgængelig på afdelingen og varetager afdelingens kvalitetsansvar, må afdelingens forskning fremhæves som et flagskib. Leder/administrator/organisator: Afdelingen har 2 vagtlag. Uddannelsessøgende læger varetager forvagten og i meget begrænset omfang kan senkursister have bagvagtsfunktion i dagstid. Bagvagtslaget består af speciallæger i vagttid. Senkursister efterspørger erfaring som bagvagt og inspektorerne foreslår at K4 indgår som bagvagt som minimum i dagtid og om muligt i vagten. Som senkursist deltager man i visitationen af patienter. UAO og UKYL:

	Uddannelsesteamet har tydeligvis gjort et stort arbejde med at strukturere uddannelsen på afdelingen. Det tunge administrative arbejde for uddannelsen i afdelingen er på plads og der foreligger et grundigt forarbejde. Inspektorerne foreslår, at der grundet den store mængde af uddannelsesrelaterede opgaver, udpeges endnu en UKYL blandt afdelingens uddannelsessøgende læger. Inspektorer finder det væsentligt at yderligere UKYL rekrutteres og afløses løbende i gruppen af uddannelsessøgende. Arbejdstilrettelæggelsen: Siden sidste besøg, er der blevet tilknyttet en uddannelsessøgende læge til vagtplanlægningen. UAO involverer sig ligeledes i planlægningen af vagtskemaet. Afdelingen har et søjleopdelt rul for uddannelsessøgende læger. Dette har været svært at gennemføre gr. COVID-19 og sygeplejerskestrejke. Når omstændighederne tillader det, anbefales tilbagevenden til det søjleopdelt rul, som har stor uddannelsesmæssig værdi. En mulighed i det søjleopdelte rul kunne være, at tilkoble et fast antal OP-dage indenfor søjlen. Dette vil medføre en mere struktureret kirurgisk oplæring og at de kirurgiske kompetencer opnås. Sundhedsplatformen: En udefrakommende faktor, som afdelingen ikke er herre over, er Sundhedsplatformen. Inspektorerne synes, at den bør næves, idet Sundhedsplatformen har betydet en væsentlig forringelse af uddannelsen. Der er igennem implementering af Sundhedsplatformen pålagt lægerne mange administrative opgaver, der tager tid fra patienterne. Dette betyder at de uddannelsessøgende læger og speciallæger ser betydeligt færre patienter og at uddannelsen herigennem forringes.

	Selvevalueringen: Kommunikator – læring i rollen som kommunikator. Inspektorerne har overfor gruppen af uddannelsessøgende, præciseret hvad punktet indeholder, og har i enighed med gruppen valgt at flytte punktet op i ”Tilstrækkelig”. Evalueringen ender således særdeles flot. Konklusion: Øre-, Næse- og Halskirurgisk afdeling i Køge er en afdeling, der kan og vil uddannelse. Der er en flot formel struktur for uddannelsen og en god uddannelseskultur på afdelingen. Afdelingen har igennem den seneste tid været ramt af ydre omstændigheder i form af COVID-19, sygeplejerskestrejke samt implementering af Sundhedsplatformen. Afdeling er på trods heraf nået lang i at udnytte sit store potentiale. Forskningsaktiviteten er beundringsværdig. Vi er imponerede over det fokus der lægges i at give lægelig videreuddannelse på Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge.
Status for indsatsområder	Introduktionsforløbet for yngre læger er strukturet. Der foreligger et veltilrettelagt introduktionsforløb både for Intro- og HU læger. Fyldestgørende introduktionsmateriale er tilsendt forud for opstart og den første tid på afdelingen skemalagt mhp. introduktion til afdelingens funktioner. Der er udfærdiget en tjekliste og følgevagt skemalagt. Der er skemalagt faste fælles vejledermøder med UAO Mini CEX gennemføres i et vist omfang og kommer i fremtiden til at blive endnu mere udbredt i takt med den ny Målbeskrivelse og dertil hørende kompetencekort.

	Der er en uddannelsessøgende læge der er involveret i skemaplanlægningen, mhp. at varetage uddannelsessøgende lægers interesse.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Bagvagtsfunktion Forslag til indsats: K4 læger bør indgå i bagvagtslaget i dagtid og om muligt i vagttid Tidshorisont: 4 måneder Nr. 2 Indsatsområde: Vejlederkursus Forslag til indsats: Gennemført vejlederkursus for de 7 tilmeldte vejledere. Tidshorisont: 6 måneder Nr. 3 Indsatsområde: UKYL Forslag til indsats: Uddannelsessøgende læge som ekstra UKYL Tidshorisont: 2 måneder

Fra:	Benni Bees
Emne:	Om inspektorrapporten fra et ekstraordinært besøg den 12. maj 2021 på Ortopædkirurgisk afdeling, Nordsjællands Hospital Hillerød.
Dato:	6. august 2021 10:18:03

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Nordsjaellands-Hospital/ortopaedkirurgi/Inspektorrapport-120521.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et ekstraordinært besøg på en ortopædkirurgisk afdeling, der varetager uddannelsesfunktion for 17 læger i Klinisk basisuddannelse, seks læger i introduktionsuddannelse i Ortopædisk kirurgi, fire læger i hoveduddannelse i Ortopædisk kirurgi og to læger i sideuddannelsesophold som en del af hoveduddannelsen i Plastikkirurgi. Fra foråret 2022 forventes 4½ årsværk med læger i hoveduddannelse i Almen medicin.

Besøget var blevet foranlediget på baggrund af et ønske via Yngre Lægers tillidsmandssystem. Efter en bekymringsskrivelse til sygehusledelsen er der i november 2020 iværksat et udviklingsprogram ”Milepælsprojektet” hvor lægelig uddannelse indgår som en af fire akser. Første evaluering af dette projekt er planlagt til juni 2021.

Afdelingen angiver at der i selvevalueringen deltog 21 uddannelseslæger i 2020 og 9 i 2021 (heraf kan være enkelte dubletter (besøget var oprindeligt planlagt til efteråret 2020, men kunne grundet COVID-19 først effektueres foråret 2021)). Inspektorerne angiver at selvevalueringen er udført som spørgeskemaundersøgelse uden drøftelse i plenum. Sundhedsstyrelsen skal gøre opmærksom på at selvevalueringen er et vigtigt redskab til refleksion og en mulighed for at drøfte hvordan man eventuelt kan bedre uddannelsesforholdene. Selvevalueringen sigter mod at synliggøre og bevidstgøre afdelingens styrker og svagheder i videreuddannelsen af læger. Derfor er det intentionen at afdelingen arbejder med selvevalueringen med flest mulige deltagere inklusive uddannelseslæger, speciallæger og andre personalegrupper, for at give et nuanceret billede af uddannelsesforholdene i afdelingen og som inspektorerne kan tage udgangspunkt i ved besøget.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 13 uddannelseslæger, lægelig vicedirektør, speciallæger og sygeplejersker.

Afdelingen vurderer arbejdstilrettelæggelsen som særdeles problematisk, ti temaer (uddannelsesprogram, uddannelsesplan, medicinsk ekspert, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker, forskning, undervisning, læring og kompetencevurdering og læringsmiljøet på afdelingen) som utilstrækkelige og fem temaer som tilstrækkelige. Inspektorerne vurderer arbejdstilrettelæggelsen som særdeles problematisk, seks temaer (uddannelsesprogram, uddannelsesplan, forskning, undervisning, læring og kompetencevurdering og læringsmiljøet på afdelingen) som utilstrækkelige og ni temaer som tilstrækkelige.

Inspektorerne beskriver foruden det igangværende arbejde med ”Milepælsprojektet” flere velfungerende, nye tiltag som nyt introduktionsprogram og nyetableret uddannelsesteam bestående af uddannelsesansvarlig overlæge, to uddannelseskoordinerende yngre læger og tillidsrepræsentant.

Angående arbejdstilrettelæggelsen som både afdeling og inspektorer finder særdeles problematisk så beskriver inspektorerne den centraliserede arbejdstilrettelæggelse som ”uden fokus på uddannelse således at kompetencerne kan opnås”.

Der var ved inspektorbesøget i 2016 aftalt fem indsatsområder, der ikke er blevet fuldt implementerede.

Der er aftalt seks indsatsområder, særligt i forhold til supervision, vejlederfunktion og kurser.

Inspektorerne peger endvidere på et indsatsområde inden for uddannelses- og arbejdsmiljø som er af mere strukturel karakter. Sundhedsstyrelsen har ingen bemærkninger til dette, da det vurderes at falde uden for rammerne af inspektorordningen, men ser naturligvis positivt på at afdelingen er opmærksom på og forsøger at finde konstruktive løsninger på udfordringer mod uddannelsesmiljøet. Inspektorbesøgets efterforløb har været usædvanligt, idet inspektorerne har foreslået at udarbejde en handleplan med input fra "Milepælsprojektet" til Sundhedsstyrelsen. På baggrund af rapportudkastet har afdelingen allerede fremsendt dette. Denne opfølgning der i 12 punkter adresserer de aftalte indsatsområder og andre forhold af betydning for afdelingens videreuddannelse er til Sundhedsstyrelsen vedlagt inspektorrapporten og inspektorerne har medio juni tilføjet en kommentar derpå til inspektorrapporten.

Inspektorerne anbefaler at afdelingen bør have et opfølgende inspektorbesøg efter 18 måneder. Sundhedsstyrelsen er enig i inspektorernes vurdering af afdelingens videreuddannelse som utilfredsstillende, ud fra en helhedsvurdering der bl.a. inddrager omfanget af temaer der scores som utilstrækkelige eller særdeles problematiske, at særligt vægtede temaer som uddannelsesprogram, uddannelsesplan, læring og kompetencevurdering og arbejdstilrettelæggelsen scores lavt og beskrivelser i prosadelen af rapporten såsom "et presset uddannelsesmiljø" og "nedprioritering af uddannelse".

Sundhedsstyrelsen udbeder sig at afdelingen senest pr. 1. april 2022 indsender en skriftlig status på arbejdet med at fremme uddannelsesmiljøet og de aftalte indsatser. På baggrund af denne status vil Sundhedsstyrelsen tage stilling til hvornår et opfølgende inspektorbesøg skal gennemføres.

Henvendelser i forbindelse med Inspektorordningen til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002604
Afdelingsnavn	Ortopædkirurgisk afdeling
Hospitalsnavn	Hillerød Hospitalerne i Nordsjælland
Besøgsdato	12-05-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen			X	
Uddannelsesprogram		X		
Uddannelsesplan		X		
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			X	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			X	
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning		X		
Undervisning - som afdelingen giver		X		
Konferencernes - læringsværdi			X	
Læring og kompetencevurdering		X		
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger	X			

Læringsmiljøet på afdelingen		**X**		

Særlige initiativer	Efter bekymringsskrivelse til Sygehusledelsen er der i november 2020 iværksat et udviklingsprogram "Milepælprojektet". Projektethar fire akser med områder der skal arbejdes med i afdelingen, den ene akse er lægelig uddannelse. Der er aftalt evaluering i juni 2021 - og foreløbige resultater er ikke tilgængelige på skrift.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	18

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Lægelig vicedirektør Thomas Houe
Speciallæger	5 af 25
Uddannelsessøgende læger	13
Andre	Sygeplejesker med ansvar for afvikling stuegang

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Leif Berner Hansen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Britt Siesing-Mejer
Inspektor 1	Hans RI Jørgensen
Inspektor 2	
Evt. inspektor 3	Rikke Kjer Oksen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Besøget var blevet ønsket af YL via tillidsmandsystemet i efteråret 2020, men kunne først effektueres nu pga Covid-19.

	Selvevalueringsraporten var udfyldt ved en spørgeskemaundersøgelse – og har således ikke været igennem en drøftelse i plenum. Dette var måske en medvirkende årsag til den lave vurdering - især undervurderet mht medicinsk ekspert, leder/adm, sundhedfremmer. Besøget var velplanlagt med deltagelse af samtlige personalegrupper (undtaget oversygeplejersken pga særlige omstændigheder) De medsendte oplysninger var sufficiente til belysning af baggrunden for det ekstraordinære besøg. De uddannelses søgende læger gav udtryk for, at der var massive problemer med vagtbelastning, vagtopgørelse, fokus på produktion og nedprioritering af uddannelse – hvilket havde bevirket et presset uddannelsesmiljø. De "nye KBU'er" gav udtryk for de havde været igennem et nyt introprogram. Programmet varede 14 dage med et relevant indhold og mulighed for følgevagter iværksat af ny UAO og de to UKYL'er Ovennævnte indgår i et nyetableret uddannelses-team på afdelingen med møder mellem UAO, 2x UKYL, TR. UAO deltager i YL møder på månedsbasis. UAO og UKYL har dedikeret tid og UAO har møder med den ledende overlæge. Der er nu etableret undervisning – og inspektorerne overværede den første seance på 15 min med godt fremmøde og relevant emne fremført af KBUlæge . Dette bør udvides til Intro og H-læger på sigt. Det nye introprogram inkl. Undervisning tegner godt –og på sigt er der planer om onboarding-program for alle nye . I konferencerummet er der synlig kompetencetavle, der er ajourført for alle uddannelseslæger Sygehusledelsen har i samarbejde med afdelingsledelsen iværksat "Milepæl projektet" efter bekymringsskrivelserne. Der er fire procesakser, der skal understøtte de afdækkede

	mangler/den ønskede udvikling med første evaluering i juni 2021. Herunder at tiltag beskrevet i sidste Inspektorrapport fra 2016 ikke er implementeret – systematisk morgenundervisning 2x 15 min, styrkelse af vejlederkorset, HU-læger med sektorallokering og anvendelse af i specialet kompetence evaluerings metoder . Morgenkonferencen er struktureret, men der mangler tid til faglig diskussion. Forvagten går hjem efter morgenkonference, men der er fra forvagterne ønsker om at deltage i morgenens røntgenkonference (incl skader). Stuegangsfunktionen varetages af yngre læger med speciallæge tilstede i afsnittet – og det understøttes ved sygeplejerske med specialiseret funktion til visualisering i SP til afvikling af stuegangsfunktionen Ambulatoriefunktionen er for YL uden planlagt supervision for den blandende patientgruppe der ses.Der er kørt een enkelt prøve med et tandem-amb med YL- koblet til speciallæge, som viste at det var muligt at afvikle praktisk og fysisk. Alle uddannelsessøgende læger er tildelt en vejleder, de har kendskab til uddannelsesprogrammet,de har alle uddannelsesplaner og løbende vejledersamtaler – som dog kan være vanskelige at få afviklet. Der er sket en centralisering af vejlederfunktionen til de interesserede – men det bevirker op til 4 uddannelsessøgende per vejleder. Der anbefales at afdelingen højner vejlederfunktionen med vejlederkursus til speciallæger – og på sigt breder funktionen ud til flere. Der skal arbejdes med uddannelseskulturen således der er en struktureret tilgang til feedback med brug af tandem ambulatorier, synlig kompetencetavle og brug af udfyldte kompetenceskemaer før udførelse af selvstændige operationer.

	UAO og UKYL'er er engagerede og har et godt samarbejde. De har allerede opnået resultater på kort tid. Arbejdstilrettelæggelsen er nu centraliseret for flere afdelinger som et centralt tiltag – men kræver gentagne tilretninger for at kunne fungerer. Den centrale planlægning tilstræber at timeregnskabet passer - men uden fokus på uddannelse således at kompetencerne kan opnås . Man har allerede haft fokus på introduktionen til afdelingen til det nye hold KBUlæger og nyansatte i foråret 2021. Det ernu er udvidet med fælles relevant undervisning og flere følgedage indenfor de første 14 dage, dette har fået ros af nye læger i afdelingen. Man har på afdelingen fokus på produktion/ elektivt kirurgi : alloplastik, fod-ankel, hånd og skulder. Som den mindste ortopædkirurgiske afd i RH er man ikke kommet så langt i sektionering i subspecialer – og dermed rotering i uddannelsesmæssig sammenhæng. Der er akut traumatologi med skadestue (udenfor FAM) – og desuden lægebemandes skadeklinikker på to andre matrikler – hvor lægebemandingen fra afdelingen klares ved fastansatte ikke klassificerede stillinger.
Status for indsatsområder	De aftalte fokusområder fra sidste Inspektorbesøg er ikke fuldt implementeret/gået i stå Der bør udarbejdes en handleplan af afdelingsledelsen og Sygehusledelsen med input fra "Milepælsprojektet" som forventes fremlagt juni 2021 Tidsrammen her er primo august 2021
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	1. Bedre mulighed for supervision – Oprettelse af tandem-ambulatorier evt. sektor-opdelt, samt feedback på

	skadeskort, mulighed for at forvagterne kan gå med til røngent konf. og sikre direkte supervision af uddannelseslægen på Akutlejet og på stuegang. Dette indenfor 3 mdr 2. Bedre system i behandling af kursusansøgninger fra uddannelsessøgende læger – Oprettelse af klart og gennemskueligt system , hvor ansøgninger vurderes ofte fx hver måned med tilbagemelding. – Straks 3. Styrkelse af vejlederfunktionen – Sikre at alle vejledere har vejlederkursus, samt på sigt sørge for at flere (både YL og speciallæger) deltager i vejlederfunktionen - 12 mdr 4. Arbejde med uddannelses- og arbejdsmiljø på afdelingen og dermed skabe en bedre læringskultur. Afdelingsledelsen bør sikre at vakancer og øget vagtbelastning ikke øger timeforbruget for YL - og dermed reducerer dagstidstilstædeværelsen. Der er bragt mulige modeller frem med OP-assistenter til alloplastikker, ikke klassificerede stillinger til vakancedækning og evt dækning af skadestuefunktioner ved almenbloklæger - der forholdsvis hurtigt vil kunne frigøre timer til de pressede udannelsesfunktioner. Dette vil kræve hjælp fra hospitalsledelsen. 5. Sikre at UAO har indflydelse på arbejdsplanlægningen for at sikre supervision til I-og HU læger på akutlejet samt at tandemambulatorier bemandes hensigtsmæssigt. 6. Tilstræbe at YL uddannelsesmæssigt oplever en vis grad af subspecialisering – fx MV fast på akut lejet med traumatolog som supervisor, ”Blandede- bolsjer” ambulatorer for YL ændres , HU fase III får rotationsordning med ophold i de allerede etablerede ALLO, Hånd, FOD/ankel, skulder/albue og sår og amputation

	Der bør udarbejdes en Handleplan der indsendes til SST primo august 2021 - der beskriver de forventede tiltag på baggrund af Inspektorrapporten og uddannelsestiltag i det igangværende " Milepælprojekt". Tilføjelse medio juni 2021 Der foreligger nu en opdatering med en Handleplan 11. juni 2021 fra afdelingen ved UAO og Ledende overlæge, hvor man omfattende beskriver hensigter og tidsplan for anførte punkter i Inspektorrapporten hvor inspektorerne især bemærker: Det er entydigt hvilken traume BV der superviserer Der er indført tilbagemelding om kursusansøgning ved led ovl og UAO indenfor 14 dage Der er tilført ressourcer til ekstra FV/MV lag i dagtiden for at imødegå arbejdsmiljøbelastning fra 1 august 2021 Der er beskrevet skematisk af UAO for rulleplanlæggerne centralt hvorledes rul for FV og MV skal tage hensyn til kompetencer og uddannelses hensyn med start i rul fra 1. september 2021 Der er beskrevet hvorledes ambulatoriefunktion for YL skal opdeles i deciderede skadeambulatoriet – og sektorrelaterede ambulatorier fra 1 september 2021 – desværre uden klar beskrivelse af muligheder for supervision og feedback. Beskrivelsen ”flankeret af afdelingslæger” tyder ikke på opbygning som tandem ambulatorier eller inddragelse af overlæger i subspeciale-ambulatorier.

Nordsjællands Hospital

Ortopædkirurgisk Afdeling

Ortopædkirurgisk Afdeling
Nordsjællands Hospital
Dyrehavevej 29
3400 HIllerød

Opgang 0172
Telefon 48293649
Direkte 48296911
Fax 48293619
Mail Julie.la.Cour@regionh.dk

Dato: 11. juni 2021

Opfølgning inspektor rapport:

1. Arbejdstilrettelæggelse: Vagtplanlægningen er blevet udlagt til administrationen for næsten hele Nordsjællands hospitals læger. I vores afdeling foreløbig kun for- og mellemvagter. Dette har vi flere gange påpeget er direkte hæmmende for fleksibilitet og koordination af uddannelse, og bevirker at der tilrettes op til 4 gange på udkomne vagtplan, da der ikke er læger ansat til denne funktion, men en HK'er og en portør, som har lagt vagtplaner for portører, men aldrig læger. Dette medfører mange konferencer med både UAO, TR og ledende overlæge ang. hvem der kan bestride hvilke funktioner og adskillige ad hoc- opgaver. Der er nu udarbejdet komplicerede og differentierede rul, som forhåbentlig kan imødegå disse mange rettelser, herunder at der præciseres hvilke læger der er i HU stilling, intro-stilling og KBU i første halvdel og KBU anden halvdel. Dette for at sikre at funktionerne passer til uddannelsesniveau og kompetencekrav. Disse implementeres 1/9-2021. Der er umiddelbart ikke udsigt til, at denne beslutning om central vagtplanlægning vil blive lavet om fra direktionens side.

2. Skadekonference: afgående og tilgående forvagt går med til skadekonf. direkte. Det er accepteret fra skadestuen, at disse læger deltager i denne konference således at læringsniveauet løftes.

3. Introduktionsprogrammet.
    a. Det er allerede blevet optimeret og tilpasset
    b. Det er vigtigt at vi fastholder programmet, samt om ca. 3 måneder evaluerer på hvordan de nyansatte har oplevet det. Herefter kan der foretages justeringer.

4. Supervision af yngre læger på akutlejet prioriteres højt ved, at der er oprettet traume-BV funktion, dvs. en af traumatologerne har hver dag

funktion på akutlejet fra 7.30-18.00 (mandag -fredag) og superviserer en yngre læge til akutte operationer. Vi har planlagt at indføre uddeling af præmie til "Månedens supervisor" inkl. et emblem som skal bæres synligt af pågældende supervisor. Dette opstartes efter sommerferien.

5. Kursusansøgninger for uddannelseslæger ændres proceduremæssigt: der udvikles et excel-ark, som man skal udfylde ved ansøgning og disse gennemgås ugentligt ved ledende overlæge og UAO mhp tildeling af kursus og finansiering.

6. Morgenkonferencer, og lærings udbytte
    a. Indtil videre fastholder vi, at en traumelæge (gerne 7.30-18 traume-BV), sammen med afgående mv, før morgen-konf gennemgår de 2-3 nyeste patienter der skal præsenteres på morgen konf.
    b. Øvrige patienter gennemgås på røntgenkonferencen. Vi vil evaluere på hvilken røntgenlæge der er til stede. For at sikre en høj kvalitet.
    c. Onsdagsprogrammet fastholdes med undervisning og møder i subsektioner og yngre læger
    d. Tirsdag, torsdag og fredag skal der foregå morgenundervisning i 10 minutter. Undervisningen skal tilgodese at de yngre får undervist og at de ældre får lært fra sig.

       Det skal derfor foregå i et mix mellem Intro-, HU- og speciallæger. Der lægges et program med udvalgte emner ved UKYL og det er opstartet. Der er derudover lagt program for seniore læger som underviser tirsdag og torsdag morgen. Dette er ligeledes opstartet.

7. Øvrig undervisning
    a. Der vil fortsat køre månedens case, der vil blive rundsendt en skriftlig besvarelse, samt en gennemgang af casen på en udmeldt eftermiddags konference
    a. Der skal opstartes en månedlig journal club ansvarlig UKYL/ HU-læge (dette opstartes efter sommerferien).
    b. Der skal foretages osteosyntese gennemgang to eftermiddage om ugen, for at evaluere på resultat af osteosynteser, principper mm.

       Ansvarlig: traumesektionen. Ovenstående skal der findes plads til, ved at eftermiddagskonferencen speedes up. Så der er tid til læring. Evt må konference foregå i reservelægekontoret med afgående og tilgående vagthold. Opstart 1/8.

    c. Masterclass: Der påtænkes planlægning af kvartalsvis masterclass undervisning. Hvilket tænkes som en eftermiddag fra

15:30 til 17:30 for alle hu og I læger. Dette kan afholdes skiftevis ved sektionerne. Det kan være en blanding af teori og praktik.

8. Sektor-ophold for HU læger
    a. Det er vigtigt at dette overholdes og respekteres, for at optimere læring. Der er bygget sektionering på skemaer og sekretærerne booker operationer og ambulatoriepatienter tilegnet sektioneringen.
    b. Når man er i sektions-ophold, råder de enkelte sektioner over kursisten på operationsgangen og i amb. Der vil blive bygget rul for de enkelte kursister, sådan at de kan varetage bagvagt på forud bestemte dage, mens de er i sektionsophold. Opstart når rul er bygget 3-6 måneder.

9. Ambulatorier, inkl. feedback på dette
    a. Der er foretaget tilpasning af ambulatorielister således at man i sektionsophold har kursist ambulatorier rettet mod fod-ankel, allo-, skulder, hånd og traume.
    b. Der skal for traumedelen etableres et regelret skadeambulatorie kun med skadekontroller. Dette bemandes af erfarne forvagter x 1 dagligt – er bygget ind i de nye rul som implementeres fra september 2021
    c. Der skal for traumedelen etableres differentierede ambulatorier på mv niveau – dette er bygget ind som to forskellige amb. Et med operationskontroller og et med skadekontroller, der køres dagligt 2 ambulatorier, implementeres 1/9-21.
    d. Tandem-amb oprettes for forvagter om tirsdagen, flankeret af erfaren MV og om fredagen for mellemvagter, flankeret af afdelingslæger. Disse er bygget ind i de nye rul som implementeres 1/9-21.

10. Feedback på operationer
    a. Der skal fortsat føres kompetencetavle som hænger i konf. rummet
    b. Ugentlig osteosyntese-gennemgang, vil fremme den teoretiske viden.
    c. Der påtænkes at udføre evaluering efter hver supervision, metoden er aktuelt til overvejelse, men vi har opstartet feedback med kompetencekortet fra porteføljen for intro- og HU-læger. Dette ark er printet og ligger på operationsgangen. Alle yngre læger informeres om at dette så vidt muligt skal udfyldes efter hver operation og scannes ind og sendes til UAO.

11. Vejleder funktion inkl. kurser

a. Vi har valgt at der er forholdsvis få, men passionerede vejledere, som vægter vejledning og uddannelse højt, dog vil korpset formentlig blive udvidet lidt.
b. De fastlagte samtaler afholdes og prioriteres i dagligdagen således at andre funktioner lukkes ned, imens der afholdes samtaler. Derudover er det accepteret fra ledelsen, at man skriver timer på for møder, som ikke har kunnet planlægges inden for alm. arb. tid.
c. Der er lagt skabeloner for uddannelsesplaner ud på afdelingens hjemmeside, disse vil blive opdateret i løbet af juni 2021.
d. For at understøtte den enkelte vejleder, tilstræbes det at man kommer på vejleder kursus så hurtigt som muligt, hvis man endnu ikke har et kursus.
e. Der påtænkes indført systematisk gennemgang af introduktionslæger og kursister udover den vanlige uformelle gennemgang af yngre læger på de månedlige bagvagtsmøder. Der skal udfærdiges evalueringsskema, som udfyldes af vejleder og uddannelseslægen og gennemgås efter samtykke med den pågældende uddannelseslæge. Uddannelseslægerne vil derefter blive gennemgået på bagvagtsmøderne. På det månedlige bagvagtsmøde, kan man derefter f.eks. i januar drøfte introlæger, i februar drøfte 1.+2. års kursister og i marts drøfte 1. reservelæger. Herefter starter man forfra. Evalueringsskemaet skal gemmes i den enkelte læges uddannelsesmappe. Dette forventes opstartet fra 1/9-21.

12. Arbejdsmiljø: der er oprettet og finansieret et ekstra forvagtslag, med opstart 1/8-21. Dette implementeres allerede lidt i juli (fredag, lørdag søndag og mandag). Dette skal medføre, at der kan dækkes aften-nattevagter med 2 forvagter i vagt. Dette for at aflaste forvagten om natten og mellemvagten om aftenen. Denne ekstra forvagt kan aflaste forvagten med optagelse af akutte journaler og tilsyn af akutte patienter i skadestuen, og mellemvagten med stuegangsopgaver og ad hoc-opgaver i afdelingen i løbet af aftenen. Dette vil medføre øget mulighed for hvile i løbet af natten for forvagterne, det forudsættes at man hviler på skift, og at mellemvagten kan få mere ro til at operere og passe traumekald.

Alt i alt mange nye tiltag som vi forventer os meget af, men vi vil løbende evaluere på tiltagene og justere ved behov.

Første evaluering vil med fordel kunne foregå i oktober måned på lægefaglig temadag.

Ved ønske om yderligere uddybning kan

Uddannelsesansvarlige overlæge		Ledende overlæge
Britt Siesing-Mejer	og	Leif Berner Hansen

kontaktes.

Opfølgning inspektor rapport:

1. Arbejdstilrettelæggelse: Vagtplanlægningen er blevet udlagt til administrationen for næsten hele Nordsjællands hospitals læger. I vores afdeling foreløbig kun for- og mellemvagter. Dette har vi flere gange påpeget er direkte hæmmende for fleksibilitet og koordination af uddannelse, og bevirker at der tilrettes op til 4 gange på udkomne vagtplan, da der ikke er læger ansat til denne funktion, men en HK'er og en portør, som har lagt vagtplaner for portører, men aldrig læger. Dette medfører mange konferencer med både UAO, TR og ledende overlæge ang. hvem der kan bestride hvilke funktioner og adskillige ad hoc-opgaver. Der er nu udarbejdet komplicerede og differentierede rul, som forhåbentlig kan imødegå disse mange rettelser, herunder at der præciseres hvilke læger der er i HU stilling, intro-stilling og KBU i første halvdel og KBU anden halvdel. Dette for at sikre at funktionerne passer til uddannelsesniveau og kompetencekrav. Disse implementeres 1/9- 2021. Der er umiddelbart ikke udsigt til, at denne beslutning om central vagtplanlægning vil blive lavet om fra direktionens side.

- Vi har samarbejdet med vagtplanlægger om at lave nye rul, som tager højde for de forskellige typer stilling, som yngre læger er ansat i. Der er dog stadig en del problemer med vagtplanlæggerens evner, og derfor har vi presset på for at få en anden. Dette er nu lykkedes og pr. 1/3 vil der være en ny der tager over. Det er dog stadig central vagtplanlægning, og vi ved ikke om det bliver en forbedring lige nu. Vi håber.
  Der er stadig behov for at vi har en yngre læge ansat til at være vagtplanlægger, for at sikre at alle funktioner besættes med de rigtige mennesker. Jeg får dog positive tilbagemeldinger fra de yngre læger mht arbejdstilrettelæggelsen, særligt fordi vagter er mere ligeligt fordelt og det samme gælder op-dage og amb-dage.

2. Skadekonference: afgående og tilgående forvagt går med til skadekonf. direkte. Det er accepteret fra skadestuen, at disse læger deltager i denne konference således at læringsniveauet løftes.

- Vi har sammen med direktionen udarbejdet en række direktiver for forvagter og mellemvagter samt skadebagvagt, således at der er fælles forståelse for at forvagten deltager i undervisning på morgenkonf. Vi har aftalt at afgående forvagt kontakter skadestuen telefonisk kl. 07:50 for at høre om tilstedeværelse er nødvendig og tilgående forvagt vil derefter blive kontaktet mhp. at starte op i skadestuen. Dette vil gælde særlige dage, men oftest vil der være fin mulighed for at deltage i morgenundervisning og skade-rtg. konference.
- Skade-mv møder i skadestuen 08:30 for at deltage i tavlemøde mhp. fordeling af opgaver i samarbejde med koord. spl.

3. Introduktionsprogrammet. a. Det er allerede blevet optimeret og tilpasset b. Det er vigtigt at vi fastholder programmet, samt om ca. 3 måneder evaluerer på hvordan de nyansatte har oplevet det. Herefter kan der foretages justeringer.

- Intro-programmet kører fuldstændig uden problemer og styres af TR og uddannelsesteam som består af 2 UKYL'er og to yngre læger som er fast tilknyttet uddannelsesteamet.
- Ved skift af disse medlemmer foretages, efter individuel vurdering og positivt tilsagn, "nyansættelse" i teamet.
- Evalueringer er foretaget mundtligt ved månedlige yngre læge møder med deltagelse af UAO. Der kommer gode positive tilbagemeldinger – faktisk også fra de yngre læger der afholder undervisning af nye kolleger.

4. Supervision af yngre læger på akutlejet prioriteres højt ved, at der er oprettet traume-BV funktion, dvs. en af traumatologerne har hver dag funktion på akutlejet fra 7.30-18.00 (mandag -fredag) og superviserer en yngre læge til akutte operationer. Vi har planlagt at indføre uddeling af præmie til "Månedens supervisor" inkl. et emblem som skal bæres synligt af pågældende supervisor. Dette opstartes efter sommerferien.

- Der er oprettet traume-BV og funktionen kører uden ophold, det er lykkedes at sikre at der er en intro-læge eller HU-læge som superviseres af traume-bv stort set hver dag – vi har dog været udfordret at sygeplejestrejke og opsigelser på sygeplejesiden således at der har været lukket kraftigt ned for operationskapaciteten. Vi har kørt på halv kraft. Det har dog, på trods heraf, fortsat været højt prioriteret at standard-operationer (hoftefraktur, håndledsfraktur, ankelfraktur) udføres af YL med supervision af senior læge.
- Månedens supervisor er nu blevet uddelt 3 gange og der er rigtig god opbakning til konceptet. Der er et stigende antal yngre læger som "nominerer" og faktisk er seniore læger begyndt at nominere ligeledes. Stor succes. Der er også en stor stolthed i at blive udnævnt til månedens supervisor – seneste kommentar til udnævnelsen var – fedt! Så bliver vi ved… Dejligt.

5. Kursusansøgninger for uddannelseslæger ændres proceduremæssigt: der udvikles et excel-ark, som man skal udfylde ved ansøgning og disse gennemgås ugentligt ved ledende overlæge og UAO mhp. tildeling af kursus og finansiering.

- Dette er ligeledes fuldt implementeret. Vi gennemgår ansøgningerne og godkender så mange som muligt. Det har dog vist sig at det ikke er nødvendigt at gøre dette ugentligt, men hver 14. dag. Kursusbudgettet er ikke så stort, men vi tilsigter at bruge det fuldt ud, og læger i intro-uddannelse får som standard, godkendt betaling af AO-basic eller ATLS kursushonorar. Derudover er det målet, at så mange læger som muligt skal have glæde af pengene.
- Derudover medfører skemaet et bedre overblik over hvilke læger der har været på hvilke kurser og hvem der mangler.

6. Morgenkonferencer, og lærings udbytte

a. Indtil videre fastholder vi, at en traumelæge (gerne 7.30-18 traume-BV), sammen med afgående mv, før morgen-konf. gennemgår de 2-3 nyeste patienter der skal præsenteres på morgen konf.

- Dette er fuldt implementeret og fungerer rigtig godt – traume-bv briefer afgående mv kort i dagens vigtigste pt. og tilretter ændringer i dagens operationer mht. rækkefølge og aflysninger af lejer (som der desværre har været meget af), men som ser ud til lige så stille at bedres.

b. Øvrige patienter gennemgås på røntgenkonferencen. Vi vil evaluere på hvilken røntgenlæge der er til stede. For at sikre en høj kvalitet.

- Vi har forsøgt at højne læringen på rtg konferencen, men dette er af svingende karakter. Muligvis trækker vi resten af konferencen op til os selv og nøjes med at gennemgå CT scanninger og indlagte ptt. på rtg. konf. Dette må vurderes efter nytår (vores ene meget dygtige radiolog går på orlov i et år) fra 1/1-22. Når der er gået et par måneder af 2022 vil vi tage en snak om dette.

c. Onsdagsprogrammet fastholdes med undervisning og møder i subsektioner og yngre læger

- Her er ligeledes indført YL møde med deltagelse af UAO hver 3. onsdag i måneden. Dette fungerer som defuser for YL og som informationskilde for UAO mhp. hvilke tiltag der fungerer i afdelingen og hvad der kan forbedres eller fungerer godt.

d. Tirsdag, torsdag og fredag skal der foregå morgenundervisning i 10 minutter. Undervisningen skal tilgodese at de yngre får undervist og at de ældre får lært fra sig. Det skal derfor foregå i et mix mellem Intro-, HU- og speciallæger. Der lægges et program med udvalgte emner ved UKYL og det er opstartet. Der er derudover lagt program for seniore læger som underviser tirsdag og torsdag morgen. Dette er ligeledes opstartet.

- Dette fungerer godt. Vi monitorerer løbende på hvordan undervisningen afholdes og skal passe på at det ikke varer for lang tid – 10 min er nok, men også let at komme til at overskride. Dog er der mange gode tilbagemeldinger på den gode kvalitet af undervisningen

7. Øvrig undervisning

a. Der vil fortsat køre månedens case, der vil blive rundsendt en skriftlig besvarelse, samt en gennemgang af casen på en udmeldt eftermiddagskonference

- Månedens case kører upåklageligt – de yngre læger er meget glade for dette tiltag – som jo kan læses på hjemme og der kommer næsten 30 besvarelser hver gang – hvilket er ret flot når man tager i betragtning at der er 31 YL ansat i afdelingen – det interessante er faktisk også at seniore læger besvarer casen – de synes også det er sjovt. Den traumatolog som står for det, er begyndt at besvare hver enkelt læges besvarelse med kommentarer, og dette er der meget positive tilbagemeldinger på, da det giver direkte læring. Når måneden er gået, afholdes case-besvarelse i forlængelse af eftermiddagskonference. Dette også med fin tilslutning og der meldes om godt udbytte af dette. Næste tiltag i denne henseende er at en læge fra sårsektionen byder ind med case.

b. Der skal opstartes en månedlig journal club ansvarlig UKYL/ HU-læge (dette opstartes efter sommerferien).

- Dette tiltag har vi ikke fået op at køre. Der har været lidt startvanskeligheder men mit næste fokusområde vil være på dette. Jeg har en yngre læge i merituddannnelse som gerne vil stå for det.

c. Der skal foretages osteosyntese gennemgang to eftermiddage om ugen, for at evaluere på resultat af osteosynteser, principper mm. Ansvarlig: traumesektionen. Ovenstående skal der findes plads til, ved at eftermiddagskonferencen speedes up. Så der er tid til læring. Evt må konference foregå i reservelægekontoret med afgående og tilgående vagthold. Opstart 1/8.

- Dette skal implementeres – i øjeblikket foregår det ved at de yngre lægers vejledere gennemgår osteosynteser med deres vejledte. Men for at sætte det mere i system vil jeg bede en af traumatologerne stå for det.

d. Masterclass: Der påtænkes planlægning af kvartalsvis masterclass undervisning. Hvilket tænkes som en eftermiddag fra kl. 15:30 til 17:30 for alle hu og I læger. Dette kan afholdes skiftevis ved sektionerne. Det kan være en blanding af teori og praktik.

- Dette vil jeg bede vores sektionsledere om at planlægge. En gang hver 3. måned. Der er opbakning fra ledelsen til at de deltagende aflønnes under dette og at der indkøbes sodavand og sandwich til arrangementet.

8. Sektor-ophold for HU læger

a. Det er vigtigt at dette overholdes og respekteres, for at optimere læring. Der er bygget sektionering på skemaer og sekretærerne booker operationer og ambulatoriepatienter tilegnet sektioneringen.

- Der er kommet fint fokus på dette, vi har været udfordret af at vi ikke har kunnet operere ret meget elektivt. Ambulatorierne er lettere at få til at køre glat. Dog skal vi have mere fokus på at der ikke står blandede patienttyper på listerne fordi de blandes mellem specialerne – f.eks. fordi den implicerede læge skifter subsektion.
- Ved temadagen blev vi enige om at det for de fleste subspecialers vedkommende vil være en fordel med 1 måned lange fokuserede ophold – hvor man er taget ud af vagt, så man kan være fuldt i subsektionen. Dette er endnu ikke startet op men jeg satser på at vi starter det op efter 1/5-2022 hvor de nye HU læger starter.

b. Når man er i sektions-ophold, råder de enkelte sektioner over kursisten på operationsgangen og i amb. Der vil blive bygget rul for de enkelte kursister, sådan at de kan varetage bagvagt på forudbestemte dage, mens de er i sektionsophold. Opstart når rul er bygget 3-6 måneder.

- Dette hænger sammen med det ovenfor nævnte.

9. Ambulatorier, inkl. feedback på dette

a. Der er foretaget tilpasning af ambulatorielister således at man i sektionsophold har kursist-ambulatorier rettet mod fod-ankel, allo-, skulder, hånd og traume.

- Dette kører fraset at der om fredagen blander sig alloplastik ambulatorier ind i sektionerne uanset hvor man er i sektionsophold. Dette vil jeg forsøge at fjerne – årsagen er formentlig at der har været mange på venteliste til udredning. Jeg har ændret dette pr. 1/3-22 således at man ikke har andre typer ambulatorier end man er i sektion til.

b. Der skal for traumedelen etableres et regelret skadeambulatorie kun med skadekontroller. Dette bemandes af erfarne forvagter x 1 dagligt – er bygget ind i de nye rul som implementeres fra september 2021

- Dette er fuldt implementeret

c. Der skal for traumedelen etableres differentierede ambulatorier på mv niveau – dette er bygget ind som to forskellige amb. Et med operationskontroller og et med skadekontroller, der køres dagligt 2 ambulatorier, implementeres 1/9-21. d.

Tandem-amb oprettes for forvagter om tirsdagen, flankeret af erfaren MV og om fredagen for mellemvagter, flankeret af afdelingslæger. Disse er bygget ind i de nye rul som implementeres 1/9-21.

- Dette er ligeledes fuldt implementeret

10. Feedback på operationer

a. Der skal fortsat føres kompetencetavle som hænger i konf. rummet – kører, opdateres af UKAL

b. Ugentlig osteosyntese-gennemgang, vil fremme den teoretiske viden. – skal startes op og sættes i system – traumesektion (jeg følger op). Se også tidligere kommentar.

c. Der påtænkes at udføre evaluering efter hver supervision, metoden er aktuelt til overvejelse, men vi har opstartet feedback med kompetencekortet fra porteføljen for intro- og HU-læger. - Dette ark er printet og ligger på operationsgangen. Alle yngre læger informeres om at dette så vidt muligt skal udfyldes efter hver operation og scannes ind og sendes til UAO. – dette er opstartet, der er lidt svingende udfyldelse af arket, men til gengæld har vi fået en operationsbog – efter inspiration fra Herlev hospitals ort. kir. afdeling og i denne udfylder de yngre læger selv typen af operation og modtager og indsamler feedback – dette skal evalueres næste gang vi holder YL møde med deltagelse af UAO.

11. Vejleder funktion inkl. kurser

a. Vi har valgt at der er forholdsvis få, men passionerede vejledere, som vægter vejledning og uddannelse højt, dog vil korpset formentlig blive udvidet lidt.

- Dette fungerer godt og jeg får løbende tilbagemeldinger fra vejlederne mht. hvordan de enkelte yngre læger fungerer, både fagligt og socialt. Vi har gennemført at de fleste vejledere har fået tildelt eller har været på vejlederkursus. Dette bliver der løbende fulgt op på.

b. De fastlagte samtaler afholdes og prioriteres i dagligdagen således at andre funktioner lukkes ned, imens der afholdes samtaler. Derudover er det accepteret fra ledelsen, at man skriver timer på for møder, som ikke har kunnet planlægges inden for alm. arb. tid.

- Dette ser ud til at kunne lade sig gøre – og forløber stille og roligt – jeg hører ikke problemer med at få afholdt møder. Der noteres på dagskema når der afholdes vejledermøder og dette prioriteres højt.

c. Der er lagt skabeloner for uddannelsesplaner ud på afdelingens hjemmeside, disse vil blive opdateret i løbet af juni 2021.

- Disse er fuldt opdaterede – udgivet juni-21.

d. For at understøtte den enkelte vejleder, tilstræbes det at man kommer på vejleder kursus så hurtigt som muligt, hvis man endnu ikke har et kursus.

- Jeg har tilmeldt de fleste af vores vejledere som ikke havde kursus til kompetenceudviklingskursus for hovedvejledere. Lige nu har vi kun 3 vejledere der mangler kursus og disse er tilmeldt første ledige kursus i maj 2022.

e. Der påtænkes indført systematisk gennemgang af introduktionslæger og kursister udover den vanlige uformelle gennemgang af yngre læger på de månedlige bagvagtsmøder. Der skal udfærdiges evalueringsskema, som udfyldes af vejleder og uddannelseslægen og gennemgås efter samtykke med den pågældende uddannelseslæge. Uddannelseslægerne vil derefter blive gennemgået på bagvagtsmøderne. På det månedlige bagvagtsmøde, kan man derefter f.eks. i januar drøfte introlæger, i februar drøfte 1.+ 2. års kursister og i marts drøfte 1. reservelæger. Herefter starter man forfra. Evalueringsskemaet skal gemmes i den enkelte læges uddannelsesmappe. Dette forventes opstartet fra 1/9-21.

- Dette har allerede været gennemført for alle introlæger, 1. og 2. års kursister og 3. og 4. års kursister 1 gang hver. Det gøres for hver gruppe særskilt ved hvert bagvagtsmøde. Det foregår ved en standardiseret gennemgang på evalueringsark som gennemgår sociale, faglige og samarbejdsmæssige kompetencer.
- Fungerer godt og vejlederne får besked om evalueringerne. Jeg modtager evalueringerne i håndskrevet, indscannet tilstand og lægger det i min egen interne mappe om den pågældende læge.

12. Arbejdsmiljø: der er oprettet og finansieret et ekstra forvagtslag, med opstart 1/8-21. Dette implementeres allerede i slutningen af juli (fredag, lørdag søndag og mandag). Dette skal medføre, at der kan dækkes aften-nattevagter med 2 forvagter i vagt. Dette for at aflaste forvagten om natten og mellemvagten om aftenen. Denne ekstra forvagt kan aflaste forvagten med optagelse af akutte journaler og tilsyn af akutte patienter i skadestuen, og mellemvagten med stuegangsopgaver og ad hoc-opgaver i afdelingen i løbet af aftenen. Dette vil medføre øget mulighed for hvile i løbet af natten for forvagterne, det forudsættes at man hviler på skift, og at mellemvagten kan få mere ro til at operere og passe traumekald.

- Dette er en STOR succes. Virkelig fint løft og aflastning i alle vagtlag. Det mærkes endda også på bagvagten og overlægevagten. Forvagterne oplever større mulighed for at kunne sparre med hinanden og derudover også at kunne hvile og dermed overholde overenskomsten. Der var planlagt 6 mdr. med ekstra puljepenge til denne funktion, men ordningen er nu bevilget til og med udgangen af 2022, og jeg vil (sammen med vores YL TR) kæmpe for at det bliver en permanent løsning.

Alt i alt mange nye tiltag som vi forventer os meget af, evalueringen i denne omgang ser altså således ud.

Siden ovenstående gennemgang har vi haft besøg af PKL Andreas Balslev-Clausen til et mini-inspektorbesøg, og han havde mange rosende ord til os ang. vores opbygning af tandem-amb. og dobbeltbemanding af skadestuen for forvagterne.

Der er stadig problemer med vagtplanlægningen, men vi håber på at det bliver bedre, da vi har fået ny vagtplanlægger. Vi må dog stadig sige at den mest favorable løsning på det problem, er at have en læge / sekretær fra afdelingen til at lægge skemaet, og ikke en ekstern kontormedarbejder fra administrationen til at vagtplanlægge for læger. Det er meget komplekst og kræver et indgående kendskab til afdelingens læger og struktur i øvrigt.

Ved ønske om yderligere uddybning kan

Uddannelsesansvarlige overlæge Britt Siesing-Mejer

og

Ledende overlæge Leif Berner Hansen kontaktes.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Tobias Kongstad-Hansen
Cc:	Lise Møller; Birgitte Rønn
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland.
Dato:	11. februar 2022 10:05:42

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 10. februar 2022 15:12

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Psykiatri-Sjaelland/Psykiatrien-Syd/Inspektorrapport-041121.ashx

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et førstegangsbesøg, efterspurgt af uddannelseslægerne og sekretariatet for den lægelige videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Øst, på en psykiatrisk afdeling, der varetager uddannelsesfunktion for en læge i Klinisk basisuddannelse, en læge i introduktionsuddannelse i Psykiatri, 12 læger i hoveduddannelse i Psykiatri og to læger i hoveduddannelse i Almen medicin. Derudover har afdelingen fem læger i evalueringsansættelser.

Ved selvevalueringen deltog seks uddannelseslæger repræsenterende alle tre typer uddannelsesstillinger i selve selvevalueringen mens SWOT-analysen er sammensat af besvarelser fra uddannelseslæger og to speciallæger. Selvevalueringen er et vigtigt redskab til refleksion og er en mulighed for at drøfte hvordan man evt. kan bedre uddannelsesforholdene. Sundhedsstyrelsen forventer at afdelingen fremover udarbejder en selvevaluering med flest mulige deltagere, for at give et nuanceret billede af uddannelsesforholdene i afdelingen og som inspektorerne kan tage udgangspunkt i ved besøget.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 11 uddannelseslæger, speciallæger, ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, sekretærer, afdelingssygeplejersker og leder af centerterapi. Inspektorerne angiver at direktionen ikke var inviteret med til inspektorbesøget, hvilket til dels skyldtes en misforståelse. Sundhedsstyrelsen finder dette beklageligt, idet direktionen har et stort overordnet ansvar for videreuddannelse af uddannelseslæger og derfor altid bør inddrages ved et inspektorbesøg.

Afdelingen scores temaet arbejdstilrettelæggelse som særdeles problematisk, fem temaer som utilstrækkelige i form af akademiker, forskning, undervisning, læring og kompetencevurdering samt læringsmiljøet og de øvrige ti temaer som tilstrækkelige. Inspektorerne vurderer både forskning og arbejdstilrettelæggelsen som særdeles problematiske, syv temaer som utilstrækkelige i form af introduktion til afdelingen, uddannelsesplan, akademiker, undervisning, konferencernes læringsværdi, læring og kompetencevurdering og læringsmiljøet på afdelingen og syv temaer vurderes tilstrækkelige.

Inspektorerne bekriver en afdeling med læringspotentiale, men en uddannelse under pres. Inspektorerne roser ledelsens kæmpe og flotte indsats for at løfte opgaven trods udfordringer, men den fremstår desværre utilstrækkelig. Afdelingen har længe været udfordret rekrutteringsmæssigt. Da stillingen som uddannelsesansvarlig overlæge ikke har kunnet besættes varetages funktionen aktuelt af ledende overlæge. En stor del af speciallægerne er uddannet i andre EU-lande eller er lægekonsulenter ansat via vikarbureauer, og kun et fåtal af speciallægerne er villige til at påtage sig vejlederrollen

lige som kun få varetager supervision. Supervision i psykoterapi hviler på en enkelt speciallæge der står foran pensionering. Speciallægerne er ikke engageret i den formaliserede undervisning, der varetages uddannelseslægerne imellem uden mulighed for sparring. Af selvevaluering fremgår desuden at sprogbarrierer forringer muligheden for at lære af speciallægerne.
Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer såsom uddannelsesdag hver tredje uge, rationel farmakologi-gruppe, supervisionsgruppe og udredningsgruppe. Der er dog udfordringer omkring strukturen, deltagelsesmulighed og manglende opbakning fra speciallægerne.
Uddannelseslægerne er utrygge ved utilstrækkelig oplæring i visse funktioner inden de forventes varetaget selvstændigt. De beskriver over for inspektorerne at behandlingen ikke altid er tidssvarende og at speciallægerne ikke er fagligt opdaterede. Andre faggrupper beskriver at uddannelseslægerne ikke altid er lige gode til at tage imod de mange uddannelsestilbud.

Der er ved besøget aftalt indsatsområder, med en implementeringshorisont på 3-12 måneder, inden for

- introduktion
- internt arbejde med uddannelseskultur, differentieret opnåelse af kompetencekort, fremmøde og bidrag fra speciallægegruppen til formel undervisning og strukturerede vejledersamtaler
- gennemsigtighed og kommunikation vedrørende uddannelsestilbud, herunder daglig kommunikation omkring dagens uddannelsesmuligheder/skemalægning

Sundhedsstyrelsen bakker op om disse tiltag.

Der er desuden aftalt et indsatsområde inden for rekruttering af uddannelsesansvarlig overlæge. Sundhedsstyrelsen støtter at uddannelsesansvarlig overlæge er en vital funktion hvis opgaver skal varetages for at sikre og udvikle et godt uddannelsesmiljø. Sundhedsstyrelsen vurderer at det konkrete indsatsområde er af så strukturel karakter at det falder uden for inspektorordningens rammer hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke kan forholde sig til det. Sundhedsstyrelsen bakker generelt op om alle tiltag til at fremme uddannelsesmiljøet.

Sundhedsstyrelsen finder på baggrund af inspektorrapporten afdelingens videreuddannelse kritisabel. Sundhedsstyrelsen finder derfor behov for at næste inspektorbesøg finder sted som et opfølgende besøg primo 2023.

Sundhedsstyrelsen udbeder sig ydermere en skriftlig status fra afdelingen på indsatsområder og uddannelsesmiljø. Den skriftlige status skal være Sundhedsstyrelsen i hænde ultimo august 2022, hvor majoriteten af indsatsområderne planmæssigt vil være implementeret.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002730
Afdelingsnavn	Psykiatrien Syd, Vordingborg
Hospitalsnavn	Region Sjællands Sygehusvæsen
Besøgsdato	04-11-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen		X		
Uddannelsesprogram			X	
Uddannelsesplan		X		
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			X	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			X	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			X	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			X	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			X	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker		X		
Professionel - Læring i rollen som professionel			X	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning	X			
Undervisning - som afdelingen giver		X		
Konferencernes - læringsværdi		X		
Læring og kompetencevurdering		X		
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger	X			

Læringsmiljøet på afdelingen		**X**		

Særlige initiativer	Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer for at fremme uddannelse som feks. rational farmakologi gruppe og forbedringstavle i konferencen. Desuden har de i flere år haft skemalagt en uddannelsesdag hver 3.tirsdag, hvor der ofte kommer undervisere udefra fra kl.08.30-11.30, og efterfølgende fællesmøde og undervisning for alle læger fra 12.30-15-30. Derudover afholdes der 2 supervisionsgrupper hver mdr., afholdt af 2 psykoterapeuter på skift.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	12

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	3
Speciallæger	6
Uddannelsessøgende læger	11
Andre	7

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Jens Bo Thomsen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jens Bo Thomsen
Inspektor 1	Signe Dolmer
Inspektor 2	Ásta Milthers Theódórsdóttir
Evt. inspektor 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorrapport Psykiatrien Syd, Region Sjællands Sygehusvæsen, Vordingborg Besøg 04.11.21

	Inspektorer: Signe Dolmer og Ásta Theódórsdóttir (jr.inspektor) Dette inspektorbesøg var i anledning af at de yngre læger på afdelingen havde efterspurgt et besøg, med anmodning fra ultimo 2020. Afdelingen har aldrig tidligere haft et inspektorbesøg. Forud for besøget havde vi fået tilsendt - Evalueringer fra evaluer.dk, trukket for perioden 2020 til dato - Den regionale vejledning til den lægelige videreuddannelse i psykiatrien - Slides fra workshop august 2021 i Psykiatrien Syd om uddannelsesstedet - Undervisningsprogram forår 2021 + opdatering og for efterår 2021 - Folder om vores interventionsteam - Introduktionsskrivelse om Psykiatrien Syd - Info om morgen og middagssupervision - Eksempel på velkomst mail til nye læger inkl. dagsprogrammet for den første måned - Husorden - Slides til den første dag - Cases der bruges som udgangspunkt for drøftelser med nye læger i psykiatrien - Receptorkort Dagen før om eftermiddagen og ved ankomst modtog vi yderligere materiale, som vi havde begrænset mulighed for at se på. Afdelingen har 19 speciallæger tilknyttet, og har ca. 21 uddannelsessøgende læger, fordelt på 6 KBU forløb, 1 introduktionsstilling og 14 HU forløb, hvoraf nogle er AP læger. Der er stigende antal uddannelseslæger, idet specialet er blevet tildelt flere uddannelsesforløb.

	Afdelingen er en del af Psykiatrien i Region Sjælland, hvorfor afdelingen ikke har alle psykiatriske funktioner herunder den specialiserede retspsykiatri. Afdelingen har en bred vifte af funktioner indenfor almen psykiatrien herunder også "de særlige pladser", som er et regions tilbud til de sværeste syge med rehabiliterings behov. Afdelingen kan tilbyde uddannelse inden for de almen psykiatriske tilbud i sengeafsnit, dvs. Psykiatrisk Akut Modtagelse, åbent og lukket afsnit for både affektive og psykosespektrum lidelser, åbent sengeafsnit for patienter med personlighedsforstyrrelser, og ældrepsykiatrisk sengeafsnit. Ambulant har vi som anført Distriktspsykiatri som arbejder efter F-ACT modellen, samt klinikker som har pakkeforløb indenfor ikke psykotiske lidelser (f.eks. angst, depression, PTSD). Der er en del funktioner, som ikke ligger geografisk på den samme martikel mht. varetagelse af behandlingen for en stort geografisk område – herunder er der virtuel behandling. Der var et godt tilrettelagt program, hvor vi mødte 11 yngre læger, repræsenteret af alle uddannelsesforløb, 5 speciallæger i psykiatri og 1 speciallæge i intern medicin, UAO, afdelingsledelsen (ledende overlæge, ledende oversygeplejerske og kvalitets- og udviklingssygeplejerske), samt 7 personer fra andre faggrupper (sekretærer, afdelingssygeplejersker, leder af centerterapi). Direktionen var ikke inviteret med til dagens program, hvilket til dels skyldtes en misforståelse. Afdelingen har længe været udfordret af rekrutteringsproblemer. Den ledende overlæge har selv påtaget sig opgaven som UAO, idet han ikke har kunnet besætte stillingen indtil nu. På nogle af sengeafsnittene er der ansat speciallæger i psykiatri som har deres læge- og speciallæge uddannelse fra andre EU lande, og der er i alt 5

	speciallæger som nu har været ansat i 3-6 år. Rekrutteringen af de udenlandske speciallæger var en del af en målrettet indsats i Region Sjælland pga. et stort antal vakante stillinger, og der blev i den forbindelse lavet sprogkurser og indføring i det danske sundhedsvæsen til de udenlandske speciallæger, herunder har de taget vejleder kurser og psykopatologi kurser. Afdelingen benytter sig til dels også af dansk uddannede lægekonsulenter som er ansat via vikarbureauer. Fra vores samtale med de yngre læger erfarede vi at der var stor diskrepans imellem hvordan de oplevede introduktionen og modtagelsen i afdelingen. En central nøgleperson (sekretær) i afdelingen har tidligere stået for de praktiske forhold ved ansættelser af yngre læger, og tilmelding til fælles introduktionskursus mm, og da denne person stoppede i ultimo juni 2021, er introduktion og modtagelse blevet noget mere ustruktureret. De nyest ansatte yngre læger har ikke fået materiale tilsendt, er ikke blevet tilmeldt kurser, og har oplevet at afdelingen ikke har været klar over at de skulle starte. Yngre læger ansat inden foråret havde en meget bedre og struktureret modtagelse. Ca. halvdelen af de yngre læger oplevede at de først fik tildelt en vejleder nogle uger ind i deres ansættelse. Vejledersamtaler bliver ikke skemalagt. Individuel uddannelsesplan er ikke blevet lavet for alle. De oplever at der kun er et fåtal af speciallægerne der er villige til at påtage sig vejlederrolle. Meget af supervisionen hviler også på et fåtal af speciallægerne. Kun én speciallæge er kvalificeret til at supervisere i psykoterapi og han er tæt på at gå på pension, hvilket således er en trussel mod de stigende krav til psykoterapeutisk uddannelse i speciallæge uddannelsen inden for psykiatri. De yngre læger oplever ikke at speciallægerne investerer i den formelle uddannelse. F.eks. rejser de sig og går fra den formaliserede undervisning, som foregår 2 gange ugentligt, og de yngre

	læger står selv for at undervise hinanden, uden mulighed for sparring med speciallægerne. De savner også mere faglig sparring til morgenkonferencer. Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer for at fremme uddannelse som feks. rational farmakologi gruppe og forbedringstavle i konferencen. Desuden har de i flere år haft skemalagt en uddannelsesdag hver 3.tirsdag, hvor der ofte kommer undervisere udefrafra kl.08.30-11.30, og efterfølgende fællesmøde og undervisning for alle læger fra 12.30-15-30. Her bliver cases præsenteret og drøftet, præsentation af forskningsprojekter, drøftelse af arbejdsmiljø og uddannelse. Derudover afholdes der 2 supervisionsgrupper hver mdr., afholdt af 2 psykoterapeuter på skift, hvor H- læger får gruppesupervision i 2 timer af gangen. Igennem ca et år har H-lægerne været med i en udredningsgruppe hver anden uge á 2 timer, hvor de fremlægger diagnostiske interviews af patienter de har udvalgt, og der er deltagelse af specialpsykologer og speciallæger. De yngre læger oplever dog at disse tilbud/initiativer mangler struktur, at speciallægerne ikke er tilstede og at de yngre læger ikke altid er fritaget fra arbejde for at kunne deltage. Der er derfor nogle initiativer som ikke er fuldt implementeret og er derved ikke en del af det oplevede uddannelsesmiljø. De oplever at afdelingsdriften kommer før uddannelse. De oplever også manglende kommunikation omkring uddannelse, faglighed og patientsikkerhed fra ledelsen. Hoveduddannelseslægerne er ofte rutinerede bagvagter fra Universitetsafdelingerne i Region Hovedstaden, men skal starte med at gå i forvagt når de bliver ansat i Psykiatrien Syd, og synes der går lang tid inden de bliver rykket op til bagvagt. Aftalen er at H1 læger starter i forvagtslaget i 3-6 måneder, derefter har de 3 mdr. i den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) hvor de oplæres i bagtvagtsfunktionen i dagtid. Derefter indgår de i bagvagtslaget. H2 læger starter typisk med 3 mdr. i PAM, og

	indgår derefter i bagvagtslaget. De yngste læger savner mere oplæring i f.eks. ECT behandling, og er utrygge ved kun at få én følgevagt, idet vagterne varierer enormt meget, så de kan ikke være sikre på at de har set det de skulle for selv at kunne varetage funktionen. De foreslår at man i stedet udarbejder nogle forvagts kompetencer, som man skal have set/udført inden man får selvstændig vagt. De yngre læger oplever en lidt gammeldags tankegang i forhold til fagligheden, at behandlingen ikke altid er tidssvarende. Som noget positivt, nævner de yngre læger at der er stort potentiale til læring, idet de får set mange patienter med forskellige diagnoser. De oplever at fagligheden er stor blandt plejepersonale og at ledelsen yder en stor indsats til forbedringer. Af de tilstedeværende fra speciallægegruppen havde tre været på vejlederkursus, 2 af dem afventede kursus, og 4 af dem var vejledere for en yngre læge. De oplever at vejledere bliver tildelt fra start og at vejledermøder bliver afholdt planmæssigt. De nikker genkendende til at de ikke prioriterer formel undervisning, men prioriterer til gengæld bedside undervisning i den kliniske hverdag. Speciallægerne beskriver de uddannelsessøgende i hoveduddannelse som dygtige og ambitiøse. I konferencerummet hænger der en uddannelsestavle, for at skabe overblik over forløb og kompetenceopnåelse, men den bliver ikke opdateret efter hensigten. Afdelingsledelsen har forsøgt at slå stillingen op som UAO af et par omgange, uden held. De arbejder videre på rekrutteringen. Derudover har de for nyligt fundet en afløser for den sekretær som har stået for de praktiske forhold omkring de yngre læger, som straks har forbedret introduktionen for de nyeste ansatte. Siden inspektorbesøget blev rekvireret (for 11 måneder siden) har de iværksat flere initiativer til uddannelse, bl.a. har de ansat en konsulent til supervision af de yngre læger 2 dage om ugen, og en

	psykoterapeut til supervision om eftermiddagen. De har holdt workshop til forbedring af uddannelse . Workshoppen resulterede i en forbedringstavle i konferencen, som stiles i mod at blive opdateret hver uge. Der er meget fokus på rekruttering af speciallæger. Og alle speciallæger skulle være tilmeldt vejlederkursus hvis de ikke for nyligt har været på ét. De andre faggrupper oplever at de yngre læger har mange tilbud om uddannelse, som de ikke altid er lige gode til at tage imod. De har opfattelsen af at de yngre læger er udfordrede i at speciallægerne ikke altid er så engagerede i at introducere dem, og ikke fagligt er opdaterede. De yngste læger føles ikke altid klædt på til opgaven, og er uden tilstrækkelig opbakning. Vores indtryk ved besøget stemte meget fint overens med den SWOT analyse vi havde modtaget, udarbejdet af afdelingen i foråret. Afdelingen er udfordret i rekruttering af speciallæger, og især til stillingen som UAO. Det skønnes vigtigt for afdelingens uddannelsesmiljø at UAO og afdelingsledelse adskilles, ligesom centrale administrative nøglepersoner bør robustgøres mht. ensartethed ved introduktion og velkomsten samt til understøttelse af det administrative. Trods ledelsens kæmpe og flotte indsats for at løfte opgaven trods udfordringer, kræver det en særskilt stilling for at sikre at uddannelse vægter lige så højt som drift. Det kan kun understøttes på det kraftigste at alle sejl sættes ind for at besætte UAO stillingen hurtigst muligt, evt. med en intern kandidat. Man kunne overveje at dele stillingen imellem 2 speciallæger.
Status for indsatsområder	Ingen tidligere besøg
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	1. Introduktion skal ensartes og struktureres. Herunder velkomst og praktiske forhold.

	a. Tidsramme 6 mdr 2. UAO skal fortsat forsøges rekrutteret, gerne internt. Evt. 2 personer, så ansvaret kan fordeles. a. Tidsramme 6 mdr 3. Internt arbejde med uddannelseskultur, differentieret opnåelse af kompetencekort, fremmøde og bidrag fra speciallægegruppen til formelle undervisninger, strukturerede vejledersamtaler a. Tidsramme 12 mdr 4. Gennemsigtighed og kommunikation fra afdelingen af forskellige uddannelsestilbud til de yngre læger, og der igennem forventning om at yngre læger naturligvis benytter dem. Daglig kommunikation omkring dagens uddannelsesmuligheder/skemalægning, samt deraf prioritering af det fra ledelsen af. a. Tidsramme 3 mdr

ET KORT RESUME AF INPUT VED PKL BESØG APRIL 2022

Ved besøget 25.4.2022 mødte PKL Sidse Arnfred, ledende overlæge/UAO Jens Bo Thomsen, 2 UKYLer, 5 h-læger derudover og 2 i-læger, samt 3 hovedvejledere udover LO/UAO.

Resuméet struktureres jf SWOT analyse, som blev brugt til at guide samtalerne. Alle input er summerede på tværs af informanter. Opdelingen er som jeg noterede undervejs, men muligvis mht trusler og svagheder lidt arbitrær. Under hver punkt er også indsat de punkter der var indskrevet i SWOT analysen som var forberedt inden besøget.

PSYKIATRIEN SYD STYRKER

Imødekommende kolleger der altid er hjælpsomme
Supervisionstavle og supervisionspar
Imødekommenhed hos plejepersonalet.
Individuel ejerskabsfornemmelse, let at føle sig værdsat.
Lydhørhed overfor individuelle ønsker og ideer fra ledelsen
Indflydelse på eget uddannelsesforløb
”Lille” center, kort vej fra tanke til handling, mulighed for indflydelse og sætte sit præg
Supervision med Chantal
Udredningsgruppen
Smukke omgivelser
Højt til loftet
Meget ansvar
Mindre vagtbelastning end i byen
Mere tid til patientarbejde/uddannelse
God arbejdstilrettelæggelse
Man kan nemt komme til at konferere med speciallæge
Mange forskellige patienter – ikke så meget misbrug (”rene” psykoser)
Fungerende ECT konference
Nyt korps af eksterne forvagter
Månedlig undervisningsdag
Månedlige makkerpar
Tavle med lægeroller og kompetencer for u-læger
Altid B-BV
God triagering i PAM
BV intro i dagtid i PAM

Specialkonsulent hjælper med at arrangere undervisere på den 3.tirs/mdr. En løbende proces som til nu har bedret undervisningen.
Ophold i DP Næstved med rigtig god supervision og læring fra ovl. BAS.
Aktuelt har vi rigtig mange H-læger, som er en stor ressource i forhold til at få blik for vores udfordringer i psykiatrifagligheden, herunder videreuddannelsen.
De ved hvad der er brug for, hvor det kniber hos os i forhold til videreuddannelsen og hvor vi bør sætte ind.

PSYKIATRIEN SYD MULIGHEDER

Optimering af rekrutteringsstrategi
Man kan forme sin drømmestilling, ved evt. videre ansættelse som speciallæge
En personalebus ville hjælpe på afstanden
Styrke lægesammenholdet f.eks. vha. temadage
Vilje til forbedring
Der er lavet model med supervisionspar som har til formål at løfte supervisionen i afsnittet.
Man kan danne makkerpar med farmaceut
Øge Chantal supervision, så det ikke bliver så sjældent at den enkelte h-læge er med
Genopbygge udredningsteam og klinikker
U-lægerne kan være i online klinik og få erfaringer for den måde at behandle på.

Tale kvaliteten af supervision op.

Udvikle uddannelse sammen
Online speciallægerne kan bruges til online supervision (både SKO og video supervision) og som vejledere.
Sikre uddannelse af psykodynamisk supervisor.
Fast terapilokale til u-lægerne med video til videosupervision
Psykofarmakologisk Forum
H-lægerne bindes hårdt i afdelingerne, men kan måske opnå anden form for læring og supervision i det ambulante.
Laptop til alle u-læger
Brug af eksterne supervisorer – man kunne godt have rotation af forskellige supervisorer (ikke nødvendigvis kun én person), som har været en tidl. strategi.
Samlet indsats fra alle læger mht tilknytning til undervisning, supervision og andre udd.fremmende tiltag, så at alle læger kan udvikle sig inkl. speciallægerne
Lige nu har vi alt at vinde og intet at tabe – det kan kun blive bedre. Tør vi tænke nyt? Tør vi trække i hinanden for at skabe det nødvendige løft?
Karriererådgivning tidligt i forløbet er nok et meget forsømt område - fælles workshops vedr. dette?

Er der nogle, der skal sendes på sprogskole i Sorø – via RS?
Etablering af hyppige vejledermøder vil kunne løfte bundniveauet og skabe en udveksling om de enkelte YL' s udfordringer, hvilket ikke foregår lige nu.
Hvordan skabe god overlevering af observationer til hovedvejleder?
Hvis vi får opøvet H-lægernes (og egne) refleksioner i forhold til alle lægerollerne, får vi etableret en gunstig platform for diskussioner/udvekslinger vedr. vores fag og vores afvikling af uddannelsesforløbene.
Afslutte konferencerne med konferencenotat om beslutning
Deltagelse i udredningsteam for svingdørspatienter
Lyttecentralen – nyhedsbrev til u-læger
Samle lægerne til møder uden psykologer og sygeplejersker for at styrke lægeidentitet
Større mandat (og tid) til UKYLerne – samt funktionsbeskrivelse
Bedre fremmøde til undervisning – også fra speciallæger
Særkursus, obligatorisk for speciallæger i Syd, om uddannelse og vejledning og om kliniske retningslinjer. Med video baseret træning. Må løbe over en periode, med forberedelse mellem hvert modul. Nok mindst 6 moduler.
Fremlæggelse af uddannelsesplan ved u-læge en gang om måneden kan øge opmærksomheden på uddannelsesopgaven.

PSYKIATRIEN SYD SVAGHEDER

Geografien (sydspidsen af Sjælland).
Manglende struktur på informationsgange særligt når man er ny, det har været meget tilfældigt, hvad man har fået at vide
Svært at få psykoterapi forløb
Svært at få overblik over hvem der er supervisor
Psykoterapi logistikken fungerer ikke
Svært at få overblik over hvad der er er forskningsaktivitet på matriklen
Ratio ml. uddannelsessøgende læger og speciallæger i psykiatri er skæv. Der er flere udd.læger på Vordingborg matrikel pr. speciallæge.
Mangel på speciallæger, særligt dansk uddannede speciallæger.
Mangel på overlæger som H-læger kan spejle sig i og søge viden og supervision hos
Ikke-fungerende morgenundervisningsprogram
Manglende faglighed ved konferencerne
Behandlingen følger ikke guidelines
PAM ledes af ortopædkirurg
Manglende klinikker (om morgenen eks med fokus på psykopatologi, samrating osv)
At h-lægerne påtager sig udviklingsopgaver
At video træne supervision
Der er meget stor spredning på kvaliteten af supervisionen.

Flere u-læger ønsker ikke SKO fordi den er indholdstom
Supervision uden refleksion giver INGEN læring.
Usikkert om alle ved hvad god supervision er.
Usikkert om alle gider eller kan levere god supervision, der skaber refleksion hos YL.
Usikkert om alle har de samme prioriteringer i forhold til videreuddannelsen og vil bringe de nødvendige ofre/afsavn.
Stive strukturer forhindrer måske at H-lægerne får den nødvendige, faglige og personlige udvikling.
Svært for u-lægerne at medvirke til tvang/bruge psykiatrilov
Utrygt arbejdsmiljø
For få sæt med videoudstyr til psykoterapi supervision

PSYKIATRIEN SYD TRUSLER

Manglende UAO
Stadig en del u-læger, der mangler vejledere.
U-lægerne får ikke de anbefalede antal vejledersamtaler
Manglende kvalificerede speciallæger til at varetage vejleder-og supervisionsrollerne.
Kun 1 speciallæge med supervisor kompetencer i psykoterapi (KAT).
U-lægerne føler sig alene "pushet af personalet" og mangler faglig støtte i tvangssituationer.
Speciallæger der ikke er psykiatere er utilstrækkelige til uddannelse
Vejlederne har ikke styr på uddannelsesprogram
Ratio mellem u-læger og speciallæger i sengeafsnittene er for lille
Der er ingen uddannelseskultur
Den landsdækkende mangel på psykiatriske speciallæger, hvor efterspørgsel er langt større end udbud. Dvs. speciallægerne søger ansættelse tættere på hjemmet/privatlivet, der oftest ligger i Region H.
Erfaringsniveauet er faldet drastisk i plejegruppen igennem de seneste år – det lægger noget pres på lægerne. Det mærkes tydeligt.
S1+S3 blokken er meget styret af afd. sygeplejerskerne der tager Safewards til ekstremer, hvilket er særlig problematisk ift (manglende) tvang. YL savner opbakning fra ledelsen ift at det faktisk er en lægeligt beslutning at benytte tvang.
Uheldigt hvis vi accepterer en "laveste fællesnævner", både sproglig, fagligt og kollegialt.
Sprogligt er der udfordringer hos flere. Det kan være svært at forstå hvad der foregår ved en helt almindelig konference. Hvordan er det for patienterne? De pårørende? Samarbejdspartnere?
Fagligt er der for stor spredning, psykopatologi er ikke just "hipt" for alle, men måske for nogle opleves det som en decideret pestilens. Men det er vores samlende platform for at have fælles patienter – både vedr. udredning, håndtering og overlevering.
Er vi tilstrækkelig åbne når en YL påpeger at behandlingen af patienter ikke følger de overordnede behandlingsvejledninger? Det er et aktuelt problem.

Berøringsangst overfor de konflikter, der ligger i forhold til speciallæger, der ikke følger retningslinjer og plejepersonale, der ikke respekterer lægelig beslutningskompetence.
Ultimativt: at h-lægerne nægter at komme til Syd

16/2 2022

PKL besøg medicinsk afdeling

Bornholms Hospital

Besøg på foranledning af YL med henblik på afklaring af forhold for primært KBU læger på medicinsk afdeling

Mødet tilrettelagt med deltagelse i morgenkonference og efterfølgende møde med

1) Afdelingens speciallæger
2) Afdelingens læger under uddannelse
3) Ledende overlæge
4) Uddannelsesansvarlig overlæge
5) Repræsentant fra anæstesiafdeling

Ad 1) God dialog omkring forventninger til supervision og struktureret uddannelse med fokus på primært de første måneder af KBU stillingerne, således at man i de måneder fokuserer mere på kompetencevurdering og kvalificering af de yngre læger med henblik på opnåelse af mere sikkerhed i den kliniske beslutningstagning.

I øjeblikket er der planlagt defusing umiddelbart efter morgenkonference, og vi snakkede om fordele og ulemper ved at lægge denne defusing frem inden konference, således at kliniske overvejelser, man som vagthavende måske ville have ringet om, ville kunne afklares inden afholdelse af konference, samtidig med at vagthavende læge ville kunne få vendt ikke kliniske usikkerheder inden konference og være klar (også i hovedet) til at tage hjem umiddelbart efter konferencen

Forskellen mellem konferering og supervision var også et emne, der blev taget op til fornyet diskussion og vi opnåede en bred forståelse for betydning af supervision, uden samtidig at glemme vigtigheden af klinisk beslutningstagning hos uddannelsessøgende læger.

Generelt var der til morgenkonferencen et indtryk af en meget imødekommende og trygt miljø med stort fokus på uddannelseslægerne. Det skal dog siges at dette opleves meget forskelligt fra person til person, der er perioder hvor fokus er nærmest væk fra de uddannelsessøgende læger

Ad 2) 5 læger til stede, heraf to læger i introstilling, som begge havde haft deres KBU på afdelingen

Ikke alle havde inden ansættelsen været klar over, at der på Bornholms Hospital ikke var en læge med ret til selvstændigt virke i tilstedeværelse på afdelingen. Dette er et område, der bør fremgå af informationen allerede ved valg af KBU. Det er muligt at skrive dette ind ved den enkelte stilling. Det bør også fremgå at den medicinske vurdering modtager både børn og psykiatriske patienter.

Generelt opleves et givende arbejdsmiljø med fokus på uddannelse af Yngre Læger.

Utrygheden er primært knyttet til bestemte situationer i afdelingen, som ikke er hyppigt forekommende.

Ved hjertestop tilkaldes alene læge fra medicinsk afdeling sammen med 2 anæstesisygeplejersker. Der kan være en usikkerhed i forhold til beslutning om at indstille behandling, som kan opleves som et stressmoment. Dette er fuldt forståeligt, og der pågår i øjeblikket et arbejde omkring dette, således at anæstesilæge måske fremover vil kunne tilkaldes allerede fra melding om hjertestop ud fra nogle fastlagte kriterier. Der er ganske få hjertestopkald, og som en følge deraf, virkeligt få opkald på tidspunkter mellem 23 og 07. der er ingen tvivl om, at det fylder væsentligt mere mentalt end i virkeligheden.

Der bliver indlagt et mindre antal børn på Bornholms Hospital og det er altid muligt at konferere disse børn med både bagvagt og vagthavende pædiater på RH. Fra tid til anden er der notater fra bagvagterne i børnejournaler, og det føles af YL trygt at vide, at der har været en mere senior læge inde over beslutninger om børn. Det bør dog generelt være således at alle børn bliver set af læge med ret til selvstændigt virke, herunder at der udfærdiges notat af den læge med ret til selvstændig virke, som tilser barnet

Der er kun tilstedeværelse af speciallæge i pædiatri en gang per uge

Ad 3) Generelt meget stor interesse for uddannelse og fokus på læringsmiljø. Vi snakkede om den bootcamp, der er startet på kirurgisk afdeling som en god start på introduktionen til KBU på Bornholm, og det kunne være en ide at udvide denne bootcamp til en samlet introduktion med et samlet forløb på 14 dage, idet der stadig er et antal stillinger med forløb på såvel medicinsk som kirurgisk afdeling og ikke noget forløb i almen medicin. Man kan derfor med stort held lavet en samlet introduktion til hospitalet. Idet opgaverne som KBU læge på Bornholms hospital adskiller sig væsentligt fra at være KBU læge andre steder, vil det være meget givende at lave denne introduktion
Det meget vigtigt at KBU lægerne føler sig klædt på til mangeartede opgaver, således at de trygt kan varetage disse opgaver

Ledende overlæge er meget lydhør overfor evt. forslag fra yngre læge omkring uddannelsen, vil bestemt kunne være en støtte i de tiltag som man kommer frem med

Ad 4) Samtale omhandlede primært forhold som i øjeblikket er lidt udfordrende
Der er ingen tvivl om at der er opbakning til uddannelsesansvarlig overlæge fra ledelsen
Uddannelsesansvarlig overlæge har siddet med opgaven i mange år. Der er både fordele og ulemper ved at sidde med den samme opgave gennem lang tid, fra tid til anden kan det være vanskeligt at holde helt styr på hvorledes introduktionen til den enkelte foregår
Dette ikke sagt som en undskyldning men de kendes også fra andre uddannelsesansvarlig overlæger på mindre steder

Ad 5) Behandling hjertestop på Bornholms hospital har været til diskussion blandt yngre læger. Antallet af hjertestop behandlinger er ikke særlig stort men der er blandt yngre læger et problem med at en opbakning

som kan være svært tilgængelig. Der er en følelse af at man står relativt alene med beslutningen om at stoppe med behandling.
Der er ikke tvivl om at det er den medicinske bagvagt som har hovedansvaret for en beslutning om at stoppe behandling
Meget væsentlig del af hjertestop behandlingerne foregår inden kl. 23 om aftenen, meget få behandlinger foregår om natten
Det bør således ikke være noget problem at få en tilstrækkelig opbakning til en beslutning om at indstille behandlingen
Vi diskuterede også muligheden af at lave en algoritme således at der er relativt faste retningslinjer for hvorledes beslutningen omkring indstilling af hjertestop behandling kan tages.
Der er ingen tvivl om at herfra anæstesiafdelingen side mener jeg at man ikke er medicinsk bagvagts men at man selvfølgelig skal hjælpe med at håndtere kritisk syge patienter, dog især med fokus på luftvejshåndtering

Samlet konklusion på besøget
Der har i den sidste periode været et større fokus på uddannelse af yngre læger
Det kan muligvis hænge sammen med at der har været planlagte besøg og således været fokus som har været helt utvetydigt
Yderligere oplevet et større fokus på uddannelsesstrukturen omkring dette
Det er selvfølgelig vigtigt at dette fokus opretholdes
Der er ikke planlagt et opfølgende besøg endnu, men det aftalt at kontakten holdes ved lige, således at der er relativt hurtigt kan laves et opfølgende besøg hvis der skulle behov for

Med venlig hilsen
Kim Holck
Postgraduat klinisk lektor for læger i KBU stillinger

Ad. Dagordenspunkt 8: Orienteringspunkter

Sagsfremstilling:

a. Referat NRLV den 16. marts 2022.
b. Referat FU-NRLV den 4. maj 2022
c. Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
d. Dagsorden inkl. bilag til møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 25. maj 2022
e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
f. Arbejdsmiljøpris til Nykøbing F Sygehus
g. Opfølgning på uddannelsesforholdene på Akutafdelingen Slagelse

Indstilling:

De enkelte punkter behandles på anmodning.

Bilag:

Bilag 08.01 Referat NRLV den 16. marts 2022
Bilag 08.02 Referat FU-NRLV den 4. maj 2022
Bilag 08.03 Referat af møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
Bilag 08.04 Dagsorden for møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 25. maj 2022
Bilag 08.05 Udkast til Lægeprognose 2021- 2045
Bilag 08.06 Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
Bilag 08.07 Arbejdsmiljøpris til Nykøbing F Sygehus
Bilag 08.08 Status 31.03.2022 Akutafdelingen Slagelse

SUNDHEDSSTYRELSEN

REFERAT **BILAG NR5-22**

Emne Møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Mødedato 16. marts 2022 kl. 15.00-18.00

Sted Sundhedsstyrelsen, Auditoriet, Islands Brygge 57, København S + Virtuelt

Deltagere
Direktør Søren Brostrøm, Sundhedsstyrelsen. formand
Enhedschef Steen Dalsgård Jespersen, Sundhedsstyrelsen
Enhedschef Agnethe Vale Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Lægelig direktør Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion Nord
Lægelig direktør Michael Dall, Videreuddannelsesregion Syd
Vicedirektør Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion Øst
Professor, dr.med. Torben Bæk Hansen, Universiteterne
Formand Susanne Axelsen, Lægevidenskabelige Selskaber
Overlæge Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige Selskaber
Læge Jesper Brink Svendsen, Lægeforeningen
Læge Cæcilie Trier Sønderskov, Yngre Læger
Ledende overlæge Inger Brødsgaard, Foreningen af Speciallæger
Almen praktiserende læge Gunver Lillevang, Praktiserende Lægers Organisation
Lægefaglig direktør Michael Braüner Schmidt, Danske Regioner
Centerchef Thomas I. Jensen, Danske Regioner
Chef for lægeuddannelse Marit Buccarella, Danske Regioner
Professor, dr.med. Doris Østergaard, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Kontorchef Randi Frydensberg Hede, Sundhedsministeriet
Enhedschef Mikkel Friberg (suppleant for Birgitte Drewes), Styrelsen for Patientsikkerhed

Sekretariat
Sektionsleder, overlæge Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Johanna Mølgaard Rantzau, Sundhedsstyrelsen

Inviterede
Sekretariatschef Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Sekretariatschef Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Sekretariatschef Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord

Afbud
Vicedirektør Birgitte Drewes, Styrelsen for Patientsikkerhed
Klinikchef Jeanett Bauer, Lægevidenskabelige Selskaber

19. april 2022

Sagsnr. 06-0199-6/
Reference KARM
T 23349660
E karm@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Punkt 1. **Godkendelse af dagsorden (Bilag NR1-22)**

Indstilling:

Det indstilles, at Rådet godkender dagsordenen.

Referat:

Formanden bød velkommen og orienterede om, at Mette Bryde Lind desværre måtte melde afbud grundet sygdom. Sune Friis Krarup, leder af Politik og Viden i Gigtforeningen, deltog i Mettes sted og holdt oplægget. Forinden mødet blev der eftersendt to bilag (Bilag NR3-22 og Bilag NR4-22) til orientering (Punkt 4). Dagsorden blev derefter godkendt.

Punkt 2. **Revision af den lægelige videreuddannelse (Bilag NR2-22)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen fremlægger status for arbejdet med revisionen af den lægelige videreuddannelse, herunder fremdriften og væsentlige pointer fra arbejdsgrupperne.

Herefter kan Rådet give bemærkninger til LVU-revisionens slutrapport med henblik på at bekræfte/nuancere det udfordringsbillede, der beskrives i kapitel 9. Rådet har med mødematerialet fået den seneste version af kapitel 6-10 (Bilag NR2-22) som baggrundslæsestof til orientering. Materialet er et foreløbige udkast, da der stadig mangler centrale drøftelser i arbejdsgrupperne.

Indstilling:

Til orientering og eventuel drøftelse.

Referat:

Punktet blev indledt med en orientering fra Sundhedsstyrelsen ved Steen Dalsgård Jespersen. Arbejdet følger den nedsatte tidsramme, og Rådet kan forvente at se et udkast til en næsten færdig (80-90%) rapport inden mødet den 15. juni 2022.

Der blev efterfølgende givet en status fra arbejdsgrupperne, hvor det blev nævnt, at arbejdsgruppe 1 har drøftet fælles uddannelsesindhold og kompetenceniveauer i LVU samt overgangen fra medicinstudierne til videreuddannelsen (KBU), arbejdsgruppe 2 har drøftet struktur og niveauer i den lægelige efteruddannelse, herunder fagområder, subspecialisering og ekspertuddannelser, arbejdsgruppe 3 har drøftet mulige modeller for dimensionering af vide-

reuddannelsen samt faktorer af betydning for uddannelseskapacitet, og arbejdsgruppe 4 har drøftet Inspektorordningen og udenlandske læger i den lægelige videreuddannelse. De fire underarbejdsgrupper mødes sidste gang ultimo april/primo maj, hvorefter de afrapporterer til arbejdsgruppe 2.

Flere rådsmedlemmer tilkendegav et ønske om at modtage referater af møder i underarbejdsgrupperne. Sundhedsstyrelsen fremsender disse med nærværende referat.

Rådet har med mødematerialet fået den seneste version af kapitel 6-10 (Bilag NR2-22) tilsendt som baggrundslæsestof. Dette ledte til en drøftelse, hvor der bl.a. var fokus på rapportens overordnede sprog, brug af fagtermer samt fokus på rapportens modtager. Formanden opfordrede til, at tekstnære kommentarer til rapporten sendes til sekretariatet, så disse kan indarbejdes i rapporten. Sundhedsstyrelsen forventer at udarbejde en Pixi-version af rapporten.

Punkt 3. Temadrøftelse: Patientens møde med fremtidens sundhedsvæsen

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet drøfter perspektiver på borger-/patientsiden i fremtidens sundhedsvæsen på baggrund af oplæg fra to patientforeninger. Dette er netop sigtet for revisionen af den lægelige videreuddannelse.

Med henblik på at udfolde, hvordan udfordringsbilledet og fremtidens sundhedsvæsen kan ses i sammenhæng med den lægelige videreuddannelse, kan Rådet drøfte de menneskelige aspekter i borgerenes/patienternes møde med fremtidens læger og sundhedsvæsen.

To oplægsholdere er inviteret:

1. Direktør Mette Bryde Lind, Gigtforeningen
2. Direktør Anne Kaltoft, Hjerteforeningen

Der bliver to gange 20 minutters oplæg og mulighed for spørgsmål fra Rådet til de to oplægsholdere, hvorefter Rådet kan drøfte centrale spørgsmål.

Indstilling: Til drøftelse.

Referat:

Formanden præsenterede kort baggrunden for temadrøftelsen og meddelte, at Mette Bryde Lind var syg. Formanden præsenterede efterfølgende de to oplægsholdere, hvor Sune Friis Krarup, leder af Politik og Viden i Gigtforeningen, i stedet holdt oplægget.

Oplægget fra Gigtforeningen indeholdt bl.a. følgende pointer:

- Fremtidens patienter vil i højere grad have flere samtidige kroniske sygdomme, hvilket stiller krav til større kendskab til multisygdom og følgesygdomme.
- ”One size fits all-løsninger” bliver udfordret i fremtiden, og ulighedsskabende faktorer stiller større krav til de sundhedsprofessionelle, større forskelle i sundhedskompetencer, forskellige behov for information og kommunikation med sundhedsprofessionelle.
- Der mangler fokus på tværsektorielt samarbejde og vidensdeling om den enkelte patient i samspil med faggrupper såsom fysioterapeuter, ergoterapeuter mv.
- Patienter ønsker, at deres sygdom og behandling ses i et helhedsperspektiv. Der foreslås en årlig helhedssamtale som patientrettighed.
- Patienter efterspørger i høj grad sammenhæng i deres forløb, men foretrækker generelt hurtig adgang til læge frem for at blive tilset af den samme læge hver gang, hvis der kan vælges.
- Også den unge generation af læger besidder grundlæggende et helhedsorienteret blik med fokus på kommunikation og patientinddragelse. Der ses dog generelt en (international) tendens til, at en del af de humanistiske kompetencer i en vis grad 'aflæres' i løbet af grund- og videreuddannelsen, og/eller at den lægelige opgave indsnævres markant i det kliniske arbejde. Det er derfor vigtigt, at lægerne kan spejle sig i gode rollemodeller i hele uddannelsesforløbet.

Oplægget fra Hjerteforeningen indeholdt bl.a. følgende pointer:

- Personer med hjertesygdom oplever i høj mangel på sammenhæng og inddragelse i deres forløb, og flere oplever ikke at blive informeret om emner såsom sygdommens betydningen for ens samliv, familierelationer og følelsesmæssige relationer.
- Mange hjertepatienter oplever udfordringer med deres mentale helbred, og en stor andel mangler hjælp til at håndtere svære følelser i løbet af deres forløb med hjertesygdom.

- Pårørende til hjertepatienter savner viden, inddragelse og forståelse. Mange pårørende er belastet af rollen, hvortil kun få får støttetilbud.
- Forventninger til fremtidens læger er, at de møder patienterne med et helhedsorienteret perspektiv, der også fokuserer på den mentale trivsel og psykologiske aspekter.
- Flere lever med kronske hjertesygdomme og sundhedsvæsenet skal i fremtiden have større fokus på den brede basis kardiologi.
- Flere patienter efterspørger digitale løsninger, hvilket i fremtiden kan give mere individualiserede forløb gennem digital inddragelse.

Rådet takkede for de interessante og relevante oplæg. Den efterfølgende drøftelse gav anledning til følgende observationer og bemærkninger:

- Oplæggene illustrerer vigtigheden af LVU-revisionens målsætning, hvor breddekompetencer skal tænkes mere ind i den lægelige videreuddannelse, da det bl.a. er dette, som patienterne kommer til at efterspørge i fremtiden.
- Også den seneste generation af læger besidder grundlæggende et helhedsorienteret blik med stort fokus på kommunikation og patientinddragelse. Der ses dog en tendens til, at kompetencerne "aflæres" i løbet af videreuddannelsen, eller den lægelige opgave afgrænses markant i det kliniske arbejde. Det er derfor vigtigt, at lægerne kan spejle sig i rollemodeller i hele uddannelsesforløbet.
- Tværfaglige patientansvarlige teams kan bruges til at understøtte en mere helhedsorienteret behandling af patienten. Det kræver, at lægen har rette kompetencer til at indgå i et sådant team.
- De syv lægeroller skal forstås i en sammenhæng, hvortil én rolle ikke kan stå alene.
- Kommunikation skal fremhæves som en væsentlig kompetence, og specialeselskabernes faglige profiler kan fungere som et styringsredskab ift. at udvikle kompetencer i patientkommunikation.

I forlængelse af temadrøftelsen orienterede Sundhedsstyrelsen om beskrivelsen af et patientperspektiv, som skal ske i forbindelse med LVU-revisionen, hvor Sundhedsstyrelsen planlægger at afholde en

workshop med patientforeninger og -repræsentanter. Workshoppen vil indeholde centrale temaer og drøftelser ift. patientperspektivet i mødet med speciallægen. Resultatet af workshoppen i form af et notat vil blive præsenteret på næste møde i Rådet den 15. juni 2022.

Punkt 4. Orientering

- Orientering fra Sundhedsstyrelsen
- Orientering fra Videreuddannelsesregionerne
  - Øst:
    Der er stadig stort fokus på at få lægerne godt igennem uddannelsesprogrammerne trods den stadige ophobning på ventelister i de kirurgiske specialer grundet den aktuelle situation med lavere aktivitet end normalt.
  - Nord:
    Byggeriet af Nyt Aalborg Universitetshospital har været en større proces, hvor det særlige forhold har kunne mærkes, at én videreuddannelsesregion skal forholde sig til to universitetshospitaler placeret i to forskellige politiske regioner.
- Orientering fra øvrige

Referat:

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021 (Bilag NR3-22), samt besatte introduktionsforløb i 2021 (Bilag NR4-22). Begge opgørelser har været forelagt på mødet i Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum den 28. januar 2022 samt mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022. Opgørelserne planlægges offentliggjort marts/april 2022.

Der blev stillet afklarende spørgsmål til antallet af opslåede forløb ift. dimensioneringsplanen. Hertil blev det bemærket, at en del af forløbene allerede er forhåndsallokeret til de læger, som har været på barsel. Desuden er det ikke alle forløb, som opslås hvert år. Desuden blev det bemærket, at det kan være hensigtsmæssigt at opgøre almen medicin på driftsregioner frem for videreuddannelsesregioner. Sundhedsstyrelsen tog kommentarerne til efterretning.

Sundhedsstyrelsen orienterede dernæst om, at Lægeprognose 2021-2045 er i proces og forventes forelagt på mødet i Rådet den 15. juni 2022, hvorefter den offentliggøres.

Kirsten Wisborg tilkendegav en bekymring for udsatte operationer ift. uddannelseslægers kompetencer, særligt hvis de pukkelafvikler

via privatsektoren. Formanden bemærkede, at dette følges tæt i Sundhedsstyrelsens Taskforce for sygehuskapacitet.

Orienteringerne blev taget til efterretning. Det blev påpeget, at orienteringsteksten fra Videreuddannelsesregion Nord skal korrigeres til:

Reorganisering af den pædagogiske udviklende funktion har været en større proces, hvor det særlige forhold har kunne mærkes, at én videreuddannelsesregion skal forholde sig til to universitetshospitaler placeret i to politiske regioner.

Punkt 5. Eventuelt

Intet.

SUNDHEDSSTYRELSEN

R E F E R A T **B I L A G F U 4 - 2 2**

Emne	Forretningsudvalget for Det Nationale Råd for Lægers videreuddannelse
Mødedato	4. maj 2022 kl. 15.30-16.15
Sted	Microsoft Teams (link udsendt via Outlook)
Deltagere	Enhedschef Steen Dalsgård Jespersen (formand), Sundhedsstyrelsen Lægelig direktør Michael Dall, Videreuddannelsesregion Syd Vicedirektør Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion Øst
Sekretariat	Sektionsleder, overlæge Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen Fuldmægtig, Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen
Afbud	Lægelig direktør Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion Nord

5. maj 2022

Sagsnr. 06-0199-8/
Reference KARM
T 23349660
E karm@sst.dk

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden

Dagsorden blev godkendt.

Punkt 2. Opfølgning på seneste Rådsmøde og igangværende sager

Sagsfremstilling:

Til det seneste møde i Rådet blev hovedparten af den forventede samlede rapport tilsendt medlemmerne, og på mødet blev givet en status på LVU-revisionen. Om arbejdsgrupperne blev det nævnt, at:

- arbejdsgruppe 1 har drøftet fælles uddannelsesindhold og kompetenceniveauer i LVU samt overgangen fra medicinstudiet til videreuddannelsen (KBU)
- arbejdsgruppe 2 har drøftet struktur og niveauer i den lægelige efteruddannelse, herunder fagområder, subspecialisering og ekspertuddannelser
- arbejdsgruppe 3 har drøftet mulige modeller for dimensionering af videreuddannelsen samt faktorer af betydning for uddannelseskapacitet
- arbejdsgruppe 4 har bl.a. drøftet kvalitetssikring af Inspektorordningen samt udenlandske læger i den lægelige videreuddannelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Der blev desuden givet en status på de fire underarbejdsgrupper, der afrapporterer til arbejdsgruppe 2 inden dennes næste møde.

På det seneste møde drøftede Rådet desuden perspektiver på borger- og patientsiden i fremtidens sundhedsvæsen på baggrund af oplæg fra to patientforeninger.

Indstilling:

Til orientering og eventuel kommentering.

Referat:

På spørgsmål fra Michael Dall redegjorde Steen Jespersen kort for progressionen i arbejdsgrupperne – at den følger tidsplanen. For de fire underarbejdsgruppers vedkommende har det været nødvendigt at planlægge et ekstra møde for at udfolde drøftelserne om mulige modeller for fællesindhold og specialestruktur. Det er forventningen, at alle underarbejdsgrupper afrapporterer til arbejdsgruppe 2 til tiden.

Punkt 3. Planlægning af dagsorden til mødet i Det Nationale Råd den 15. juni 2022

Sagsfremstilling:

Forretningsudvalget skal bistå Sundhedsstyrelsen med at tilrettelægge dagsorden til mødet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 15. juni 2022. Dette er afkortet til to timers varighed grundet et tilstødende møde i arbejdsgruppe 1, hvorfor temadrøftelsen på Rådets møde udgår.

Sundhedsstyrelsen foreslår følgende punkter til dagsordenen:

1. Godkendelse af dagsorden
2. Revision af den lægelige videreuddannelse (bilag)

   Sagsfremstilling:

   Sundhedsstyrelsen præsenterer status på arbejdet med revisionen af den lægelige videreuddannelse. På sidste møde i Rådet 16. marts 2022 blev hovedparten af den forventede samlede rapport tilsendt som baggrundslæsestof (kapitel 6-10; Bilag NR2-22). På mødet blev drøftet kommentarer vedrørende generelle aspekter af sprog, fagtermer og modtagerorientering.

   Herefter har arbejdet fortsat fulgt tidsplanen, og der arbejdes hovedsageligt sammen med arbejdsgrupperne om at skabe grundlaget for rapportens kapitel om anbefalinger.

   Til dette møde i Rådet fremsendes et udbygget udkast til kapitel 10 om anbefalinger, som Rådet kan drøfte og kvalificere. Kapitlet afventer dog stadig nogle konklusioner

på drøftelser i arbejdsgrupperne primo juni, hvorfor yderligere konklusioner kan præsenteres mundtligt på mødet.

[Forretningsudvalget kan til dette punkt bemærke, om der er andre temaer som Rådet alternativt bør forholde sig til, fx en drøftelse af den teoretiske del af uddannelsen, herunder kurser, forskningstræning og karrierevejledning, eller om det vurderes ikke at kunne gøres sufficient uden at kompromitterede drøftelsen om anbefalingerne.

Det bemærkes, at disse tre emner forventes forbehandlet på et møde med udvalgt deltagerkreds, inden resultatet forelægges til behandling i arbejdsgruppe 1 efter sommerferien.]

Indstilling:

Til drøftelse.

3. Lægeprognose 2021-2045 (bilag)

   Sagsfremstilling:

   Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et udkast til Lægeprognose 2021-2045, som belyser den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger frem mod 2045. Lægeprognose 2021-2045 har været behandlet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 25. maj 2022, og justeringer er efterfølgende indarbejdet i rapportudkastet.

   [Det skal bemærkes til Forretningsudvalget, at tidsplanen for udarbejdelsen er meget stram særligt set i lyset af, at der til denne prognose anvendes en ny prognosemodel, som udvikles og justeres undervejs. Det kan derfor ikke udelukkes, at det kan vise sig nødvendigt at justere processen, og det i sidste ende kan medføre, at rapporten ikke kan forelægges på mødet.]

   Indstilling:

   Til orientering og eventuel kommentering.

4. Orientering
   - Orientering fra Sundhedsstyrelsen
   - Orientering fra Videreuddannelsesregionerne
   - Orientering fra øvrige
5. Eventuelt

Indstilling:

Det indstilles, at Forretningsudvalget drøfter forslag til dagsordenen.

Referat:

Eftersom mødet i Rådet den 15. juni er afkortet til to timers varighed, kan temadrøftelsen udgå og hovedparten af mødet bruges til at drøfte et udkast til anbefalinger.

Der var opbakning til Sundhedsstyrelsens forslag til dagsorden.

Med hensyn til revisionen af den lægelige videreuddannelse blev det bemærket, at det var den rigtige prioritering, at Rådet som styregruppe bruges til at drøfte anbefalingerne frem for andre emner, der endnu ikke er behandlet i de relevante arbejdsgrupper. Desuden vil der alligevel ikke være den fornødne tid på dette møde.

Udarbejdelsen af Lægeprognose 2021-2045 er i gang, og nye data er ved at blive opgjort og analyseret. Der blev spurgt ind til overvejelserne om, at prognoseudarbejdelsen kunne have afventet revisionen af den lægelige videreuddannelse, som vil kunne ændre forudsætningerne for prognosen. Imiderltid har Sundhedsstyrelsen vurderet, at der under alle omstændigheder har skullet udvikles en helt ny prognosemodel til den næste lægeprognose, og det har været hensigtsmæssigt at gøre det nu, hvor efterspørgslen på data er stor givet situationen på arbejdsmarkedet for læger nu og i de kommende år. Denne lægeprognose vil desuden ikke stå i forvejen for at udarbejde en ny prognose, hvis forudsætningerne ændres.

Punkt 4. Orientering fra Videreuddannelsesregionerne

Intet.

Punkt 5. Orientering fra Sundhedsstyrelsen

Intet.

Punkt 6. Eventuelt

Intet.

SUNDHEDSSTYRELSEN

R E F E R A T **BILAG P4-22**

Emne: Prognose- og Dimensioneringsudvalget

Mødedato: Onsdag den 23. februar 2022 kl. 10:30-12:30

Sted: Auditoriet/virtuel deltagelse

Deltagere: Steen Dalsgård Jespersen, formand, Sundhedsstyrelsen
Jesper Møller Pedersen, Sundhedsministeriet (i stedet for Randi Frydensberg Hede)
Ulrik Hesse, Sundhedsdatastyrelsen
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Natacha Jensen, Danske Regioner
Jesper Allerup, Lægeforeningen
Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige selskaber
Anders Hoff, Lægemiddelindustriforeningen
Kirsten Ohm Kyvik, De sundhedsvidenskabelige fakulteter
Casper Larsen, Videreuddannelsesregion Nord (i stedet for Mads Skipper)
Hans Mathiasen, Yngre Læger

Sekretariat:
Mads Andersen Wickstrøm, Sundhedsstyrelsen
Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Inviteret:
Susanne Vinther Nielsen, konsulent, Sundhedsstyrelsen
Sara Korngut, Sundhedsstyrelsen *(pkt. 6)*

Afbud:
Jakob Schelde Holde, Danske Regioner
Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Anne Skov, Uddannelses- og Forskningsministeriet

01-04-2022

Sagsnr. 06-0101-567
Reference ALJE
T 9359 0211
E alje@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Punkt 1. **Godkendelse af dagsorden (Bilag P1-22)**

Indstilling:

Til godkendelse.

Referat:

Dagsorden godkendt.

Punkt 2. **Opfølgning - beregningsændringer i Lægeprognose 2021-2045**

Sagsfremstilling:

På sidste møde i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 26. november 2021 blev udvalget forelagt planlagte tekniske ændringer af beregningsmetoden for den kommende Lægeprognose. Udvalget kommenterede de planlagte ændringer af beregningsmetoden, og Sundhedsdatastyrelsen præsenterer opfølgning fra mødet.

Indstilling:

Til orientering og evt. drøftelse.

Referat:

Ulrik Hesse fra Sundhedsdatastyrelsen fulgte op på spørgsmål fra mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 26. november 2021 (præsentationen vedlagt). Der blev fremlagt svar på spørgsmål om håndtering af henholdsvis pension, orlov, lægernes arbejdstid, overgang fra læge til speciallæge, indvandring/udvandring samt læger som vælger anden karrierevej end speciallægeuddannelsen i beregningsændringerne i Lægeprognose 2021-2045. Desuden oplyste Sundhedsdatastyrelsen, at styrelsen var i proces med at udarbejde enkelte efterspørgselsberegninger til indarbejdelse i afsnittet om perspektivering om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen i den kommende Lægeprognose 2021-2045.

Sundhedsdatastyrelsen oplyste, at læger over 75 år registreres i modellen som overgået til pension. Vedrørende orlov oplyste Sundhedsdatastyrelsen, at der anvendes Danmarks Statistiks koder til definition af orlov, som omfatter læger på børnepasningsorlov osv. I modellen tages ikke højde for, om en læge arbejder deltid eller mere end fuldtid.

Sundhedsdatastyrelsen oplyste videre, at en væsentlig del af modellen er overgangen fra læge uden speciale til speciallæge. Blandt de omkring 10.000 læger uden speciale, skal der udvælges ca. 1.000 til et hoveduddannelsesforløb. Sundhedsstyrelsen fremførte, at overgangen fra læge til speciallæge afhænger af varigheden mellem lægefaglig autorisation og påbegyndelse af hoveduddannelsesforløb – i Lægeprognosen betegnet kandidatalder. Ydermere blev oplyst, at læger som vælger anden karrierevej end speciallægeuddannelsen er en del af arbejdsstyrken.

Udvalget havde følgende kommentarer:

Vedrørende *arbejdstid* blev der spurgt til håndtering af læger som fx arbejder over eller under de ugentlige timetal på 37 timer – disse læger kan påvirke prognosen og antallet af læger, der er til rådighed i arbejdsstyrken. Desuden blev spurgt til håndtering af de læger, som både tager en hoveduddannelse og ph.d., og hvor begge ansættelser tages på deltid. Sundhedsdatastyrelsen oplyste, at antallet i visse grupper er små og data er begrænset af opgørelsesmåde og -tidspunkt hos Danmarks Statistik. Det er ikke helårsdata men data opdateret pr. november i årene. Sundhedsdatastyrelsen vil igen se nærmere på lægernes arbejdstid i beregningsmetoden.

Vedrørende overgang *fra læge til speciallæge* viste Sundhedsdatastyrelsen en tabel over antal læger, der begynder på en speciallægeuddannelse efter opnåelse af autorisation for årene 2008-2019 – denne fordeling benyttes, når der skal udvælges læger til speciallægeuddannelsen. Udvalget spurgte i den

sammenhæng til om der kan anvendes data 2015-2019. Sundhedsdatastyrelsen svarede, at der i så fald vil blive færre data. Udvalget påpegede desuden, at tidspunktet for hvornår lægen starter i speciallægeuddannelsen er kendt af videreuddannelsesregionerne, men ikke hvornår lægen afslutter. Der blev i denne sammenhæng kommenteret, at der i videreuddannelsen fx tages højde for, hvis lægen skal på barsel el. forskning, idet uddannelsesforløbet dubleres. Det blev yderligere bemærket, at antal læger der begynder på speciallægeuddannelsen efter opnåelse af autorisation på mellem 5-10 år, virker umiddelbart som et bredt interval, og det kan ovevejes at nuancere intervallet – og der bør være særligt opmærksomhed på specialet akutmedicin (falsk lav værdi grundet opstart af specialet med bl.a. meritvurderinger, hvor uddannelsestiden er forkortet). *Videreuddannelsesregion Syd har leveret data med kandidatalder, som svarer til de opgørelser Sundhedsstyrelsen modtager årligt fra Videreuddannelsesregion Nord.*

Udvalget tog præsentationen til efterretning.

Punkt 3. Deskriptiv data til Lægeprognose 2021-2045

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde det første udkast til tabeller og figurer til det deskriptive afsnit i den kommende Lægeprognose, og præsenterer nogle af de opdaterede udvalgte data.

Indstilling:

Til orientering.

Referat:

Alma Jensen fra Sundhedsstyrelsen præsenterede nogle af de opdaterede deskriptiv data til Lægeprognose 2021-2045 (præsentationen vedlagt). Sundhedsstyrelsen oplyste, at det deskriptive afsnit bliver opdateret med de seneste data fra Bevægelsesregistret fra 2019, Autorisationsregistret fra 2021, uddannelsesdata fra Uddannelses- og Forskningsministeriet fra 2020 og opgørelserne over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb fra 2020. Der var bl.a. præsenteret antal beskæftigede læger og speciallæger, tilgang til medicinstudiet, antal udstedte autorisationer og speciallægeanerkendelser mv.

Der var følgende kommentarer fra udvalget:

- I opgørelsen over speciallæger i beskæftigelse pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher i 2019 kan anføres, at opgørelse over antal indbyggere er data fra Danmarks Statistisk over samlet antal indbyggere.
- I opgørelsen i tilgang af udenlandske statsborgere på medicinstudiet i perioden 2000-2020, rejses en opmærksomhed på, at ændringen i 2019 i dimensionering af

bacheloruddannelsen på medicinstudiet, endnu ikke er trådt kraft.

Sundhedsstyrelsen tog kommentarerne til efterretning.

Punkt 4. Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021 (Bilag P2-22)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast til opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021. Udkastet har været til kommentering på mødet i VUSAM – Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum den 28. januar 2022, og der var enkelte korrektioner til opgørelsen.

Indstilling:

Til orientering og evt. drøftelse.

Referat:

Alma Jensen fra Sundhedsstyrelsen præsenterede opgørelsen for opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021. Sundhedsstyrelsen oplyste, at der i opgørelsen er udarbejdet nye tabeller i forhold til tidligere opgørelser. Tabellerne 3, 3A, 3B og 3C er opgørelser over antal og besatte fleksforløb. Der er desuden:

1) Tilføjet ny note i tabel 2, fordi der er indført en ny beregning, der viser besættelsesprocenten ved justering af besatte forløb i de enkelte specialer, så disse ikke overstiger antal dimensionerede forløb.

2) Tilføjet ny note i tabel 3 og tabellerne 3A-C, hvor besættelsesprocenten inklusiv fleksforløb er beregnet, dvs. antallet af besatte hoveduddannelsesforløb på landsplan (898) og antallet af besatte fleksforløb (32) summeres, bliver det besættelsesprocenten 92 pct. (930/1.006,5).

Der var følgende kommentarer fra udvalget:

- Det blev udtrykt, at der ses flotte besættelsesprocenter.
- Det kunne overvejes at indarbejde antal unikke cpr. numre (på antal ansøgere) i oversigten. *Videreuddannelsesregion Syd har efter mødet meddelt, at der er muligheder for et dataudtræk over unikke ansøgere til hoveduddannelsesforløb – Sundhedsstyrelsen tog oplysningen til efterretning.*
- Der var en refleksion over, at der fx i specialet neurologi var 44 ansøgere til 2 fleksforløb, og spørgsmålet er om disse ansøgere også søger i andre videreuddannelsesregioner.
- Det bemærkes, at antallet af opslåede fleksforløb og antal ansøgere til de opslåede fleksforløb i Videreuddannelsesregion Øst (23) er markant højere

sammenlignet med Videreuddannelsesregion Syd (4) og Videreuddannelsesregion Nord (6). Der blev udtrykt en bekymring for, at dette kan have en negativ effekt på besættelsen af vakante stillinger i Nord/Syd fx. i neurologi, når der opslås fleksforløb i neurologi i Videreuddannelsesregion Øst. Det bemærkes i den forbindelse, at der i Videreuddannelsesregion Øst er besat 6 introduktionsforløb ud over I-maksimum dimensionering i specialet neurologi i 2021.

- Der blev stillet spørgsmål til besættelsesgrader i psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri i videreuddannelsesregion Syd, fordi disse er lavere end i videreuddannelsesregionerne Øst og Nord. Psykiatrien i Videreuddannelsesregion Syd har flere tiltag i gang for at facilitere højere besættelsesgrader i specialerne. Dertil er der i regionalt regi nedsat en strategisk arbejdsgruppe, der arbejder med robustgørelse af specialer, herunder speciallægeressourcer, rekrutteringstiltag mv.
- Der kunne i opgørelsen indarbejdes en fodnote med forklaringer på hvorfor der inden for enkelte specialer er opslået færre hoveduddannelsesforløb end antal dimensionerede forløb.
- Det blev bemærket at den geografiske forskel bør synliggøres, idet der ses fx 100 pct.-besættelse på landsplan, men på de enkelte videreuddannelsesregioner ses mindre besættelse.
- Det kunne overvejes, at enkelte specialer følges tættere på i udvalget fx i de specialer, hvor Dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen 2022-2023 er øget.

Sundhedsstyrelsen tog kommentarerne til efterretning og følger op på punkterne 2, 5 og 6.

Punkt 5. Besatte introduktionsforløb i 2021 (Bilag P3-22)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast til opgørelse over besatte introduktionsforløb i 2021. Udkastet har været til kommentering på mødet i VUSAM – Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum den 28. januar 2022.

Indstilling:

Til orientering og evt. drøftelse.

Referat:

Alma Jensen fra Sundhedsstyrelsen præsenterede opgørelsen for besatte introduktionsforløb i 2021 – tilsvarende oversigt som blev udarbejdet for 2020. Der var følgende kommentarer fra udvalget:

- I flere specialer ses, at der både var besat over maksimumsdimensionering og under

minimumsdimensionering, og der kunne indføres forklaringsfodnoter.

- Der blev stillet spørgsmål til hvorfor der var besat lavere antal forløb end minimumsdimensionering i specialerne psykiatri samt børne- og ungdomspsykiatri. Videreuddannelsesregion Syd oplyste, at i deres region, var der ikke så stor søgning mod Aabenraa og Esbjerg, men bedre søgning mod Odense.

Sundhedsstyrelsen tog kommentarerne til efterretning.

Punkt 6. Fagligt oplæg til Sundhedsstyrelsens 10-års psykiatriplan

Sagsfremstilling:

På mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 16. september 2021 blev det foreslået, at Sundhedsstyrelsen på et udvalgsmøde præsenterer det faglige oplæg til en 10-års psykiatriplan for bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser med fokus på kompetencer og kapacitet, jf. link. Sundhedsstyrelsen giver på mødet en præsentation af det faglige oplæg, som blev offentliggjort i januar 2022. Med afsæt i oplægget drøftes eventuelle udfordringer og tiltag i relation til videreuddannelsen i de to psykiatriske specialer.

Indstilling:

Til orientering og drøftelse.

Referat:

Sara Korngut fra Sundhedsstyrelsen præsenterede det faglige oplæg til en 10-årplan for mental sundhed og psykiatri (præsentationen vedlagt).

Sara Korngut lagde særlig vægt på de massive udfordringer inden for psykiatrien, aktiviteten i speciallægepraksis, ventetider på behandling i speciallægepraksis og forskellige temaer beskrevet i det faglige oplæg. Temaer i det faglige oplæg er: lighed og afstigmatisering; viden, udvikling og stærke faglige miljøer; mental sundhedsfremme; børn og unge; tidlige indsatser for voksne; udredning og behandling; retspsykiatri; socialpsykiatrien; sammenhæng. Følgende fem hovedproblemer blev præsenteret: utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng; utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud; utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser; stigmatisering, manglende prioritering og ligestilling; utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige. I forhold til arbejdet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget blev det påpeget, at blandt de vigtigste forudsætninger for, at en 10-årsplan kan realiseres, er et gradvist og langsigtet kapacitetsløft samt bedre rekruttering og fastholdelse af bl.a. speciallæger.

Herefter præsenterede Susanne Vinther Nielsen data for specialerne Psykiatri samt Børne- og ungdomspsykiatri (præsentationen vedlagt), herunder antal udstedte speciallægeanerkendelser, antal speciallæger i beskæftigelse, prognose for udvikling i antal speciallæger, teknisk fremskrivning af efterspørgslen på speciallæger samt dimensionering og antal besatte hoveduddannelsesforløb. Desuden oplyste Sundhedsstyrelsen, at de kommende prognosefremskrivninger kan forventes anderledes set i lyset af at dimensioneringen i 2022-2023 er øget ift. tidligere dimensioneringer.

Der var følgende kommentarer fra udvalget:

- Et velfungerende tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde er en forudsætning for at planen kan realiseres.
- Det blev fremført, at det samlede integrerede tilbud var forankret i regionerne og kompetencerne bør samles, hvor de psykiske lidelser behandles.
- Det blev bemærket, at hvor mange og hvilke opgaver læger varetager i psykiatrien er afhængig af, hvordan der dimensioneres.
- Dimensionering og udvikling i antal besatte hoveduddannelsesforløb følges nogenlunde.
- Der ses i nogle specialer, at der var opslået under dimensionering, og forløbene bør slås op med henblik på besættelse.
- Kan der skabes fælleshed og samarbejde mellem de uddannelseskoordinerende overlæger til gavn for områder hvor besættelse af introduktions- og hoveduddannelsesforløb er udfordret.

Sundhedsstyrelsen tog kommentarerne til efterretning.

Punkt 7. Orientering fra medlemmer

<u>Sundhedsstyrelsen:</u>

- Status på revision af den lægelige videreuddannelse:
  - Arbejdsgruppe 3: modeller for dimensionering af videreuddannelsen:
    - Arbejdsgruppe 3 har afholdt møde den 13. december 2021, hvor der bl.a. blev drøftet faktorer af betydning for uddannelseskapacitet og ideer til mulige modeller for dimensionering af videreuddannelsen.
    - Næste møde er den 7. april 2022, hvor der bl.a. forventes drøftet prognoser samt principielle overvejelser om behovet for læger og speciallæger.
  - LVU-konference i Aarhus den 22. juni 2022:
    - I forbindelse med revisionen af den lægelige videreuddannelse arrangerer Sundhedsstyrelsen en konference den 22. juni i Aarhus.

- Temaet på konferencen er fremtidens sundhedsvæsen og den lægelige videreuddannelse anno 2040.

Punkt 8. Eventuelt

Udvalget spurgte om datagrundlaget for en efterspørgselsprognose drøftes på næste møde i LVU-arbejdsgruppe 3 den 7. april 2022. Sundhedsstyrelsen oplyste, at der på næste møde i arbejdsgruppen drøftes det fremtidige prognosearbejde.

Næste møde i Prognose- og Dimensioneringsudvalget er den 11. maj 2022.

Bilagsoversigt:

Bilag P1-22:	Dagsorden for Prognose- og Dimensioneringsudvalget møde den 23. februar 2022
Bilag P2-22:	Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021 (udkast)
Bilag P3-22:	Besatte introduktionsforløb i 2021 (udkast)
Bilag P4-22:	Referat for mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2922

SUNDHEDSSTYRELSEN

D A G S O R D E N **BILAG P5-22**

Emne: Prognose- og Dimensioneringsudvalget

Mødedato: Onsdag den 25. maj 2022 kl. 10:30-12:00

Sted: Mødelokale 502, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67

Deltagere: Steen Dalsgård Jespersen, formand, Sundhedsstyrelsen
Jesper Møller Pedersen, Sundhedsministeriet (i stedet for Randi Frydensberg Hede)
Anne Skov, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Ulrik Hesse, Sundhedsdatastyrelsen
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Jakob Schelde Holde, Danske Regioner
Natacha Jensen, Danske Regioner
Hans Mathiasen, Yngre Læger
Jesper Allerup, Lægeforeningen
Anders Hoff, Lægemiddelindustriforeningen

Virtuel deltagelse:
Kirsten Ohm Kyvik, De sundhedsvidenskabelige fakulteter
Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige selskaber
Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord

Sekretariat:
Mads Andersen Wickstrøm, Sundhedsstyrelsen
Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Inviteret:
Susanne Vinther Nielsen, konsulent, Sundhedsstyrelsen

Afbud: Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst

18-05-2022

Sagsnr. 06-0101-567
Reference ALJE
T 9359 0211
E alje@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Punkt 1. **Godkendelse af dagsorden (Bilag P5-22)**

Indstilling: Til godkendelse.

Punkt 2. **Kapitel om udviklingen på det lægelige arbejdsmarked (Bilag P6-22, kapitel 3)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen præsenterede udvalgte data til kapitlet om udviklingen på det lægelige arbejdsmarked på udvalgsmødet den 23. februar 2022. Nu foreligger udkast til kapitlet og Sundhedsstyrelsen modtager kommentarer udvalget.

Indstilling:

Til drøftelse.

Punkt 3. **Kapitel om det fremtidige udbud af læger og speciallæger (Bilag P6-22, kapitel 4)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har modtaget prognosekørslerne fra Sundhedsdatastyrelsen og udarbejdet udkast til kapitlet om det fremtidige udbud af læger og speciallæger til Lægeprognosen 2021-2045. Sundhedsstyrelsen præsenterer kapitlet og modtager udvalgets kommentarer – tekstnære forslag til (faktuelle) korrektioner bedes tilsendt.

Indstilling:

Til drøftelse.

Punkt 4. **Kapitel om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen (Bilag P6-22, kapitel 5)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet udkast til kapitlet om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen præsenterer kapitlet og modtager udvalgets kommentarer – tekstnære forslag til (faktuelle) korrektioner bedes tilsendt.

Indstilling:

Til drøftelse.

Punkt 5. **Kapitel om modelbeskrivelse (Bilag P6-22, kapitel 6)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsdatastyrelsen præsenterede beregningsændringerne i Lægeprognose 2021-2045 på udvalgsmødet den 26. november 2021 og 23. februar 2022. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen udarbejdet udkast til kapitel om modelbeskrivelse og modtager udvalgets kommentarer – tekstnære forslag til (faktuelle) korrektioner bedes tilsendt.

Indstilling:

Til drøftelse.

Punkt 6. **Processen vedr. Dimensioneringsplan fra 2024**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen orienterer om tidsplanen for det kommende arbejde med at udarbejde en ny dimensioneringsplan for antallet af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Indstilling:

Til orientering.

Punkt 7. Orientering fra medlemmer

Sundhedsstyrelsen:

- Status på revision af den lægelige videreuddannelse:
  - Arbejdsgruppe 3: Modeller for dimensionering af videreuddannelsen:
    - Arbejdsgruppe 3 har afholdt møde den 7/4-2022, hvor der bl.a. blev drøftet prognoser og principielle overvejelser om behovet for læger og speciallæger.
    - Næste møde er den 23/6-2022, hvor der bl.a. forventes drøftet udkast til anbefalingerne ift. 1) behovet for læger og speciallæger, 2) prognoser og styringsmodeller for 3) dimensionering, herunder forskellige grader af regional og statslig inddragelse.

Punkt 8. Eventuelt

Bilagsoversigt:

Bilag P5-22: Dagsorden for Prognose- og Dimensioneringsudvalget møde den 25. maj 2022

Bilag P6-22: Udkast til Lægeprognose 2021-2045 – udbuddet af læger og speciallæger

SUNDHEDSSTYRELSEN

2022

BILAG P6-22

Lægeprognose 2021-2045 UDKAST pr. 18/5-2022

Udbuddet af læger og speciallæger

Lægeprognose 2021-2045 UDKAST pr. 18/5-2022
Udbuddet af læger og speciallæger

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: XXX
ISSN: XX

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: XXXX
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni, 2022

Indholdsfortegnelse

Oversigt over figurer og tabeller ... 5
1. Introduktion ... 8
1.1. Læsevejledning ... 9

2. Resumé og konklusion ... 11
2.1. Der bliver uddannet flere medicinske kandidater fra universiteterne ... 11
2.2. Ikke alle dimensionerede forløb besættes ... 11
2.3. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger ... 12
2.4. Der er kommet flere udenlandske uddannede læger ... 12
2.5. Uddannelsessted har betydning for efterfølgende arbejdssted ... 13
2.6. Udbuddet af læger og speciallæger øges ... 13
2.7. Tendenser i det fremtidige sundhedsvæsen ... 14

3. Udviklingen på det lægelige arbejdsmarked ... 15
3.1. Tilgangen til medicinstudiet er øget ... 15
3.1.1. Danmark uddanner mange læger sammenlignet med andre OECD-lande ... 16
3.1.2. Færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet ... 17
3.1.3. Flere kvinder end mænd bliver læge ... 18
3.1.4. Rimelig balance mellem antal læger og befolkningsandel fordelt på region ... 19
3.1.5. Antal medicinstuderende stiger ... 19
3.2. Antallet af udstedte autorisationer er steget gennem de sidste år ... 20
3.3. Flere speciallæger uddannes ... 21
3.3.1. Kortere tid fra opnået autorisation til speciallægeanerkendelse ... 26
3.4. Antallet af beskæftigede læger og speciallæger er steget ... 29
3.4.1. Få læger og speciallæger er beskæftiget i medicinalindustrien ... 31
3.4.2. Danmark øger antal læger med patientkontakt og ligger over OECD gennemsnittet ... 31
3.4.3. Stigende antal udenlandsk uddannede læger ... 32
3.5. Flest mænd er speciallæger men lige kønsfordeling for alle læger ... 33
3.6. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger ... 36
3.7. Sammenhæng mellem sted for universitetsuddannelsen og efterfølgende arbejdsregion ... 42

4. Det fremtidige udbud af læger og speciallæger ... 44
4.1. Antallet af læger forventes at stige ... 44
4.2. Stigende andel kvinder ... 45
4.3. Aldersfordelingen blandt læger og speciallæger ændres over tid ... 46
4.4. Antallet af speciallæger forventes at stige ... 49
4.5. Øget tilgang af læger ... 53
4.6. Udvikling i lægers arbejdstid ligger nogenlunde stabil ... 54
4.7. Antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere stiger ... 56
4.8. Sammenligning af ændring af effekterne i den nuværende Lægeprognose 2021-2045 i forhold til den forrige Lægeprognose 2018-2040 ... 58
4.9. Balancen mellem udbud og teknisk fremskrivning af antal læger ... 59
4.9.1. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel ... 62

5. Tendenser i fremtidens sundhedsvæsen ... 64
5.1. Den demografiske udvikling ... 64
5.2. Udviklingen i sygdomsbilledet ... 65
5.3. Fremtidens sundhedsudgifter ... 66
5.4. Strukturelle rammers betydning for fremtidens behov for sundhedsydelser ... 69

6. Modelbeskrivelse ... 72
6.1. Modelinput ... 74
6.1.1. Udgangspopulation ... 74
6.1.2. Håndtering af specialer ... 75
6.1.3. Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus ... 75
6.2. Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelsen) ... 77
6.2.1. Stadier i overgangen mod speciallægeanerkendelsen ... 77
6.2.2. Kandidatalder og den fiktive kandidatalder ... 77
6.2.3. Læger i hoveduddannelsesforløb i startåret ... 79
6.2.4. Udvælgelsen til hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen ... 79
6.2.5. Indplacering på specialer ... 80
6.2.6. Overgang fra læge til speciallæge ... 81
6.2.7. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater ... 81
6.2.8. Vandring mellem specialer ... 82
6.3. Tilgang af nye læger ... 82
6.3.1. Tilgang af nyuddannede læger ... 83
6.3.2. Tilgang af læger fra udlandet ... 83
6.4. Arbejdstid ... 84
6.5. Test af lægeprognosemodellen ... 85
6.6. Scenarier ... 86
6.6.1. Hovedscenariet ... 86
6.6.2. ”Status quo scenarie” – besatte forløb lig med gennemsnittet for 2018-2020 ... 87
6.6.3. Fuld dimensionering ... 87
6.6.4. Flere forløb end dimensioneringen ... 87
6.6.5. Færre forløb end dimensioneringen ... 87

7. Bilag ... 88

Oversigt over figurer og tabeller

Figur 1. Tilgang til medicinstudiet og antal autoriserede, 2000-2020 15
Figur 2. Nyuddannede kandidater pr. 100.000 indbyggere i udvalgte OECD lande (2019 eller nærmeste år) 16
Figur 3. Udvikling i tilgang af udenlandske statsborgere på medicinstudiet, 2000-2020 17
Figur 4. Udviklingen i kønssammensætningen ved studiestart, 2000-2020 (pct.) 18
Figur 5. Udvikling i antal dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, 2003-2020 22
Figur 6. Udviklingen i antal besatte hoveduddannelsesforløb fordelt på videreuddannelsesregion, 2008-2020 23
Figur 7. Udvikling i andel af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensionerede forløb, 2005-2020 (pct.) 24
Figur 8. Uddannelsesvarighed 27
Figur 9. Udviklingen i gennemsnitlig gennemførselstid, 2004-2021 29
Figur 10. Læger, der leverer ydelser til patienter pr. 1.000 indbyggere (2019 eller nærmeste år) i udvalgte OECD-lande 32
Figur 11. Kønsfordeling blandt læger i arbejdsstyrken, 2019 34
Figur 12. Aldersfordeling blandt læger i arbejdsstyrken fordelt på region og Danmark, 2019 35
Figur 13. Aldersfordeling blandt speciallæger i arbejdsstyrken fordelt på region og Danmark, 2019 35
Figur 14. Speciallæger og læger pr. 1.000 indbyggere i regionerne og Danmark, 2019 37
Figur 15. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher, 2019 39
Figur 16. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på specialegruppering, 2019 42
Figur 17. Udvikling i antal læger i arbejdsstyrken inkl. orlov, 2021-2045 45
Figur 18. Udviklingen i antallet af kvindelige og mandlige læger inkl. orlov i grundscenariet, 2021-2045 46
Figur 19. Udvikling i aldersfordelingen for alle læger inkl. orlov i grundscenariet 47
Figur 20. Udvikling i aldersfordelingen for mandlige læger inkl. orlov i grundscenariet 47
Figur 21. Udvikling i aldersfordelingen for kvindelige læger inkl. orlov i grundscenariet 48
Figur 22. Udvikling i aldersfordelingen for speciallæger inkl. orlov i hovedscenariet 48
Figur 23. Udvikling i antal speciallæger i arbejdsstyrken inkl. orlov, 2021-2045 50
Figur 24. Udvikling i antal læger med og uden speciale inkl. orlov i hovedscenariet, 2021-2045 51
Figur 25. Udvikling i gennemsnitlig ugentlig arbejdstid for læger og speciallæger, 2021-2045 55
Figur 26. Udvikling i gennemsnitlig ugentlig arbejdstid i udvalgte specialer, 2021-2045 56
Figur 27. Udvikling i antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, 2021-2045 57
Figur 28. Udvikling i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere fordelt på specialegrupperinger, 2021-2045 57

Figur 29. Grundscenariet inkl. orlov og ratio antal læger pr. 1.000 indbyggere som i 2021 ... 60
Figur 30. Hovedscenariet inkl. orlov og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2021 ... 60
Figur 31. Udvikling i antallet af læger, 2021-2045 (vækstscenarier) ... 61
Figur 32. Udviklingen i antallet af speciallæger, 2021-2045 (vækstscenarier) ... 62
Figur 33. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel ... 63
Figur 34. Demografisk udvikling i Danmark for aldersgrupper 2019-2045 (antal personer) ... 65
Figur 35. Andel af kroniske lidelser fordelt på aldersgrupper ... 66
Figur 36. Fremskrevet udvikling i sundhedsudgifter per speciale, 2019-2045 (pct.) ... 67
Figur 37. Fremskrevet udvikling i sundhedsudgifter i almen- og speciallægepraksis, 2019-2045 (pct.) ... 68
Figur 38. Fire scenarier for udviklingen i den norske sundheds- og omsorgssektor ... 70
Figur 39. Oversigt over lægeprognosemodellen ... 73
Figur 40. Bevægelser i prognosemodellen, bevægelse på arbejdsmarkedet ... 76
Figur 41. Stadier i overgangen fra læge til speciallæge ... 77
Figur 42. Overgangen fra læge til speciallæge, kandidatalder og fiktiv kandidatalder ... 78
Figur 43. Gennemsnitlig fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet inddelt i fire specialegrupper og pr. speciale ... 80
Figur 44. Illustration af overgang fra læge til speciallæge i 2020 (eksempel) ... 81
Figur 45. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater, 2015-2019 ... 82
Figur 46. Aldersfordeling for nyautoriserede læger uddannet i Danmark, 2015-2019 ... 83
Figur 47. Aldersfordeling for nyautoriserede udenlandske læger, 2008-2019 ... 84
Figur 48. Gennemsnitlige ugentlige arbejdstid fordelt på køn og specialegruppe, 2015-2019 ... 85
Figur 49. Prognose og faktisk data, autoriserede læger i arbejdsstyrken, 2008-2019 ... 86

Tabel 1. Andel autoriserede læger i forhold til befolkningsandel, 2014-2021 ... 19
Tabel 2. Aktuel dimensionering af optag på kandidatuddannelsen i medicin på universiteterne i forhold til befolkningsandel (studieåret 2020/2021) ... 19
Tabel 3. Dimensionering af optag på bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin på de fire universiteter (studieåret 2020/2021) ... 20
Tabel 4. Antal udstedte autorisationer fordelt på uddannelsesland, 2014-2021 ... 20
Tabel 5. Antal udstedte speciallægeanerkendelser fordelt på uddannelsesland, 2014-2021 ... 21
Tabel 6. Andel ubesatte forløb i forhold til dimensionerede forløb fordelt på specialer ... 25
Tabel 7. Udvikling i gennemsnitlig kandidatalder for alle specialer (ekskl./inkl. almen medicin) og specialet almen medicin, 2011-2021 ... 28
Tabel 8. Udvikling i antal beskæftigede læger fordelt på branche, 2013-2019 ... 30
Tabel 9. Udvikling i antal beskæftigede speciallæger fordelt på branche, 2013-2019 ... 31
Tabel 10. Antal læger i arbejdsstyrken fordelt på uddannelsesland, 2013-2019 ... 32
Tabel 11. Antal og andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken fordelt på region, 2013-2019 ... 33
Tabel 12. Antal beskæftigede læger fordelt på region, 2012-2019 ... 36

Tabel 13. Antal beskæftigede speciallæger fordelt på region, 2012-2019 36
Tabel 14. Udvikling i antal hospitalsansatte læger fordelt på region, 2013-2019..... 37
Tabel 15. Udvikling i antal hospitalsansatte speciallæger fordelt på region, 2013-2019..... 38
Tabel 16. Udvikling i antal alment praktiserende læger (speciallæger), 2013-2019 38
Tabel 17. Udvikling i antal praktiserende speciallæger, 2013-2019 39
Tabel 18. Antal speciallæger i beskæftigelse fordelt på speciale og region, 2019 (2015) 40
Tabel 19. Speciallæger og læger fordelt på uddannelsesinstitution og primær arbejdsregion, 2019 43
Tabel 20. Sammenligning af antal læger i arbejdsstyrken inkl. orlov i scenarierne..... 45
Tabel 21. Sammenligning af antal speciallæger i arbejdsstyrken inkl. orlov i scenarierne..... 50
Tabel 22. Udvikling i antal læger og speciallæger inkl. orlov i hovedscenariet, 2021-2045 52
Tabel 23. Årlig tilgang til den lægelige videreuddannelse (I PROCES)..... 53
Tabel 24. Sammenligning af forventet tilgang fra universiteterne til den lægelige videreuddannelse med denne og tidligere Lægeprognose (1) (I PROCES) 59
Tabel 25. Fordeling af læger uden speciale ved start på HU-forløb efter aldersgruppe og fiktiv kandidatalder, 2015-2019..... 79
Tabel 27 Eksempel på fordelingen..... 159

1. Introduktion

Det fremgår af sundhedsloven, at det danske sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Herudover skal sundhedsvæsenet opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet og sikre behandling af høj kvalitet mv.

Kvaliteten af sundhedsydelserne i fremtidens sundhedsvæsen er blandt andet afhængig af, at der er et tilstrækkeligt antal læger, at disse bliver fordelt inden for de 39 lægelige specialer, og at den geografiske spredning af læger er hensigtsmæssig, så der er læger til behandling af borgerne i hele landet. Det er desuden afgørende ud fra en overordnet ressourcemæssig betragtning, at der ikke uddannes flere læger, end der er behov for.

Sundhedsstyrelsen udarbejder med hjælp fra Sundhedsdatastyrelsen og Prognose- og Dimensioneringsudvalget prognoser for udbuddet af læger og speciallæger for at følge den forventede udvikling af det lægelige arbejdsmarked.

Prognosen fremskriver antallet af læger og speciallæger, der er til rådighed for det danske sundhedsvæsen og fungerer som et scenarieværktøj i fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Herudover omtales den historiske udvikling på det lægelige arbejdsmarked. Prognosen giver således et vidensgrundlag for myndigheder og andre aktører om den forventede fremtidige lægelige arbejdsstyrke. Derudover indgår prognosen i Prognose- og Dimensioneringsudvalgets arbejde blandt andet i forbindelse med rådgivning om størrelsen af kandidatproduktionen.

Prognosen belyser den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger frem mod 2045 og indeholder tekniske fremskrivninger af udbuddet af læger og speciallæger, hvor der eksempelvis tages udgangspunkt i at bevare det nuværende forholdsmæssige antal af læger. Dette belyser den fremtidige balance mellem udbud og nuværende antal læger pr. 1.000 indbyggere.

Udarbejdelsen af prognosen begyndte i 2021 og inkluderer derfor dette år. Sundhedsdatastyrelsen benytter data fra Bevægelsesregisteret, hvor den seneste tilgængelige opdatering er fra 2019. Data er opgjort med status pr. 31. december i de respektive år. Sundhedsdatastyrelsen foretager fremskrivningerne i prognosen baseret på en opdateret model for Lægeprognosen 2018-2040. Prognosens fremskrivninger bidrager blandt andet til fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen i de 39 specialer i Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan i 2024 og de efterfølgende år.

Arbejdet med prognoserne er forankret i Prognose- og Dimensioneringsudvalget, som er et permanent udvalg under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. I udvalget sidder repræsentanter for Uddannelses- og Forskningsministeriet, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Danske Regioner, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Lægeforeningen, Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelindustriforeningen, de sundhedsvidenskabelige fakulteter, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

1.1. Læsevejledning

Rapporten samler data til beskrivelse af udviklingen på det lægelige arbejdsmarked og fremskriver antallet af læger i tre scenarier og for speciallæger i fem forskellige scenarier.

Rapporten er opbygget med følgende kapitler:

Kapitel 2 er en sammenfatning af rapportens hovedpointer, og der indgår en beskrivelse af de centrale udviklinger i det lægelige arbejdsmarked ud fra historiske data og de væsentligste resultater fra prognosens fremskrivninger.

Kapitel 3 beskriver udviklingen på det lægelige arbejdsmarked de senere år. I den deskriptive beskrivelse indgår en række centrale variable med betydning for det nuværende og fremtidige lægelige arbejdsmarked.

Kapitel 4 belyser den forventede udvikling i antallet læger og speciallæger i perioden 2021-2045. I dette afsnit fokuseres på prognosens fremskrivninger af den forventede udvikling i antal læger og samlede antal speciallæger samt fordelingen på specialeniveau.

Kapitel 5 retter fokus mod nogle af de fremtidige tendenser, der forventes at få betydning for fremtidens sundhedsvæsen, og som dermed kan blive bestemmende for behovet for uddannelse og ansættelse af læger.

Kapitel 6 indeholder en beskrivelse af modellen benyttet til fremskrivninger af antal læger og speciallæger, herunder hvilke forudsætninger, som prognosens fremskrivninger baserer sig på.

Bilag 1 indeholder Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen – overordnet og fordelt efter køn og statsborgerskab.

Bilag 2 viser udviklingen i gennemsnitlig antal år fra autorisation til første speciallægeanerkendelse.

Bilag 3 angiver specialegrupperinger, der er benyttet i flere figurer og tabeller.

Bilag 4 – 8 viser fordeling af hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen som grundlag for fremskrivninger i de fem forskellige scenarier.

Bilag 9-12 viser udviklingen af læger og speciallæger i fire ud af fem scenarier. Resultatet af fremskrivninger for hovedscenariet fremgår af Tabel 22.

Bilag 13 sammenligner fremskrivninger for de fem scenarier på specialeniveau.

Bilag 14 sammenligner vækst/fald mellem Lægeprognose 2018-2040 og Lægeprognose 2021-2045 i hovedscenariet.

Bilag 15 angiver ændringer i orlovstilbøjelighed og pensionstilføjelighed.

Bilag 16 viser estimation af overgangssandsynligheder.

Bilag 17 illustrerer overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke.

Bilag 18 viser trækning fra en uniform fordeling.

Bilag 19 indeholder et eksempel på mikrosimulation af lægerens arbejdsmarkedsstatus.

Bilag 20 angiver specialernes normerede uddannelseslængde for HU-forløb i speciallægeuddannelsen, indberettede kandidatalder, fiktive kandidatalder og indplacering i specialegruppe i prognosemodellen.

Bilag 21-22 viser fordeling af fiktiv kandidatalder ved start på Hu-forløbet og beregning af 2020X.

2. Resumé og konklusion

I Lægeprognosen præsenteres den forventede udvikling i antallet af læger i perioden 2021 til 2045 fordelt på det totale antal læger, læger uden speciale og speciallæger i de enkelte lægelige specialer.

I 2040 forventes flere læger jf. Lægeprognose 2021-2045 sammenlignet med forventningerne i Lægeprognose 2018-2040. Ændringer i følgende faktorer kan have betydning for de mindre forskelle i den forventede udvikling i antallet af læger og speciallæger i prognosens fremskrivninger:

- Øget kandidattilgang fra universiteterne
- Ændret Dimensioneringsplan med flere hoveduddannelsesforløb
- Ændrede pensionstendenser
- Ændrede orlovsmønstre
- Ændrede gennemførselstider
- Tekniske ændringer i modellen

Prognosens fremskrivninger af udbuddet af læger og speciallæger baseres på en række forudsætninger, heriblandt den forventede pensionsalder, ind- og udvandring, antal besatte hoveduddannelsesforløb, uddannelsestid m.m. Ændres disse forudsætninger, vil prognosens fremskrivninger blive ændret. Derfor skal bemærkes, at der er en række usikkerhedsfaktorer forbundet med så langsigtede fremskrivninger, og der er et kompliceret samspil mellem en lang række sociale, økonomiske og politiske faktorer. Jo længere frem i tiden der prognosticeres, desto mere usikre bliver resultaterne.

2.1. Der bliver uddannet flere medicinske kandidater fra universiteterne

Tilgangen til lægeuddannelsen er næsten fordoblet i løbet af de seneste 20 år. Dimensioneringen af lægeuddannelsen på de fire universiteter er således aktuelt 1.395 uddannelsespladser årligt med 509 studerende på Københavns Universitet, 288 på Syddansk Universitet, 448 på Aarhus Universitet og 150 studerende på Aalborg Universitet. Optaget på bacheloruddannelsen blev i 2019 øget til 1.661 studerende, mens optaget på kandidatuddannelsen er fastholdt på 1.395 studerende. Allerede i 2019 var der i Danmark en relativt høj kandidatproduktion på 18,9 pr. 100.000 indbyggere mod et samlet gennemsnit i OECD på 13,2. Kandidatproduktionen i Danmark var i 2019 også højere end i Sverige (13,5) og Norge (11,3). Uddannelses- og Forskningsministeriet forventer, at der fra 2028 og frem vil blive uddannet cirka 1.370 medicinske kandidater årligt svarende til cirka 23 læger pr. 100.000 indbyggere. Allerede fra 2021 forventes der at blive uddannet cirka 21 læger pr. 100.000 indbyggere (1.249 fuldførte kandidater).

2.2. Ikke alle dimensionerede forløb besættes

Udbuddet af speciallæger forventes at være stigende selvom alle dimensionerede forløb på landsplan ikke besættes. Antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen er øget fra 689 forløb i 2003 til 1.011,5 forløb i 2020 svarende til en

stigning på cirka 47 pct. Det ses dog samtidig, at antallet af besatte stillinger i hele perioden har ligget under det dimensionerede antal hoveduddannelsesforløb. Andelen af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensioneringen har været svingende gennem perioden. Indledningsvis lå andelen på landsplan i 2009 på 87 pct., mens den efterfølgende var op mod 95 pct. besatte forløb for igen at falde i 2016 til 89 pct. I perioden 2017-2020 ligger andelen af besatte hoveduddannelsesforløb på 91-93 pct. Der er i alle tre videreuddannelsesregioner i perioden 2008-2020 sket en vækst i antallet af besatte hoveduddannelsesforløb.

Videreuddannelsesregion Nord har i årene 2019-2020 haft besættelsesprocenter lige over landsgennemsnittet ligesom Videreuddannelsesregion Øst. I hele perioden har Videreuddannelsesregion Øst haft lettere ved at rekruttere læger til hoveduddannelsesforløb og ligget over landsgennemsnittet for andelen af besatte forløb i forhold til dimensionerede forløb. Det er ikke udelukkende på regionalt niveau, at der er forskelle i, hvor stor andel af de dimensionerede forløb, der besættes. Der ses også en forskel på specialeniveau, idet 10 specialer havde over 20 pct. ubesatte forløb i perioden 2015-2020 forhold til dimensionerede forløb.

2.3. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger

I perioden 2013-2019 er antallet af beskæftigede læger steget med ca. 12 pct. svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,9 pct., mens antallet af beskæftigede speciallæger er steget med 10,5 pct. svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,7 pct. Samlet set er der således i perioden sket en betydelig vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger.

De fem regioner har alle i perioden 2013-2019 haft en vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger. De enkelte regioners andel af beskæftigede speciallæger i alt har ligget relativt stabilt i de enkelte år i perioden. Tilsvarende har regionernes andel af beskæftigede læger i alt også ligget stabilt de enkelte år. Sammenholdt med befolkningsgrundlaget i 2019 er der flere læger pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden end i de fire andre regioner. Ser man på antallet af speciallæger fordelt på en række specialegrupperinger i relation til befolkningsgrundlaget i de enkelte regioner, er der i Region Hovedstaden en højere andel af speciallæger end i de øvrige regioner. Undtagelsen er almen medicin, hvor der er relativ flest i Region Syddanmark.

2.4. Der er kommet flere udenlandske uddannede læger

I perioden 2014-2021 er der sket en stigning på 39 pct. i det samlede antal af læger, der opnår autorisation i Danmark. Andelen af udenlandsk uddannede varierer i perioden 2014-2021 fra at udgøre ca. 16 pct. til 26 pct. af det samlede antal af autoriserede. Samlet set udgør andelen af udenlandsk uddannede i perioden 19 pct. Det vil sige, at antallet af udenlandsk uddannede udgør en ikke uvæsentlig del af dem, som opnår autorisation i Danmark.

Med hensyn til udstedelse af speciallægeanerkendelser er der samlet set i perioden 2010-2018 sket en stigning på 26 pct. i antallet af udstedte anerkendelser, mens der i årene 2019-2021 ses et fald på 13 pct. Cirka 17 pct. af de speciallægeanerkendelser, der

er blevet udstedt i perioden 2014-2021, er udstedt til læger med en udenlandsk speciallægeuddannelse.

Der er sket en vækst i antallet af udenlandske uddannede læger i arbejdsstyrken fra 1.965 i 2013 til 2.458 i 2019 svarende til en samlet stigning på 25 pct. og svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på cirka 4 pct. Udenlandsk uddannede læger udgør dermed cirka 15 pct. af den samlede vækst på 3.193 læger i arbejdsstyrken i perioden 2013-2019. Den samlede andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken i Danmark er også steget fra 8,3 pct. i 2013 til 9,1 pct. i 2019.

På landsplan er der altså sket en betydelig vækst i antallet af udenlandsk uddannede læger. Tendensen ses inden for samtlige regioner, hvor der er sket en stigning i antallet af beskæftigede læger med en udenlandsk uddannelse.

2.5. Uddannelsessted har betydning for efterfølgende arbejdssted

Geografi i forhold til uddannelsessted har en betydning for, hvor lægerne på sigt etablerer sig som læge og speciallæge. Det gør sig gældende både for læger under uddannelse og for færdiguddannede speciallæger. Sammenhængen mellem uddannelsessted og efterfølgende arbejdssted er tydeligst for læger med uddannelse fra Aalborg Universitet, herefter Københavns Universitet og dernæst Aarhus Universitet og mindst tydelig for Syddansk Universitet.

En regulering af fordelingen af optaget på universiteterne kan derfor være et virksomt redskab til at ændre på den regionale fordeling af læger. Der er dog allerede sket en regulering af optaget på universiteterne med stigninger i antallet af studiepladser, således at dimensionering af optaget på Syddansk Universitet er i balance med det nuværende befolkningsgrundlag, mens universiteterne i Aalborg og Aarhus samlet set optager et større antal medicinstuderende end den procentvise befolkningsandel i videreuddannelsesregion Nord, og Københavns Universitet optager færre studerende i forhold til befolkningsgrundlaget i videreuddannelsesregion Øst. Reguleringen må forventes i de kommende år at slå igennem på kandidatproduktionen og på sigt i forhold til den regionale fordeling af læger og speciallæger.

2.6. Udbuddet af læger og speciallæger øges

Prognosen indeholder tre scenarier for udviklingen i antallet af læger og fem scenarier for udviklingen i antallet af speciallæger. Der er forskel mellem scenarierne med hensyn til den forventede udvikling, men i samtlige scenarier forventes dog en stigning i antallet af læger og speciallæger i perioden 2021-2045.

Scenarierne omfatter ét grundscenarie, ét hovedscenarie og scenarier med forskellige antagelser om antallet af lægekandidater og speciallæger. Det er vanskeligt entydigt at fastslå, hvor mange læger og speciallæger, der kommer i fremtiden. Ændringer i forudsætningerne kan få stor betydning. Der er i Lægeprognosen medtaget forskellige scenarier for at give et billede af, hvad udviklingen i antallet af læger og speciallæger forventeligt vil blive, hvis der ændres på optag på universiteterne eller der foretages ændringer af den nuværende dimensionering af specialerne.

Det forventes ud fra prognosefremskrivningerne, at udbuddet af læger i arbejdsstyrken i grundscenariet vil stige med cirka 60 pct. fra 28.181 læger i 2021 til 45.486 læger i 2045 (42.887 eksklusiv orlov) svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2,0 pct.

For speciallæger viser hovedscenariet, at udbuddet af speciallæger i arbejdsstyrken forventes at være stigende i hele perioden fra 16.808 i 2021 til 29.188 i 2045. Samlet set svarer stigningen til, at der i 2045 forventes cirka 74 pct. flere speciallæger end i 2021 med en årlig gennemsnitlig stigning på 2,3 pct. Frem mod 2045 forventes et fald i antallet af speciallæger inden for specialet neurokirurgi og et forventeligt fald i det nedlagte speciale intern medicin, mens for alle andre specialer forventes en stigning i antallet af speciallæger.

I grund- og hovedscenarierne forventes, at der i perioden 2021-2045 vil ske en stigning i antallet af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere. Antallet af læger forventes at stige fra 4,8 til 7,3 pr. 1.000 indbyggere, mens antallet af speciallæger forventes at stige fra 2,9 til 4,7 pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnitligt var der i OECD-landene i 2019 3,6 læger med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere. I en vurdering af, om Danmark sammenlignet med andre lande har mange læger pr. 1.000 indbyggere, skal det bemærkes, at der imellem de enkelte lande kan være stor forskel på, hvilken type af opgaver, der varetages af læger eller andre faggrupper, fx sekretærer og sygeplejersker.

2.7. Tendenser i det fremtidige sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet oplever allerede i dag udfordringer med et stigende antal ældre og kronisk syge – udfordringer, der vil øges de kommende år. Andelen af personer over 60 år ventes at stige fra cirka 24 pct. i 2019 til at udgøre cirka 29 pct. af befolkningssammensætningen frem mod 2045. Særligt forventes antallet af personer over 80 år at stige frem mod 2045 fra at udgøre cirka 4 pct. af befolkningen i 2019 til at udgøre cirka 8 pct. i 2045. Andelen af befolkningen, der lever med en eller flere kroniske lidelser stiger i takt med alderen, og for personer i aldersgruppen 65-69 år lever cirka 40 pct. med mere end én kronisk sygdom. Særligt for personer over 80 år lever en stor andel (70 pct.) med mere end én kronisk sygdom.

Lægeprognose 2021-2045 viser, at der samlet set vil komme flere læger og speciallæger, end der er i dag. Det er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig speciallægedækning i hele landet og inden for alle specialer er løst. Der opleves aktuelt geografiske forskelle i antallet af speciallæger og rekrutteringen af læger til uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Manglen er størst i områder uden for universitetsbyerne og generelt set større i yderområderne, og der er samtidig forskelle mellem specialerne.

Det er afgørende, at der sker en mere ligelig fordeling af den lægelige arbejdsstyrke imellem de fem regioner og inden for regionerne. Det er ligeledes af betydning, at de lægelige ressourcer udnyttes hensigtsmæssigt og tilpasset behovet, fx gennem organisering eller teknologi. Den faktiske udvikling i antallet af læger og speciallæger frem mod 2045 og fordelingen af dem vil således afhænge af de kommende års beslutninger og prioriteringer.

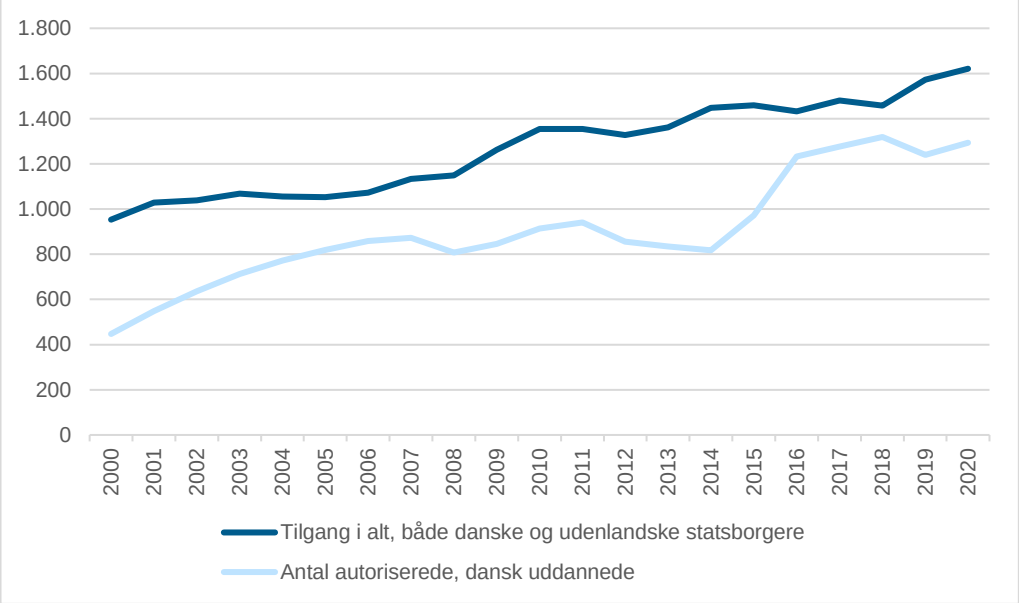
3. Udviklingen på det lægelige arbejdsmarked

Kapitlet belyser udviklingen på det lægelige arbejdsmarked de senere år. Udviklingen belyses, da den indeholder en række centrale variable, som har betydning for de senere fremskrivninger i prognosen.

3.1. Tilgangen til medicinstudiet er øget

Antallet af lægekandidater, der afgår fra de fire universiteter i Danmark har stor betydning for den fremtidige udvikling i antallet af læger og speciallæger. Tilgangen til lægeuddannelsen er i løbet af de seneste 20 år næsten fordoblet og er således steget fra 953 i 2000 til 1.621 i 2020 med en stigning fra 2018 til 2020 på 11 pct. sammenlignet med stigningen i perioden 2008-2010 på 18 pct., og stigningen i 2012-2014 på 8 pct. Det vil sige, at siden 2006 har der været en stigning på 51 pct. svarende til en gennemsnitlig stigning på 3-4 pct. årligt. (Figur 1).

Figur 1. Tilgang til medicinstudiet og antal autoriserede, 2000-2020



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet og Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

På grund af den øgede tilgang er der også sket en markant vækst i antallet af læger, der har opnået autorisation på baggrund af en dansk universitetsuddannelse. Således blev der i 2020 autoriseret tre gange flere dansk uddannede læger (1.294) end i 2000 (447). I perioden 2005-2014 lå antallet af autoriserede pr. år nogenlunde stabilt, men siden 2014 er antallet steget med 58 pct.

Der vil være en forskydning på mindst seks år inden en øgning i optaget på medicinstudiet afspejles i antallet af autoriserede læger, da universitetsuddannelsen består af bachelor- og kandidatuddannelsen, der begge er af 3 års varighed. I afsnit 3.2 ses der nærmere på den samlede udvikling i antallet af autoriserede læger.

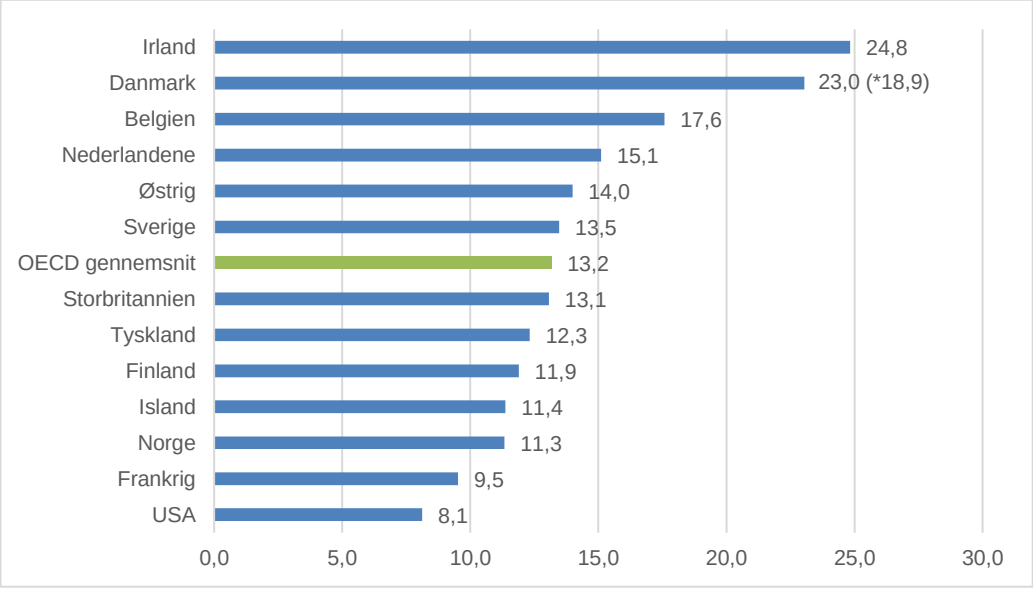
Medianalderen for medicinstuderende ved studiestart er fra 2000 til 2020 faldet fra 21,5 til 21,1 år. Den gennemsnitlige studietid faldt i perioden 2000-2020 fra 7,8 år til 6,6 år. Studietiden er beregnet som studietiden på hhv. bachelor- og kandidatuddannelsen. Det vil sige, at eventuelle pauser mellem de to uddannelser ikke indgår i beregningen. Flere initiativer er i perioden blevet iværksat til reduktion af studietiden som fx forkortning af medicinstudiet i 2004 fra 6½ til 6 års varighed og indførelse af afleveringsfrister for speciale og krav til studieaktiviteten; blandt andet fremdriftsreformen i 2013 med ændringer i 2015.

Den gennemsnitlige alder ved opnåelsen af autorisation er faldet fra 29,3 år i 2001 til 28,2 år i 2021, hvilket som udgangspunkt betyder, at lægerne vil stå til rådighed for arbejdsmarkedet i en tilsvarende længere periode end tidligere. Ca. 84 pct. af de dansk uddannede læger, der har opnået autorisation var i perioden 2011-2021 i aldersgruppen 25-29 år på autorisationstidspunktet, og ca. 97 pct. har opnået autorisation inden de fyldte 35 år.

3.1.1. Danmark uddanner mange læger sammenlignet med andre OECD-lande

Danmark er blandt de OECD-lande der uddanner flest læger målt pr. indbygger. I 2019 var OECD gennemsnittet 13,2 pr. 100.000 indbyggere mod 18,9 i Danmark (Figur 2).

Figur 2. Nyuddannede kandidater pr. 100.000 indbyggere i udvalgte OECD lande (2019 eller nærmeste år)



** Tallet 18,9 pr. 100.000 indbyggere er ekskl. udenlandske uddannede kandidater (egen data). I OECD opgørelsen er tallet for Danmark 23,0 nyuddannede kandidater fra medicinstudiet pr. 100.000 indbyggere - dette tal er inkl. udenlandske nyuddannede kandidater.*

Kilde: OECD Health Statistics 2021

Uddannelses- og Forskningsministeriet forventer, at der i 2021 vil være 1.249 nyuddannede læger fra medicinstudiet (Bilag 1), hvilket sammenholdt med det forventede befolkningstal betyder, at der i 2021 vil blive uddannet ca. 21 læger pr. 100.000 indbyggere. I 2025 forventes det, at der uddannes ca. 23 læger pr. 100.000 indbyggere.

3.1.2. Færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet

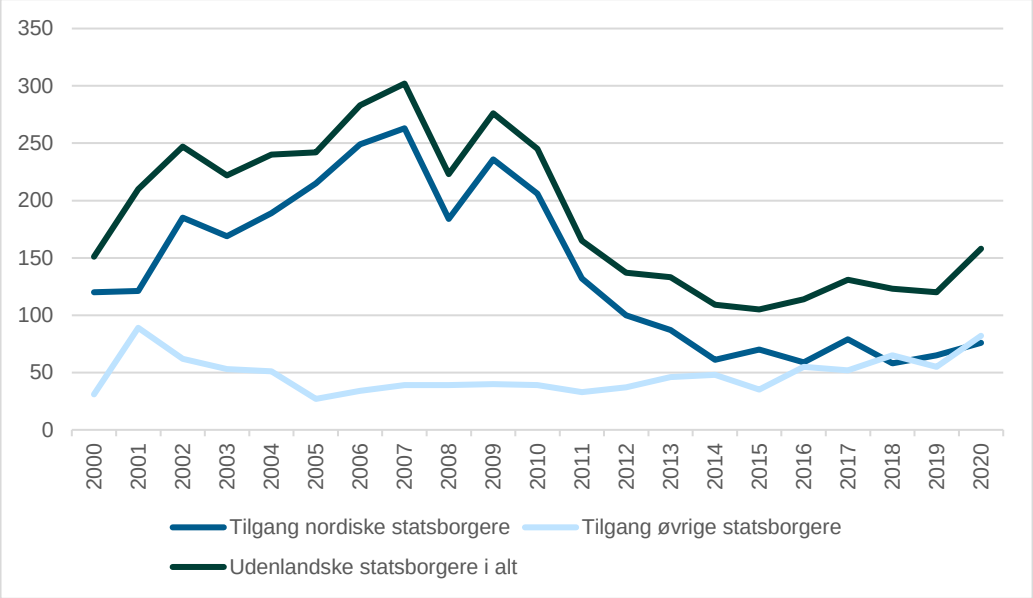
I forhold til hvor mange læger, der senere kan forventes at stå til rådighed for det lægelige arbejdsmarked, er det interessant at se nærmere på, hvor stor en andel af tilgangen af studerende på medicinstudiet, der har udenlandsk statsborgerskab, idet en del af de udenlandske statsborgere forlader Danmark efter afsluttet universitetsuddannelse.

Tilgangen af udenlandske statsborgere lå i perioderne 2000-2010 på mellem 16-27 pct., i 2011-2013 mellem 10-12 pct. og i 2014-2019 mellem 7-9 pct. af den samlede tilgang til medicinstudiet. I 2020 er der sket en mindre stigning i antallet af udenlandske statsborgere på medicinstudiet og tilgangen af udenlandske medicinstuderende udgjorde således 10 pct. af den samlede tilgang (Figur 3).

Tilgangen af nordiske statsborgere faldt væsentligt i perioden 2009-2014 og har i perioden 2013-2020 udgjort mellem 4-6 pct. af den samlede tilgang til medicinstudiet, således er tilgangen af nordiske statsborgere 5 pct. (76) i 2020. Andelen af tilgangen af nordiske statsborgere er således stabiliseret sig, således at tilgangen af antallet af nordiske statsborgere stort set svarer til tilgangen af ikke-nordiske statsborgere (Figur 3).

Den lave andel af udenlandske statsborgere på lægeuddannelsen forventes de nærmeste år at medføre en øgning både af andelen af lægestuderende, der gennemfører studiet, og af andelen af færdiguddannede læger, der efterfølgende står til rådighed for det danske arbejdsmarked.

Figur 3. Udvikling i tilgang af udenlandske statsborgere på medicinstudiet, 2000-2020



Note: Tilgangstal er defineret som antal personer, der påbegynder en uddannelse i perioden 1. oktober åååå-1 - 30. september åååå". Eksempelvis er 2020-tilgangen opgjort fra 1. oktober 2019 til 30. september 2020.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

I perioden 2016-2021 var 13 pct. af de, der opnåede autorisation på baggrund af en dansk uddannelse, udenlandske statsborgere.

Uddannelses- og Forskningsministeriet har oplyst, at gennemførselsgraden for udenlandske statsborgere er lavere end for danske statsborgere. For de studerende der påbegyndte bacheloruddannelsen i årene 2012-2018, er henholdsvis 10 pct. af de danske statsborgere og 16 pct. af de udenlandske statsborgere frafaldet medicinstudiet 3 år efter tilgangen.

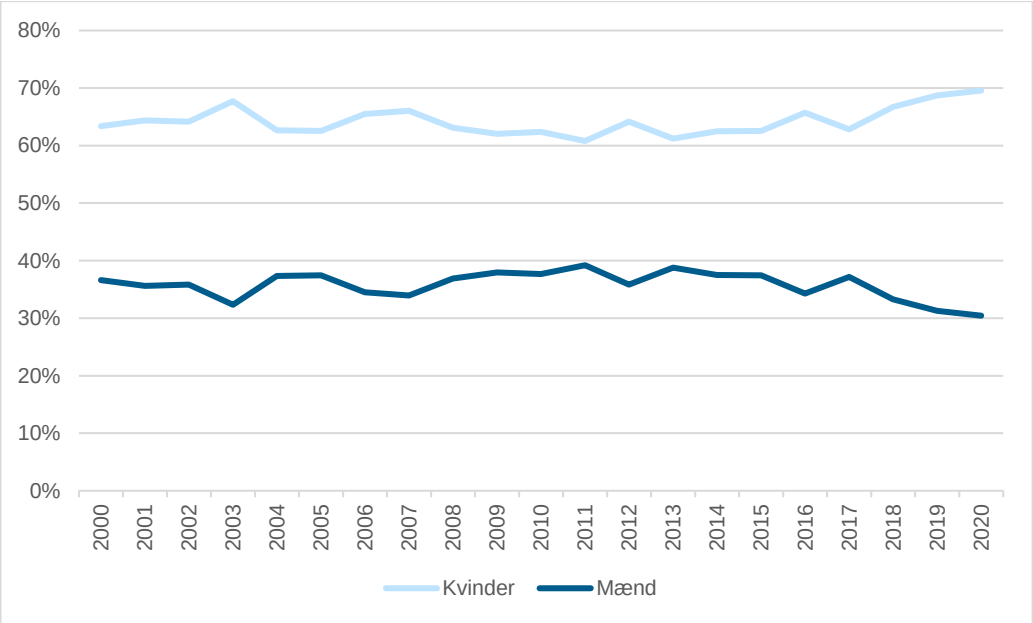
De udenlandske statsborgere har i højere grad en tendens til efter afsluttet uddannelse at udvandre fra Danmark. Således er ca. 55 pct. af de udenlandske statsborgere med en dansk uddannelse og som har opnået autorisation i perioden 2011-2021 efterfølgende udvandret. Gennemsnitlig i samme periode udvandrede ca. 25 pct. af udenlandske statsborgere samme år, som de opnåede autorisation.

I sagens natur udvandrer danske statsborgere i betydeligt mindre omfang, idet der af en tilsvarende gruppe kun var ca. 4 pct., der udvandrede. Gennemsnitlig i samme periode udvandrede ca. 1 pct. af danske statsborgere det år, de opnår autorisation.

3.1.3. Flere kvinder end mænd bliver læge

Kvinder har i hele perioden 2000-2020 udgjort en større andel end mænd på medicinstudiet med en fordeling på 64 pct. kvinder og 36 pct. mænd, og i 2020 er andelen af kvinder steget til 70 pct. Det afspejles også i kønsfordelingen blandt kandidater, der på baggrund af en dansk uddannelse opnår autorisation.

Figur 4. Udviklingen i kønssammensætningen ved studiestart, 2000-2020 (pct.)



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

3.1.4. Rimelig balance mellem antal læger og befolkningsandel fordelt på region

På trods af enkelte udsving overordnet set er der rimelig balance mellem antallet af autoriserede læger det enkelte år og den samlede befolkningsandel i den enkelte videreuddannelsesregion (Tabel 1).

Tabel 1. Andel autoriserede læger i forhold til befolkningsandel, 2014-2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2014-2021
Københavns Universitet	47%	55%	49%	45%	39%	42%	45%	42%	44%
Befolkningsandel VUR Ø	46%	46%	46%	46%	46%	46%	46%	46%	
Syddansk Universitet	21%	19%	24%	23%	28%	23%	25%	26%	23%
Befolkningsandel VUR S	21%	21%	21%	21%	21%	21%	21%	21%	
Aarhus Universitet	32%	26%	27%	31%	33%	35%	30%	32%	30%
Aalborg Universitet	0	0	2%	4%	3%	4%	4%	6%	3%
Befolkningsandel VUR N	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister og Danmarks Statistik

3.1.5. Antal medicinstuderende stiger

Dimensioneringen på de fire universiteter er fastsat således, at Københavns Universitet optager færre studerende i forhold til befolkningsgrundlaget i Videreuddannelsesregion Øst (Tabel 2). Normeringen på Syddansk Universitet er i balance med det nuværende befolkningsgrundlag, mens universiteterne i Videreuddannelsesregion Nord samlet set optager et større antal studerende i forhold til befolkningsgrundlaget.

Tabel 2. Aktuel dimensionering af optag på kandidatuddannelsen i medicin på universiteterne i forhold til befolkningsandel (studieåret 2020/2021)

	Antal	Andel af optag	Befolkningsandel
Københavns Universitet	509	36,5 %	2.708.769 (46 %)
Syddansk Universitet	288	20,6 %	1.226.798 (21 %)
Aarhus Universitet	448	32,1 %	1.340.121 (23 %)
Aalborg Universitet*	150	10,8 %	591.724 (10 %)
I alt	**1.395**	**100 %**	**5.867.412 (100 %)**

**Lægeuddannelse blev etableret i 2010.*

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet og Danmarks Statistik

Regeringen besluttede den 4. april 2018 at ændre dimensioneringen af bacheloruddannelsen i medicin startende med optaget i sommeren 2019, således, at dimensioneringen fremover tager højde for det frafald, der sker inden kandidatstudiet. Dimensioneringen af bacheloruddannelsen blev derfor øget med 19 pct. svarende til det gennemsnitlige frafald over de seneste fem år, mens kandidatuddannelsens dimensioneringen blev fastholdt.

Optaget på bacheloruddannelsen er således 1.661 studerende, mens optaget på kandidatuddannelsen er 1.395 studerende (Tabel 3). Dimensioneringen er således i 2019 og frem øget med i alt ca. 400 bachelorstudiepladser i forhold til 2009. Dimensioneringen af

lægeuddannelsen er øget med 200 studiepladser i 2009 (fordelt med 100 ekstra studiepladser i Aarhus, og 50 ekstra pladser på lægestudiet ved henholdsvis Københavns Universitet og Syddansk Universitet.), 50 studiepladser i 2015 (ekstra pladser i Aalborg) og 50 studiepladser i 2017 (ekstra pladser i Aalborg).

Tabel 3. Dimensionering af optag på bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin på de fire universiteter (studieåret 2020/2021)

	Antal bachelorer	Antal kandidater
Københavns Universitet	606	509
Syddansk Universitet	343	288
Aarhus Universitet	533	448
Aalborg Universitet	179	150
I alt	**1.661**	**1.395**

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

3.2. Antallet af udstedte autorisationer er steget gennem de sidste år

I de foregående afsnit har der været fokuseret på udviklingen i antallet af *dansk uddannede* læger. I dette afsnit præsenteres data for *samtlige udstedte autorisationer* (Tabel 4). Der er i perioden 2014-2021 sket en stigning på 39 pct. i det totale antal læger, der opnår autorisation i Danmark. Dette er forårsaget af, at der i perioden 2014-2018 er en markant stigning på 42 pct., og der i perioden 2018-2021 er et mindre fald på 2 pct. i antallet af autoriserede.

Tabel 4. Antal udstedte autorisationer fordelt på uddannelsesland, 2014-2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Danmark	818	972	1.232	1.276	1.319	1.240	1.294	1.255
Norden	110	62	76	80	66	80	85	67
EU/EØS	142	176	150	126	111	138	100	119
Tredjeland	31	44	41	69	69	54	65	81
Ukendt	0	0	0	0	0	0	0	9
I alt	**1.101**	**1.254**	**1.499**	**1.551**	**1.565**	**1.512**	**1.544**	**1.531**
Andel udenlandske	***26 %***	***22 %***	***18 %***	***18 %***	***16 %***	***18 %***	***16 %***	***18 %***

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den prægraduate uddannelse – universitetsuddannelsen – er gennemført.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

En betydelig del af autorisationerne udstedes til læger uddannet uden for Danmark. Årligt varierer andelen af udenlandsk uddannede i perioden 2014-2021 mellem 16 pct. og 26 pct. af det samlede antal af autoriserede, med et gennemsnit på 19 pct.

Det skal fremhæves, at selvom udenlandsk uddannede læger opnår autorisation i Danmark, er det ikke ensbetydende med, at de efterfølgende flytter til Danmark og opnår beskæftigelse. Af dem, der opnår beskæftigelse i Danmark, er det ikke alle, der virker her permanent.

3.3. Flere speciallæger uddannes

I perioden 2010-2018 er der samlet set sket en stigning på 26 pct. i antallet af udstedte speciallægeanerkendelser fra 788 til 991, men i årene 2019-2021 er antallet faldende (Tabel 5). Årsagen til dette fald kan være mange og er ikke undersøgt. Mulige forklaringer kan dog være, at besættelsesgraden af hoveduddannelsesforløb i årene 2015-2017 er lavere end for de foregående år, og ændringer i tidsfristen mellem første ansættelsesdag i klinisk basisuddannelse og start på hoveduddannelsesforløbet i speciallægeuddannelsen, som først blev øget fra 4 til 5 år i 2014, og derefter øget fra 5 til 6 år i 2017 og siden afskaffet i 2019, hvilket kan have betydet færre ansøgere end de foregående år. Derudover kan ændrede arbejdstider (deltidsansættelser) og ændret orlovsmuligheder, som forlænger uddannelsestiden, haft en betydning. Endelig kan faldet eventuelt tilskrives COVID-19 pandemien.

Cirka 17 pct. af de speciallægeanerkendelser, der er blevet udstedt i perioden 2014-2021, er udstedt til læger med en udenlandsk speciallægeuddannelse. I årene 2020 og 2021 blev henholdsvis 85 pct. og 86 pct. af speciallægeanerkendelser udstedt til dansk uddannede læger.

I perioden fra 2011 til 2021 er gennemsnitsalderen for en dansk uddannet læge med en dansk speciallægeuddannelse faldet fra 40,2 til 39,7 år, hvilket teoretisk set kan betyde, at speciallægerne kan være til rådighed for arbejdsmarkedet et år mere, hvis pensionsalderen fastholdes.

Tabel 5. Antal udstedte speciallægeanerkendelser fordelt på uddannelsesland, 2014-2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Danmark	708	732	719	741	830	809	760	704
Udlandet	190	174	162	154	161	129	129	115
I alt	**898**	**906**	**881**	**895**	**991**	**938**	**889**	**819**

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den postgraduate uddannelse og speciallægeanerkendelse er opnået.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

Sundhedsstyrelsen fastsætter i dimensioneringsplaner antallet af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse. En dimensioneringsplan er almindeligvis gældende for en femårig periode med mulighed for mindre justeringer via Prognose- og Dimensioneringsudvalget[1]. De sidst udarbejdede dimensioneringsplaner har dog været af kortere varighed[2]. Den nuværende dimensioneringsplan dækker således en toårig periode 2022-2023 og blev offentliggjort i 2021. Dimensioneringen af specialerne har afgørende betydning for, hvor mange speciallæger, der kan forventes på sigt. Udviklingen følges tæt og har politisk bevågenhed. Eksempelvis blev almen medicin øget ekstraordinært med 30

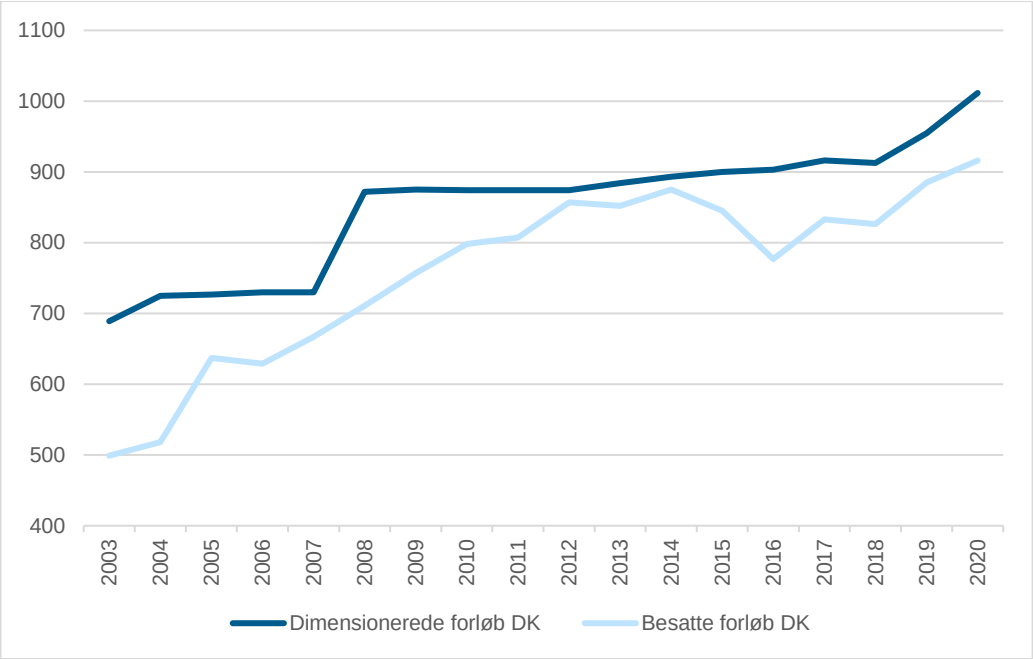
[1] Prognose og Dimensioneringsudvalget er et permanent udvalg under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Udvalget udarbejder prognoser for det lægelige arbejdsmarked, som danner grundlag for rådets rådgivning om dimensionering af den lægelige videreuddannelse og om kandidatproduktionens størrelse (BEK nr. 1006 af 26/06/2018).
[2] Dimensioneringsplan for henholdsvis 2018-2020, 2021 og 2022-2023.

hoveduddannelsesforløb på landsplan i 2019 og 2020 og yderligere med 50 forløb i 2020 og 2021[3].

Dimensioneringsplanen 2022-2023 er en gradueret plan, der fordeler 1.067,5 hoveduddannelsesforløb i 2022 og 1.090 hoveduddannelsesforløb i 2023 på 39 specialer og de tre videreuddannelsesregioner. Antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb er øget fra 689 hoveduddannelsesforløb i 2003 til 1.011,5 hoveduddannelsesforløb i 2020 svarende til en stigning på ca. 47 pct. (Figur 5).

I perioden 2003-2020 er der samlet sket en stigning i antallet af besatte hoveduddannelsesforløb fra 499 forløb i 2003 til 916 forløb i 2020, svarende til en stigning på 84 pct. Antallet af besatte forløb følger stort set kurven for antal af dimensionerede forløb gennem årene, men ligger i hele perioden under det dimensionerede antal forløb.

Figur 5. Udvikling i antal dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, 2003-2020

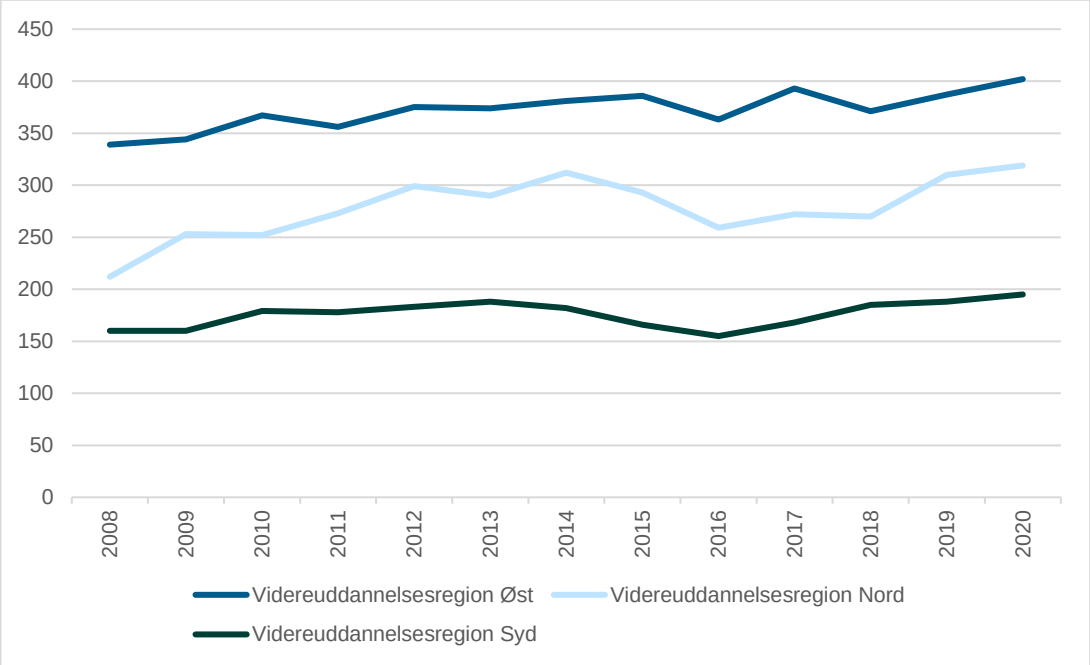


Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

Der er i alle tre videreuddannelsesregioner i perioden 2008-2020 sket en vækst i antallet af besatte hoveduddannelsesforløb (Figur 6).

[3] https://www.regeringen.dk/publikationer-og-aftaletekster/flere-haender-og-stoerre-arbejdsglaede/ (januar 2019)

Figur 6. Udviklingen i antal besatte hoveduddannelsesforløb fordelt på videreuddannelsesregion, 2008-2020



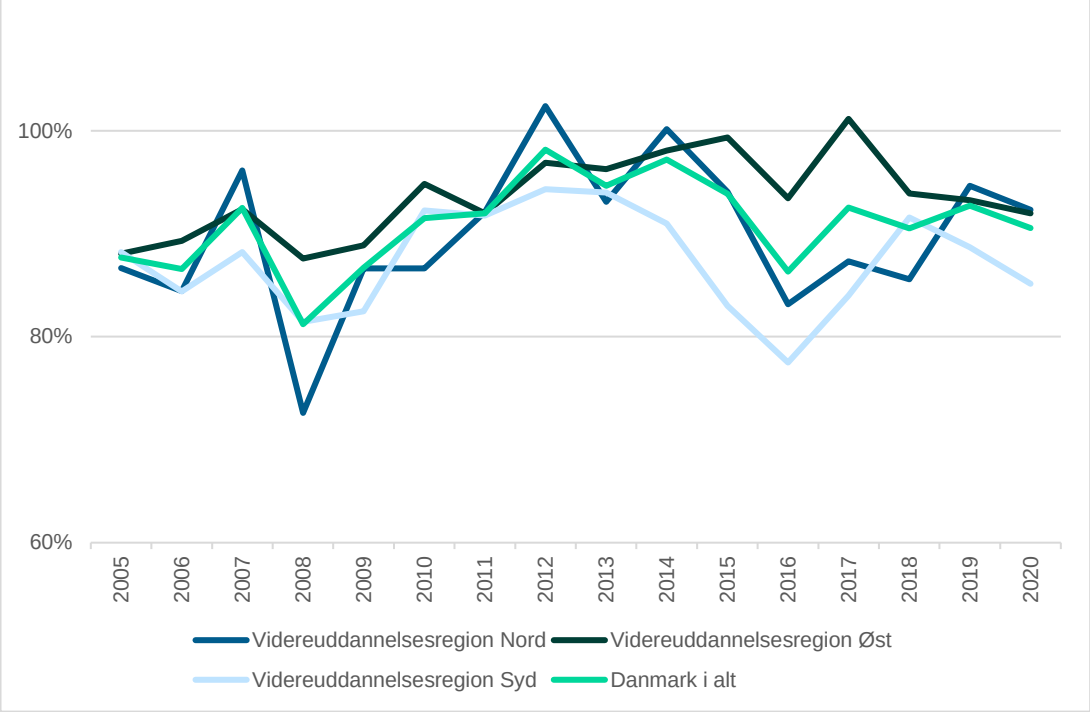
Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner

I Videreuddannelsesregion Nord er stigningen på 50 pct., i Videreuddannelsesregion Øst 19 pct. og i Videreuddannelsesregion Syd 22 pct. Dog har der i 2015-2016 været et mindre fald i antallet af besatte forløb blandt andet på grund af mindre søgning og færre kandidater efter den kliniske basisuddannelse. Faldet var mest udtalt i Videreuddannelsesregion Nord. I 2017 steg antallet af besatte forløb igen, og i perioden 2018-2020 ses en stigning på 11 pct. på landsplan (Figur 6).

Andelen af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensioneringen har været svingende gennem perioden (Figur 7). Indledningsvist lå andelen på landsplan i 2009 på 87 pct., mens den efterfølgende var op mod 95 pct. og faldt igen i 2016 til 89 pct. I perioden 2017-2020 ligger andelen af besatte hoveduddannelsesforløb på 91-93 pct.

Videreuddannelsesregion Nord har i årene 2019-2020 haft besættelsesprocenter lige over landsgennemsnittet ligesom Videreuddannelsesregion Øst. I hele perioden har Videreuddannelsesregion Øst haft lettere ved at rekruttere læger til hoveduddannelsesforløb (Figur 7) og ligget over landsgennemsnittet for andelen af besatte forløb i forhold til dimensionerede forløb.

Figur 7. Udvikling i andel af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensionerede forløb, 2005-2020 (pct.)



Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

Det er ikke udelukkende på regionalt niveau, at der er forskelle i, hvor stor andel af de dimensionerede forløb, der besættes. Der ses også en forskel på specialeniveau, idet 10 specialer havde over 20 pct. ubesatte forløb i perioden 2015-2020 forhold til dimensionerede forløb (Tabel 6).

Tabel 6. Andel ubesatte forløb i forhold til dimensionerede forløb fordelt på specialer

Gruppering ubesatte forløb ud af dimensionerede %	Specialer i perioden 2015-2017 Andel ubesatte forløb ud af dimensionerede	Specialer i perioden 2018-2020 Andel ubesatte forløb ud af dimensionerede
0-5	Samfundsmedicin* 0%	Neurokirurgi* 0%
	Intern medicin: kardiologi* 0%	Thoraxkirurgi* 0%
	Klinisk farmakologi* 0%	Intern medicin: infektionsmedicin* 0%
	Intern medicin: geriatri* 0%	Klinisk genitik* 0%
	Thoraxkirurgi* 0%	Plastikkirurgi* 0%
	Kirurgi* 0%	Urologi* 0%
	Gynækologi og obstetrik* 0%	Gynækologi og obstetrik* 0%
	Intern medicin: nefrologi* 0%	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin* 0%
	Anæstesiologi* 0%	Kirurgi* 0%
	Ortopædisk kirurgi* 0%	Diagnostisk radiologi* 0%
	Intern medicin: endokrinologi 0%	Pædiatri* 0%
	Klinisk mikrobiologi 0%	Anæstesiologi* 0%
	Neurokirurgi 0%	Intern medicin: gastroenterologi 0%
	Oftalmologi 0%	Klinisk farmakologi 0%
	Oto-.rhino- ,laryngologi 0%	Klinisk mikrobiologi 0%
	Plastikkirurgi 0%	Oto- rhino-laryngologi 0%
	Retsmedicin 0%	Retsmedicin 0%
	Pædiatri 0%	Samfundsmedicin 0%
	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin 4%	Ortopædisk kirurgi 1%
	Klinisk biokemi 5%	Oftalmologi 2%
		Intern medicin: endokrinologi 2%
		Intern medicin: geriatri 2%
		Intern medicin: kardiologi 2%
		Intern medicin: lungesygdomme 4%
6-10	Intern medicin: hæmatologi 6%	Børne- og ungdomspsykiatri 8%
	Intern medicin: gastroenterologi 6%	Patalogisk anatomi og cytologi 8%
	Intern medicin: infektionsmedicin 7%	Psykiatri 9%
	Urologi 8%	Neurologi 10%
	Neurologi 10%	
11-15	Dermato-venerologi 11%	Dermato-venerologi 11%
	Diagnostisk radiologi 11%	Klinisk biokemi 13%
	Patologisk anatomi og cytologi 14%	Klinisk onkologi 15%
16-20	Intern medicin: lungesygdomme 17%	Almen medicin 16%
	Karkirurgi 17%	Intern medicin: nefrologi 17%
	Almen medicin 18%	
	Klinisk genetik 19%	
	Børne- og ungdomspsykiatri 20%	

Gruppering ubesatte forløb ud af dimensionerede %	Specialer i perioden 2015-2017 Andel ubesatte forløb ud af dimensionerede	Specialer i perioden 2018-2020 Andel ubesatte forløb ud af dimensionerede
21-25	Psykiatri 25%	Intern medicin: hæmatologi 21% Karkirurgi 22%
26 og over	Intern medicin: reumatologi 26% Arbejdsmedicin 30% Klinisk onkologi 32% Klinisk immunologi 33%	Klinisk immunologi 33% Intern medicin: reumatologi 39% Arbejdsmedicin 59%

**Angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra år til år.*
Note: Uddannelsesforløb for akutmedicin blev ikke dimensioneret frem til og med 2021, og fremgår derfor ikke af tabellen

Kilde: Videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

3.3.1. Kortere tid fra opnået autorisation til speciallægeanerkendelse

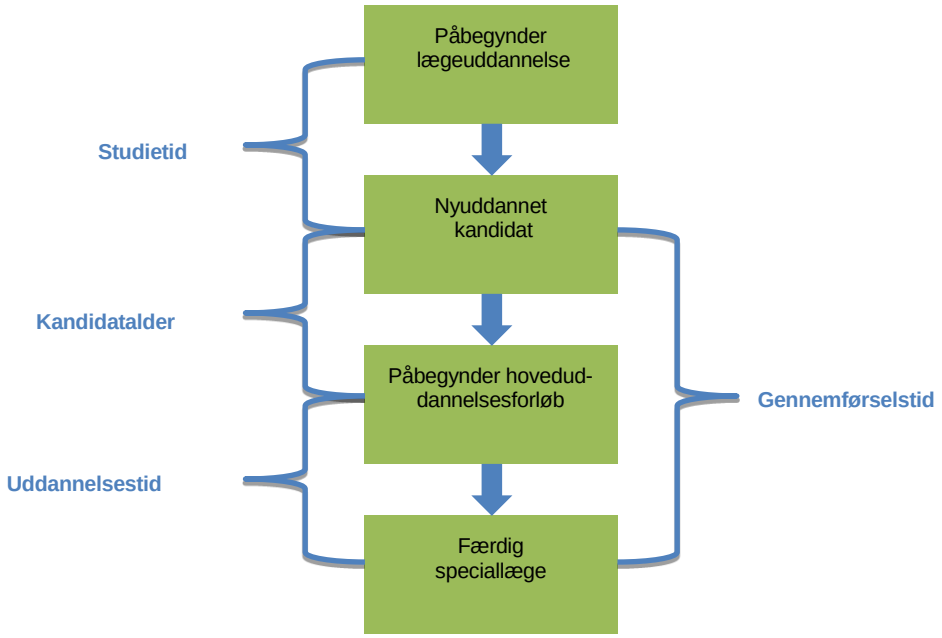
To af de faktorer, der har størst betydning for udviklingen i antallet af speciallæger er ændringer i uddannelseskapacitet og uddannelsesvarighed. Som det fremgik af forrige afsnit, er der gennem de seneste år sket en markant udvikling i antallet af dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, hvilket har afgørende betydning for den udvikling, som prognosefremskrivningerne i kapitel 4 viser.

Uddannelsesvarighed skal forstås som den samlede periode fra påbegyndt universitetsuddannelse til opnået speciallægeanerkendelse. Uddannelsesvarigheden kan deles op i følgende:

- Studietid – perioden det tager at gennemføre universitetsuddannelsen
- Kandidatalder – tidsperioden fra opnået autorisation til påbegyndt hoveduddannelsesforløb
- Uddannelsestid i specialets hoveduddannelsesforløb
- Gennemførselstid – Kandidatalder + uddannelsestid i specialet

Opdelingen fremgår af Figur 8.

Figur 8. Uddannelsesvarighed



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af afsnit 3.1, at den gennemsnitlige studietid i 2020 er 6,6 år og gennemsnitsalderen ved autorisation af dansk uddannede læger er 28,0 år i 2020 – og 28,2 år i 2021.

En reduceret uddannelsesvarighed medfører ikke i sig selv flere speciallæger men vil alligevel være med til at øge arbejdskraften i speciallægepopulationen, da ændringerne vil betyde, at den enkelte læge dermed kan fungere som speciallæge i længere tid.

Den gennemsnitlige kandidatalder eksklusiv almen medicin for dansk uddannede læger har været faldende i årene 2006-2013 fra 7,0 år i 2006 til 5,7 år i 2013 herefter stigende til 6,1 år i 2017 for igen at falde til 5,1-5,3 år i perioden 2018-2019 (Tabel 7). Kandidatalder er lavere for almen medicin end den gennemsnitlige kandidatalder for de øvrige specialer. Akutmedicin er et nyoprettet speciale i 2018, og der er derfor inden for de seneste tre år registreret den gennemsnitlige kandidatalder, som steg fra 5,0 år i 2019 til 5,1 år i 2020, og herefter faldt til 3,7 år. Den gennemsnitlige kandidatalder inklusiv almen medicin har været faldende i perioden 2011-2021 fra 5,3 år til 4,9 år.

Det ses af tabellen, at den gennemsnitlige kandidatalder er faldende frem til 2019, hvor fristen mellem første ansættelsesdag i klinisk basisuddannelse og start på hoveduddannelsesforløbet i speciallægeuddannelsen blev ophævet. Der kan på nuværende tidspunkt i de efterfølgende år ikke konstateres en stigning i den gennemsnitlige kandidatalder.

Tabel 7. Udvikling i gennemsnitlig kandidatalder for alle specialer (ekskl./inkl. almen medicin) og specialet almen medicin, 2011-2021

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gns. kandidatalder ekskl. almen medicin	5,9	5,8	5,7	5,8	5,9	5,9	6,1	5,2	5,2	5,1	5,3
Gns. kandidatalder inkl. almen medicin	5,3	5,3	5,3	5,3	5,5	5,4	5,7	4,8	4,8	4,8	4,9
Gns. kandidatalder almen medicin	*4,0*	*4,2*	*4,4*	*4,1*	*4,4*	*4,1*	*4,7*	*4,0*	*3,9*	*4,1*	*4,1*

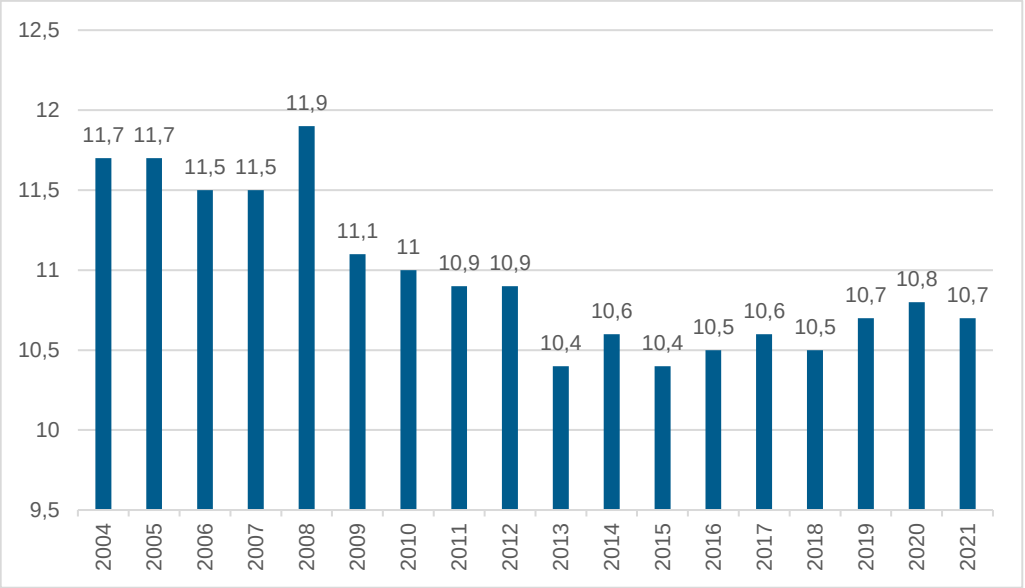
Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner

En af de andre ændringer, der har haft betydning for kandidatalderen, er skiftet fra den 18 måneders turnusuddannelse til 12 måneders klinisk basisuddannelse i 2008. Dette skift betyder, at lægerne opnår selvstændigt virke i en yngre alder og derfor også tidligere har mulighed for at komme i gang med en speciallægeuddannelse. Fra 2008, da den kliniske basisuddannelse blev indført, og frem til 2014 ses der da også et fald i tidsforbruget frem til opnåelse af tilladelse til selvstændigt virke.

Gennemsnitstiden fra autorisation til selvstændigt virke var i 2008 2,3 år, mens det i 2021 var reduceret til 1,6 år. Gennemsnitsalderen ved opnåelsen af tilladelse til selvstændigt virke til dansk uddannede læger er faldet fra 31,5 år i 2008 til 29,7 år i 2021.

Gennemførselstid fra en dansk uddannet læge opnår autorisation til vedkommende bliver speciallæge er i perioden 2004-2021 reduceret fra 11,7 år til 10,7 år, hvilket svarer til en reduktion på ca. 9 pct. (Figur 9). Da der samtidigt også er sket en reduktion i den gennemsnitlige studietid (prægraduate uddannelsestid), så er uddannelsesvarigheden samlet reduceret gennem de seneste år. Af Bilag 2 fremgår udviklingen i gennemførselstider fordelt på speciale.

Figur 9. Udviklingen i gennemsnitlig gennemførselstid, 2004-2021



Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

3.4. Antallet af beskæftigede læger og speciallæger er steget

Antallet af nyuddannede læger og speciallæger har afgørende betydning for udviklingen i lægearbejdsstyrken. I alt var der 26.960 læger i arbejdsstyrken i 2019, og heraf var 25.409 i beskæftigelse, 1.428 var på orlov og 123 var ledige. I alt 63 pct. (2019) af de beskæftigede læger var speciallæger, mens 37 pct. (2019) var læger uden speciale.

Antallet af beskæftigede læger er steget i perioden 2009-2019 fra 21.212 til 25.409 svarende til ca. 20 pct. I perioden 2013-2019 er antallet af beskæftigede læger steget med 12 pct. fra 22.706 til 25.409 svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,9 pct. (Tabel 8).

Tabel 8. Udvikling i antal beskæftigede læger fordelt på branche, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hospitaler	14.366	14.842	15.165	15.620	16.262	16.809	17.032
Alment praktiserende læger	4.443	4.199	4.263	4.271	4.322	4.331	4.316
Praktiserende speciallæger	1.390	1.351	1.348	1.365	1.415	1.410	1.474
Sundhedsvæsen i øvrigt	162	199	196	206	188	176	164
Institutionsophold og sociale foranstaltninger	170	139	129	136	143	144	139
Offentlig forvaltning	239	227	269	339	287	300	427
Undervisning og forskning	844	840	832	733	683	697	713
Fremstilling og handel med medicinalvarer	267	266	272	266	281	288	293
Øvrige brancher	825	800	819	818	778	814	851
I alt	**22.706**	**22.863**	**23.293**	**23.754**	**24.359**	**24.969**	**25.409**

Note: Antal svarer til antal beskæftigede læger, hvilket ikke nødvendigvis svarer til antal årsværk. Branche er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler. Øvrige brancher dækker blandt andet over socialsektoren og vikarbureauer. Branchen alment praktiserende læger omfatter konsultation og behandling udført af alment praktiserende læger og vagtlæger, hvad enten det foregår i individuel praksis, i lægehuse eller patientens hjem. Der skelnes ikke mellem private og offentlige læger i branchen alment praktiserende læger. Praktiserende speciallæger omfatter konsultation og behandling på speciallægeområdet, hvad enten det foregår i individuel praksis, lægecentre eller ambulatorier. Røntgen- og fertilitetsklinikker samt alkoholambulatorier er også omfattet af branchen praktiserende speciallæger.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsvæsenet[4] beskæftigede i 2019 ca. 93 pct. af alle lægerne. Hovedparten af lægerne, der indgår i arbejdsstyrken er fordelt på hospitalssektoren med ca. 67 pct., alment praktiserende læger med ca. 17 pct. og ca. 6 pct. i speciallægepraksis.

Antallet af beskæftigede speciallæger er også steget i tiårsperioden 2009-2019 fra 13.426 til 15.986 svarende til ca. 19 pct. I perioden 2013- 2019 er antallet af beskæftigede speciallæger steget fra 14.467 i 2013 til 15.986 i 2019 (Tabel 9), en stigning på 10,5 pct. svarende til en gennemsnitlig årlig vækst i beskæftigelsen af speciallæger på 1,7 pct. Samlet set er der således i perioden sket en betydelig vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger.

[4] Forstået som ansatte på hospitaler, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger samt sundhedsvæsen i øvrigt.

Tabel 9. Udvikling i antal beskæftigede speciallæger fordelt på branche, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hospitaler	7.837	8.089	8.348	8.537	8.731	8.917	9.112
Alment praktiserende læger	4.090	4.089	4.154	4.147	4.180	4.193	4.181
Praktiserende speciallæger	1.352	1.317	1.319	1.335	1.383	1.384	1.443
Sundhedsvæsen i øvrigt	128	156	154	162	149	135	118
Institutionsophold og sociale foranstaltninger	109	96	81	95	100	102	97
Offentlig forvaltning	167	167	178	188	190	194	211
Undervisning og forskning	190	200	224	200	186	188	198
Fremstilling og handel med medicinalvarer	40	42	44	43	48	57	62
Øvrige brancher	554	550	538	542	534	556	564
I alt	**14.467**	**14.706**	**15.040**	**15.249**	**15.501**	**15.726**	**15.986**

Note: Antal svarer til antal beskæftigede læger, hvilket ikke nødvendigvis svarer til antal årsværk. Branche er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler. Øvrige brancher dækker blandt andet over socialsektoren og vikarbureauer. Branchen alment praktiserende læger omfatter konsultation og behandling udført af alment praktiserende læger og vagtlæger, hvad enten det foregår i individuel praksis, i lægehuse eller patientens hjem. Der skelnes ikke mellem private og offentlige læger i branchen alment praktiserende læger. Praktiserende speciallæger omfatter konsultation og behandling på speciallægeområdet, hvad enten det foregår i individuel praksis, lægecentre eller ambulatorier. Røntgen- og fertilitetsklinikker samt alkoholambulatorier er også omfattet af branchen praktiserende speciallæger.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.4.1. Få læger og speciallæger er beskæftiget i medicinalindustrien

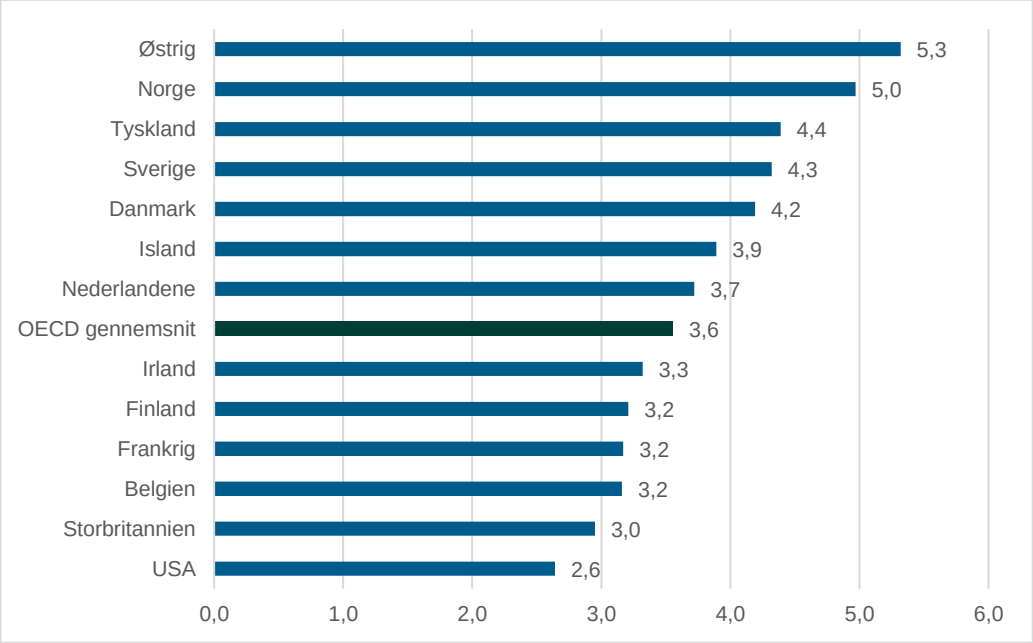
Antallet af beskæftigede læger i medicinalindustrien (branchen fremstilling og handel med medicinalvarer) er steget i tiårsperioden 2009-2019 fra 237 til 293 svarende til ca. 24 pct. I perioden 2013-2019 er stigningen ca. 10 pct. svarende til en årlig vækst på 1,6 pct. Antallet af læger beskæftiget i medicinalindustrien svarer til ca. 1 pct. af alle beskæftigede læger (Tabel 8). Læger uden speciale udgjorde i 2019 ca. 80 pct. af de læger, der er beskæftiget i medicinalindustrien (Tabel 8 og Tabel 9).

3.4.2. Danmark øger antal læger med patientkontakt og ligger over OECD gennemsnittet

I Danmark er der 4,2 læger med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere (i 2016 var tallet 3,7), hvilket er højere end OECD gennemsnittet på 3,6, men lavere end Norge og Sverige (Figur 10).

I en vurdering af, hvorvidt Danmark sammenlignet med andre lande har mange læger pr. 1.000 indbyggere, skal det medtænkes, at der kan være stor forskel på, hvilke opgaver, der varetages af lægerne selv eller delegeres til andre personalegrupper, og hvordan sundhedsvæsenet i øvrigt er organiseret.

Figur 10. Læger, der leverer ydelser til patienter pr. 1.000 indbyggere (2019 eller nærmeste år) i udvalgte OECD-lande



Note: Sammenligning på tværs af landene kan være forbundet med en vis usikkerhed, da der kan være forskel i opgørelsesmetoden.

Kilde: OECD Health Statistics 2021

3.4.3. Stigende antal udenlandsk uddannede læger

Der er sket en vækst i antallet af udenlandske uddannede læger i arbejdsstyrken fra 1.965 i 2013 (1.796 i 2009) til 2.458 i 2019 (Tabel 10) svarende til en samlet stigning på 25 pct. i perioden 2013 til 2019 svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 4 pct.

Udenlandsk uddannede læger udgør dermed ca. 15 pct. af den samlede vækst på 3.193 læger i arbejdsstyrken i perioden 2013-2019. Den samlede andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken i Danmark er også steget fra 8,3 pct. i 2013 til 9,1 pct. i 2019 (regionale tal fremgår af afsnit 3.4.3.1).

Tabel 10. Antal læger i arbejdsstyrken fordelt på uddannelsesland, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Danmark	21.766	21.928	22.323	22.804	23.417	23.944	24.484
Norden	89	93	97	101	106	109	121
EU/EØS	1.032	1.073	1.133	1.183	1.212	1.260	1.278
Tredjeland	844	872	900	926	969	1.016	1.059
Ukendt	36	32	29	25	20	19	18
I alt	**23.767**	**23.998**	**24.482**	**25.039**	**25.724**	**26.348**	**26.960**

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den prægraduate uddannelse – universitetsuddannelse – er gennemført.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.4.3.1. Regionerne beskæftiger i stigende grad udenlandsk uddannede læger

Væksten i antallet af udenlandsk uddannede læger på landsplan slår også igennem på regionalt niveau. Der er inden for samtlige regioner sket en stigning i antallet af beskæftigede læger med en udenlandsk uddannelse. Stigningen har været størst i Region Sjælland, hvor der i perioden 2013-2019 er sket en stigning på ca. 37 pct. i antallet af udenlandsk uddannede læger.

Det ses af Tabel 11, at andelen af udenlandsk uddannede læger i forhold til den samlede arbejdsstyrke er størst i Region Nordjylland.

Tabel 11. Antal og andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken fordelt på region, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Region Hovedstaden	549	579	591	627	644	683	735
Andel af beskæftigede	*6,1%*	*6,3%*	*6,3%*	*6,5%*	*6,6%*	*6,8%*	*7,1%*
Region Sjælland	268	283	313	332	335	368	384
Andel af beskæftigede	*9,4%*	*10,0%*	*10,7%*	*11,1%*	*10,7%*	*11,8%*	*12,4%*
Region Syddanmark	505	510	544	548	569	599	604
Andel af beskæftigede	*10,8%*	*10,8%*	*11,3%*	*11,3%*	*11,4%*	*11,7%*	*11,5%*
Region Midtjylland	355	367	368	361	376	384	373
Andel af beskæftigede	*6,9%*	*7,1%*	*7,0%*	*6,7%*	*6,8%*	*6,8%*	*6,4%*
Region Nordjylland	309	323	330	353	361	354	362
Andel af beskæftigede	*15,8%*	*16,4%*	*16,5%*	*16,8%*	*16,8%*	*16,0%*	*15,7%*

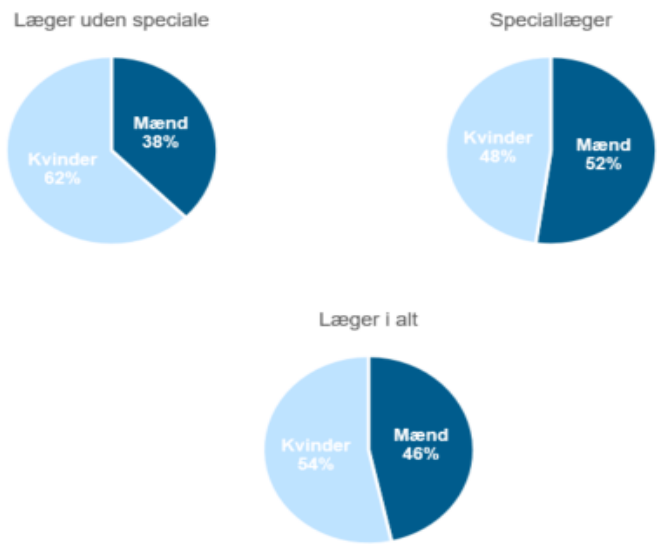
Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.5. Flest mænd er speciallæger men lige kønsfordeling for alle læger

I Danmark er der 54 pct. (50 pct. i 2015) kvindelige og 46 pct. mandlige læger. I gruppen af speciallæger er 52 pct. mænd (58 pct. i 2015), mens der i gruppen af ikke-speciallæger er 62 pct. kvinder ligesom i opgørelsen fra 2015 (Figur 11).

I takt med, at den nuværende kønssammensætning på medicinstudiet slår igennem i kønsfordelingen i den samlede arbejdsstyrke, vil kvinderne fremover udgøre en stadig stigende andel af lægerne.

Figur 11. Kønsfordeling blandt læger i arbejdsstyrken, 2019

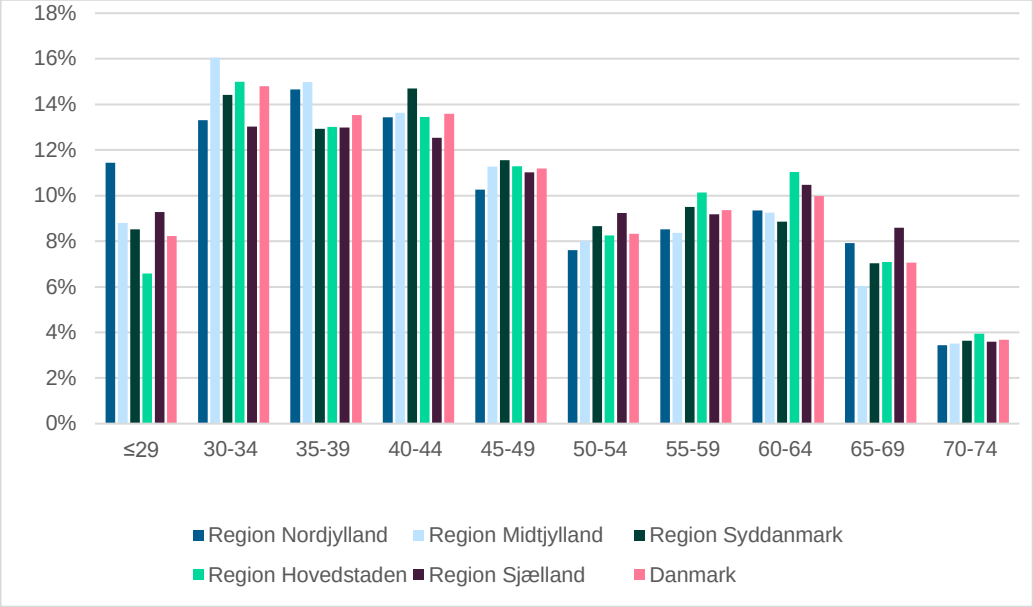


Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Aldersfordelingen blandt læger og speciallæger har varieret over tid med mindre regionale forskelle (Figur 12 og Figur 13).

Antallet af læger over 55 år er i Region Sjælland 32 pct., i Region Midtjylland 27 pct., i Region Nordjylland 29 pct., i Region Syddanmark 29 pct. og i Region Hovedstaden 32 pct. - for hele Danmark er 30 pct. (i 2015 34 pct.) af lægerne over 55 år.

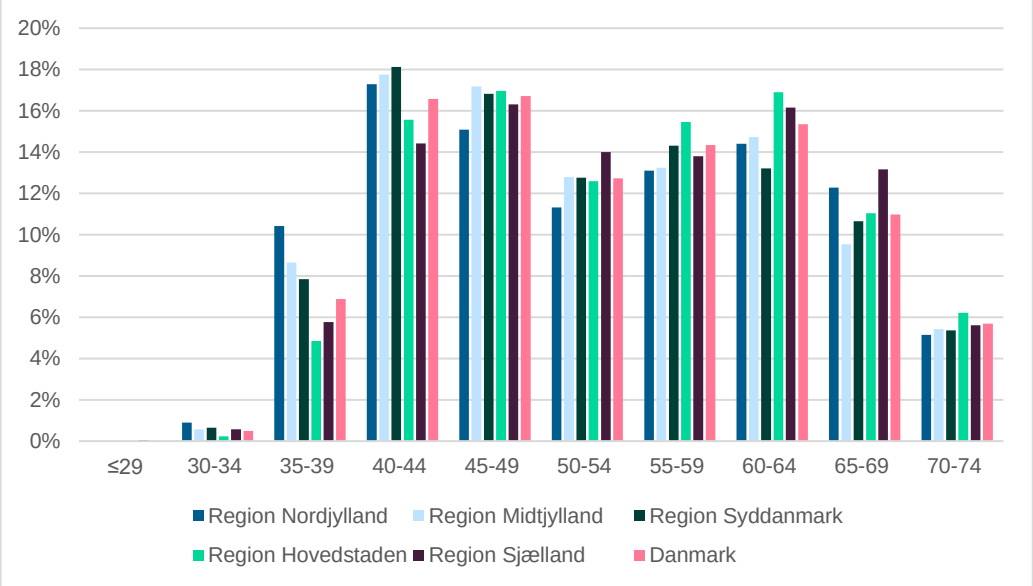
Figur 12. Aldersfordeling blandt læger i arbejdsstyrken fordelt på region og Danmark, 2019



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

For speciallæger ses der også regionale forskelle i den procentuelle aldersfordeling. Således er 49 pct. af speciallæger i Region Sjælland over 55 år, i Region Syddanmark er det 44 pct., i Region Nordjylland 45 pct., i Region Midtjylland 43 pct. og i Region Hovedstaden er 50 pct. - i Danmark er 46 pct. (i 2015 51 pct.) af speciallægerne over 55 år (Figur 13).

Figur 13. Aldersfordeling blandt speciallæger i arbejdsstyrken fordelt på region og Danmark, 2019



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.6. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger

De fem regioner har alle i perioden 2013-2019 haft en vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger (Tabel 12 og Tabel 13) på henholdsvis ca. 13 pct. og 12 pct. svarende til en årlig vækst i antallet af beskæftigede læger på 1,9 pct. (speciallæger 1,8 pct.).

Procentvis har den største stigning i antallet af læger været i Region Nordjylland med 17 pct. efterfulgt af Region Hovedstaden med 15 pct., Region Midtjylland med 14 pct., Region Syddanmark med 11 pct. og Region Sjælland med 10 pct. I speciallægegruppen har der været størst vækst i Region Hovedstaden med 14 pct. efterfulgt af regionerne Midtjylland og Syddanmark - begge med 13 pct., Region Nordjylland med 12 pct. og Region Sjælland med 8 pct.

Tabel 12. Antal beskæftigede læger fordelt på region, 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Region Nordjylland	1.856	1.876	1.889	1.914	2.001	2.064	2.123	2.168
Region Midtjylland	4.801	4.896	4.916	4.983	5.065	5.200	5.369	5.465
Region Syddanmark	4.479	4.482	4.483	4.594	4.625	4.765	4.886	4.982
Region Hovedstaden	8.523	8.726	8.840	8.990	9.174	9.362	9.603	9.802
Region Sjælland	2.675	2.704	2.714	2.788	2.850	2.947	2.953	2.953
Ukendt region	32	22	21	24	39	21	35	39
I alt	**22.366**	**22.706**	**22.863**	**23.293**	**23.754**	**24.359**	**24.969**	**25.409**

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Tabel 13. Antal beskæftigede speciallæger fordelt på region, 2012-2019

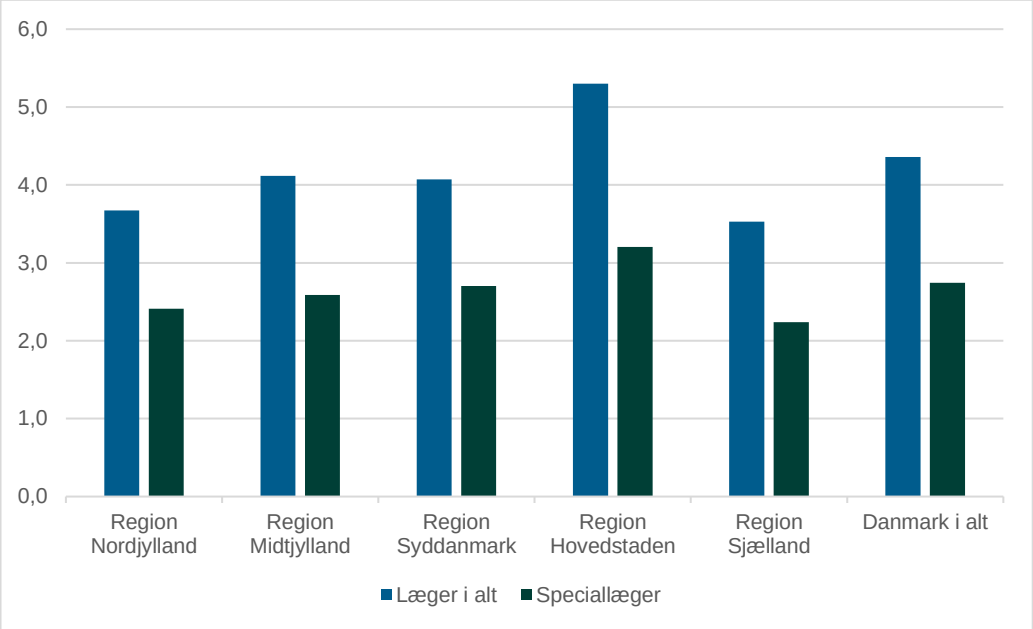
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Region Nordjylland	1.269	1.274	1.290	1.309	1.341	1.400	1.409	1.425
Region Midtjylland	3.032	3.114	3.146	3.190	3.243	3.300	3.354	3.436
Region Syddanmark	2.930	2.986	3.049	3.116	3.126	3.200	3.249	3.306
Region Hovedstaden	5.216	5.309	5.406	5.545	5.649	5.694	5.811	5.923
Region Sjælland	1.737	1.771	1.805	1.869	1.871	1.897	1.881	1.874
Ukendt region	12	13	10	11	19	10	22	22
I alt	**14.196**	**14.467**	**14.706**	**15.040**	**15.249**	**15.501**	**15.726**	**15.986**

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Der er således i alle regioner sket en vækst i beskæftigelsen af læger i perioden 2013-2019. De enkelte regioners andel af beskæftigede speciallæger i alt har ligget relativt stabilt i de enkelte år i perioden. Ca. 37 pct. af beskæftigede speciallæger har været ansat i Region Hovedstaden, ca. 21-22 pct. i Region Midtjylland, ca. 20-21 pct. i Region Syddanmark, ca. 12 pct. i Region Sjælland og ca. 9 pct. har været ansat i Region Nordjylland. Tilsvarende har regionernes andel af beskæftigede læger i alt også ligget stabilt de enkelte år.

Sammenholdt med befolkningsgrundlaget i 2019, hvor 32 pct. boede i Region Hovedstaden, 14 pct. i Region Sjælland, 21 pct. i Region Syddanmark, 23 pct. i Region Midtjylland og 10 pct. i Region Nordjylland, er der flere læger pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner (Figur 14).

Figur 14. Speciallæger og læger pr. 1.000 indbyggere i regionerne og Danmark, 2019



Kilde: Bevægelsesregistret (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistisk

Af Tabel 14 ses udviklingen i antallet af læger i alt i de fem regioner inden for branchen hospitalsansatte, og af Tabel 15, Tabel 16 og Tabel 17 ses udviklingen i antallet af speciallæger i de fem regioner inden for brancherne hospitalsansatte læger, alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger.

Den største stigning i hospitalsansatte læger fra 2013 til 2019 har været i Region Sjælland på 24 pct., mens stigningen i Region Syddanmark var på 20 pct., i både Region Hovedstaden og Region Midtjylland var en stigning på 18 pct. og i Region Nordjylland var stigningen på 12 pct. (Tabel 14).

Tabel 14. Udvikling i antal hospitalsansatte læger fordelt på region, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Vækst 2013-2019
Region Hovedstaden	5.408	5.593	5.668	5.861	6.038	6.218	6.372	18%
Region Sjælland	1.723	1.797	1.866	1.966	2.074	2.118	2.145	24%
Region Syddanmark	2.876	2.927	3.064	3.107	3.238	3.374	3.453	20%
Region Midtjylland	3.081	3.213	3.277	3.368	3.465	3.590	3.633	18%
Region Nordjylland	1.278	1.312	1.290	1.318	1.447	1.509	1.429	12%
I alt	**14.366**	**14.842**	**15.165**	**15.620**	**16.262**	**16.809**	**17.032**	**19%**

Note: Branchen hospitalsansatte læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Procentvis er den største stigning af antal hospitalsansatte speciallæger sket i Region Sjælland med 20 pct. mod 14 pct. i Region Midtjylland (Tabel 15).

Tabel 15. Udvikling i antal hospitalsansatte speciallæger fordelt på region, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Vækst 2013-2019
Region Hovedstaden	2.866	2.962	3.043	3.112	3.144	3.203	3.298	15%
Region Sjælland	923	955	1.023	1.050	1.083	1.090	1.110	20%
Region Syddanmark	1.628	1.684	1.763	1.775	1.820	1.895	1.931	19%
Region Midtjylland	1.679	1.732	1.751	1.802	1.821	1.858	1.906	14%
Region Nordjylland	741	756	768	798	863	871	867	17%
I alt	**7.837**	**8.089**	**8.348**	**8.537**	**8.731**	**8.917**	**9.112**	**16%**

Note: Branchen hospitalsansatte læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

For alment praktiserende læger er den største stigning sket i Region Syddanmark med 7 pct., mens der i Region Sjælland er sket et fald i antallet af alment praktiserende læger med 1 pct. (Tabel 16).

Tabel 16. Udvikling i antal alment praktiserende læger (speciallæger), 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Vækst/Fald 2013-2019
Region Hovedstaden	1.249	1.210	1.260	1.275	1.241	1.246	1.249	0%
Region Sjælland	558	557	565	541	560	554	537	-4%
Region Syddanmark	924	945	944	961	986	995	990	7%
Region Midtjylland	987	995	1.008	995	1.016	1.016	1.025	4%
Region Nordjylland	372	382	377	375	377	382	380	2%
I alt	**4.090**	**4.089**	**4.154**	**4.147**	**4.180**	**4.193**	**4.181**	**2%**

Note: Branchen alment praktiserende læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Branchen alment praktiserende læger omfatter konsultation og behandling udført af alment praktiserende læger og vagtlæger, hvad enten det foregår i individuel praksis, i lægehuse eller patientens hjem. Der skelnes ikke mellem private og offentlige læger i branchen alment praktiserende læger.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Inden for gruppen af praktiserende speciallæger har den største vækst været i Region Syddanmark med 7 pct., mens der i Region Sjælland har været et fald i antal praktiserende speciallæger. På landsplan har der været en stigning på ca. 2 pct. svarende til en årlig stigning på 0,4 pct. (Tabel 17).

Tabel 17. Udvikling i antal praktiserende speciallæger, 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Vækst/Fald 2013-2019
Region Hovedstaden	613	597	614	634	654	675	698	14%
Region Sjælland	171	159	165	159	158	166	162	-5%
Region Syddanmark	240	237	215	214	222	207	229	-5%
Region Midtjylland	234	240	239	247	266	245	258	10%
Region Nordjylland	94	84	86	81	83	91	96	2%
I alt	**1.352**	**1.317**	**1.319**	**1.335**	**1.383**	**1.384**	**1.443**	**7%**

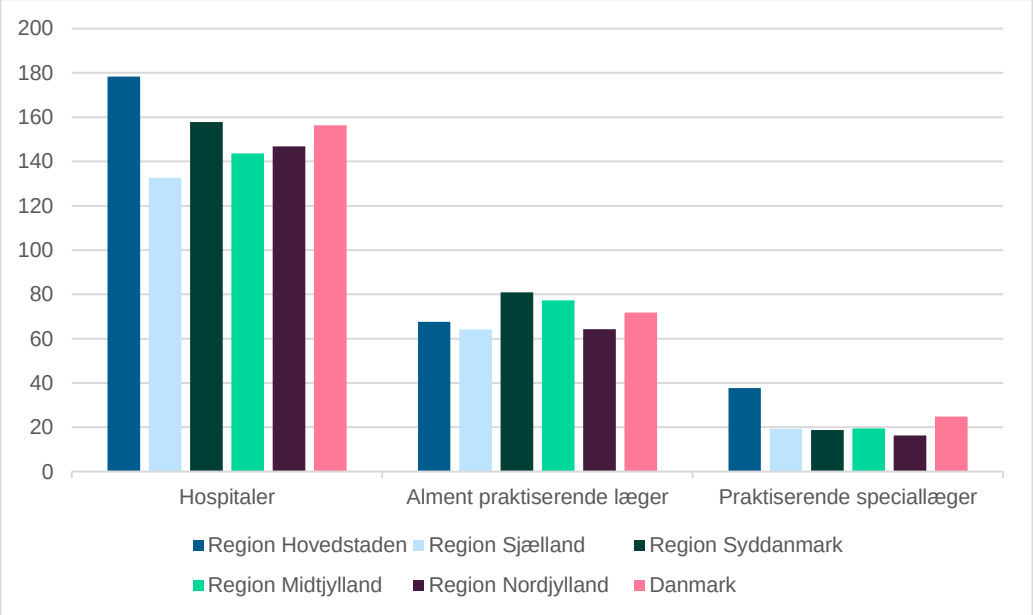
Note: Branchen praktiserende speciallæger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler. Praktiserende speciallæger omfatter konsultation og behandling på speciallægeområdet, hvad enten det foregår i individuel praksis, lægecentre eller ambulatorier. Røntgen- og fertilitetsklinikker samt alkoholambulatorier er også omfattet af branchen praktiserende speciallæger.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Af Figur 15 ses andelen af speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher. Der er regionale forskelle på, hvor mange speciallæger pr. 100.000 indbyggere, der er i de fem regioner inden for de udvalgte brancher. Således er der væsentligt flere hospitalsansatte speciallæger i Region Hovedstaden (178 pr. 100.000 indbyggere) end i de øvrige regioner med færrest i Region Sjælland (133 pr. 100.000 indbyggere).

Antallet af alment praktiserende speciallæger er på landsplan 72 per 100.000 indbyggere. Der er et relativt ensartet billede på tværs af de fem regioner (mellem 64 (Region Sjælland og Region Nordjylland) – 81 Region Syddanmark (alment praktiserende læger per 100.000 indbyggere), mens der for praktiserende speciallæger igen ses en større andel i Region Hovedstaden.

Figur 15. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher, 2019



Kilde: Bevægelsesregisteret (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

Af Tabel 18 ses antallet af speciallæger fordelt på de enkelte specialer inden for hver enkelt region i 2019. Der er desuden anført det samlede antal speciallæger i 2019 og 2015.

Tabel 18. Antal speciallæger i beskæftigelse fordelt på speciale og region, 2019 (2015)

	Region Nordjyl-land	Region Midtjyl-land	Region Syddan-mark	Region Hoved-staden	Region Sjæl-land	I alt 2019	(I alt 2015)
Akutmedicin	9	27	12	20	14	82	-
Almen medicin	417	1.126	1.089	1.498	613	4.743	(4.759)
Anæstesiologi	114	288	244	442	116	1.204	(1.122)
Arbejdsmedicin	7	19	17	31	14	88	(95)
Børne- og ungdomspsykiatri	15	55	39	102	28	239	(214)
Dermato-venerologi	16	41	36	105	24	222	(191)
Gynækologi og obstetrik	59	129	112	272	70	642	(584)
Intern medicin	7	7	10	50	26	100	(152)
Intern medicin: endokrinologi	20	64	50	105	26	265	(239)
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	24	45	41	93	34	237	(214)
Intern medicin: geriatri	11	24	32	45	19	131	(102)
Intern medicin: hæmatologi	18	29	33	47	19	146	(138)
Intern medicin: infektionsmedicin	11	22	23	57	6	119	(102)
Intern medicin: kardiologi	49	100	100	184	66	499	(439)
Intern medicin: lungesygdomme	21	44	47	76	22	210	(162)
Intern medicin: nefrologi	17	31	38	44	19	149	(133)
Intern medicin: reumatologi	22	43	48	118	25	256	(243)
Karkirurgi	9	21	26	28	7	91	(89)
Kirurgi	59	121	123	224	88	615	(580)
Klinisk biokemi	8	17	18	34	9	86	(86)
Klinisk farmakologi	---	8	9	28	4	---	(40)
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	26	25	65	8	132	(109)
Klinisk genetik	5	11	16	18	3	53	(41)
Klinisk immunologi	6	7	9	23	5	50	(49)
Klinisk mikrobiologi	10	11	21	52	12	106	(96)
Klinisk onkologi	26	68	75	109	21	299	(209)
Neurokirurgi	12	25	18	45	---	---	(99)

	Region Nordjyl-land	Region Midtjyl-land	Region Syddan-mark	Region Hoved-staden	Region Sjæl-land	I alt 2019	(I alt 2015)
Neurologi	21	85	83	191	59	439	(376)
Oftalmologi	45	73	86	149	47	400	(371)
Ortopædisk kirurgi	88	179	182	300	112	861	(808)
Oto-rhino-laryngologi	34	83	93	146	47	403	(389)
Patologisk anatomi og cytologi	22	43	54	92	26	237	(222)
Plastikkirurgi	8	18	21	71	15	133	(123)
Psykiatri	81	178	166	384	109	918	(907)
Pædiatri	40	109	96	214	59	518	(454)
Radiologi	61	150	129	256	58	654	(601)
Retsmedicin	0	9	5	12	---	---	(22)
Samfundsmedicin	11	31	19	74	12	147	(152)
Thoraxkirurgi	13	17	15	34	---	81	(95)
Urologi	19	52	46	85	28	230	(201)
I alt	**---**	**3.436**	**3.306**	**5.923**	**1.874**	**15.964**	**(15.008)**

** 22 speciallæger med ukendt region i 2019*

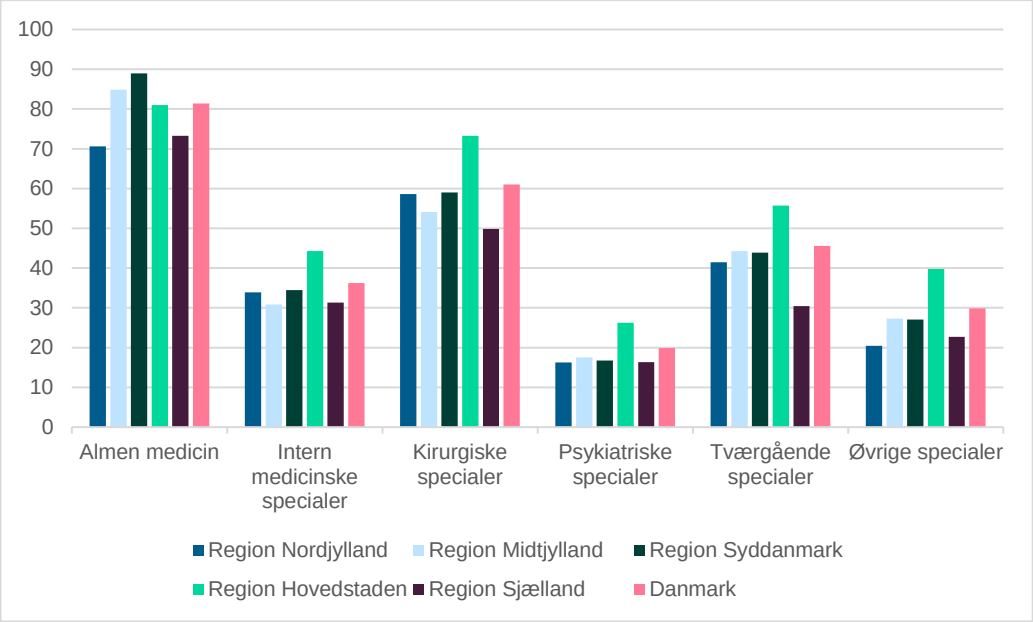
*** Data fra Lægeprognose 2018-2040, version 1,0. 11 speciallæger med ukendt region i 2015.*

---Data diskretioneret: værdi 1 eller 2

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Ser man på antallet af speciallæger fordelt på en række specialegrupperinger i relation til befolkningsgrundlaget i de enkelte regioner, er der i Region Hovedstaden en højere andel af speciallæger end i de øvrige regioner (Figur 16). Undtagelsen er almen medicin, hvor der er relativ flest i Region Syddanmark. Specialegrupperingerne ses i Bilag 3.

Figur 16. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på specialegruppering, 2019



Kilde: Bevægelsesregistret (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

3.7. Sammenhæng mellem sted for universitetsuddannelsen og efterfølgende arbejdsregion

I 2010 blev medicinuddannelsen i Aalborg etableret blandt andet for at medvirke til at fastholde læger i området.

Det fremgår af Tabel 19, at geografi i forhold til uddannelsessted har en betydning for, hvor de på sigt etablerer sig som læge og speciallæge.
Tendensen er tydeligst for læger, der har gennemført deres kandidatuddannelse fra Aalborg Universitet, hvor 81,6 pct. efterfølgende arbejder som læge i Region Nordjylland. For læger uddannet fra Københavns Universitet arbejder 69,4 pct. efterfølgende som læger i Region Hovedstaden og 18,8 pct. i Region Sjælland, mens 56,5 pct. uddannet fra Aarhus Universitet arbejder i Region Midtjylland, og 61,4 pct. fra Syddansk Universitet arbejder i Region Syddanmark (Tabel 19).

Regulering af fordelingen af optaget på universiteterne kan således forventes at være et virksomt redskab i forhold til at ændre på den regionale fordeling af læger.

Tabel 19. Speciallæger og læger fordelt på uddannelsesinstitution og primær arbejdsregion, 2019

		Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Speciallæger	Ukendt	27,7%	15,4%	25,4%	15,7%	15,8%
	Københavns Universitet	67,5%	19,3%	6,8%	4,1%	2,3%
	Syddansk Universitet	14,3%	6,7%	61,2%	12,0%	5,7%
	Aarhus Universitet	9,3%	2,2%	17,5%	53,5%	17,5%
	I alt	**37,1%**	**11,7%**	**20,6%**	**21,6%**	**9,0%**
Læger i alt	Ukendt	30,5%	15,6%	24,3%	15,1%	14,5%
	Københavns Universitet	69,4%	18,8%	6,1%	3,6%	2,1%
	Syddansk Universitet	15,0%	7,2%	61,4%	10,9%	5,5%
	Aalborg Universitet	3,3%	2,0%	3,9%	9,2%	81,6%
	Aarhus Universitet	2,2%	2,2%	15,3%	56,5%	16,4%
	I alt	**38,6%**	**11,5%**	**19,5%**	**21,7%**	**8,6%**

**Gruppen 'ukendt' udgør i alt 2.570 af de i alt 26.798 læger i 2015 i arbejdsstyrken. Gruppen dækker over udenlandsk uddannede læger samt dansk uddannede læger, der i Bevægelsesregistret ikke er registreret med uddannelsesinstitution.*
Note: De første kandidater blev færdiguddannet fra Aalborg Universitet i 2016. I 2019 er der endnu ikke uddannet speciallæger med gennemført prægraduate uddannelse fra Aalborg Universitet.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

4. Det fremtidige udbud af læger og speciallæger

Kapitlet belyser den forventede udvikling i antallet læger og speciallæger i perioden 2021-2045 baseret på prognosens fremskrivninger af den forventede udvikling i antal læger og speciallæger.

4.1. Antallet af læger forventes at stige

I 2021 er der 28.181 læger i arbejdsstyrken inklusiv læger på orlov. Hvis læger på orlov fratrækkes, bliver lægepopulation på 26.522. I alt er 16.439 (62 pct.) af lægerne i 2021 speciallæger (eksklusiv orlov), mens de resterende 10.083 (ca. 38 pct.) er læger uden speciale (eksklusiv orlov).

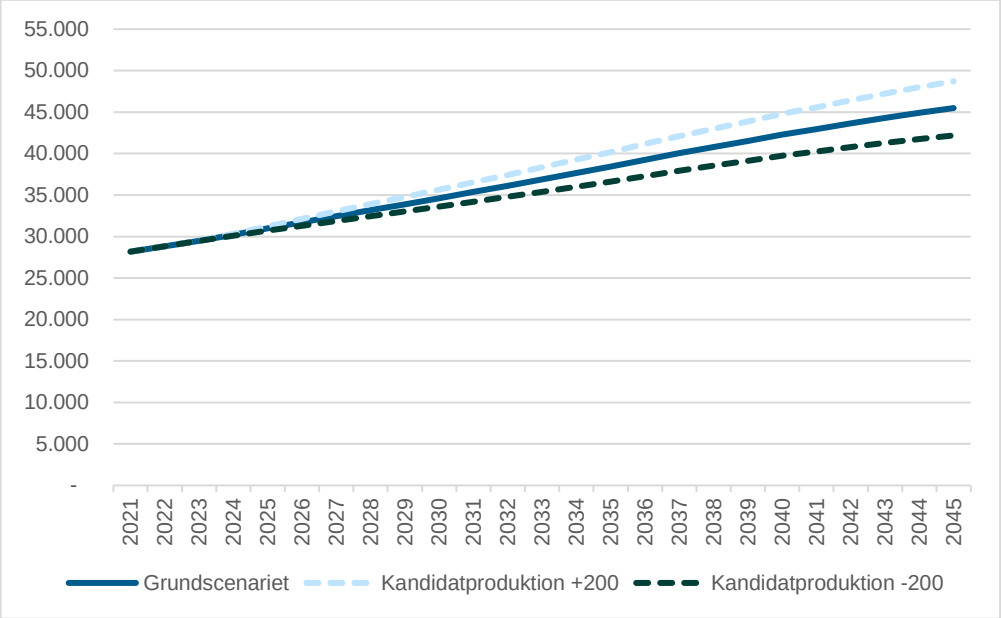
Prognosens fremskrivninger indeholder følgende tre scenarier for udviklingen i udbuddet af læger:

1. Grundscenariet, som baseres på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen (antal kandidater fra de fire universiteter).
2. Scenarie 2, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 200 pr. år.
3. Scenarie 3, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 200 pr. år.

Fremskrivningerne baseret på de forskellige scenarier ses i Figur 17.

Det forventes ud fra prognosefremskrivningerne, at udbuddet af læger i arbejdsstyrken inklusiv orlov i grundscenariet vil stige med cirka 60 pct. fra 28.181 læger i 2021 til 45.486 læger i 2045 (42.887 eksklusiv orlov) svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2,0 pct.

Figur 17. Udvikling i antal læger i arbejdsstyrken inkl. orlov, 2021-2045



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I alle tre scenarier forventes en stigning i antallet af læger. En nærmere sammenligning af de tre scenarier ses af Tabel 20. Med hensyn til scenarierne 2-3 er det antaget, at en ændring i optaget først vil kunne få indflydelse på kandidatproduktionen fra 2025.

Tabel 20. Sammenligning af antal læger i arbejdsstyrken inkl. orlov i scenarierne

	Grundscenariet	Kandidatproduktion +200	Kandidatproduktion -200
2021	28.181	28.182	28.179
2025	30.978	31.236	30.712
2030	34.629	35.640	33.602
2035	38.426	40.190	36.633
2040	42.288	44.788	39.736
2045	45.486	48.723	42.191
Vækst 2021-2045	17.305	20.541	14.012
Vækst i %, 2021-2045	61,4%	72,9%	49,7%
Gns. vækst pr. år	2,0%	2,3%	1,7%

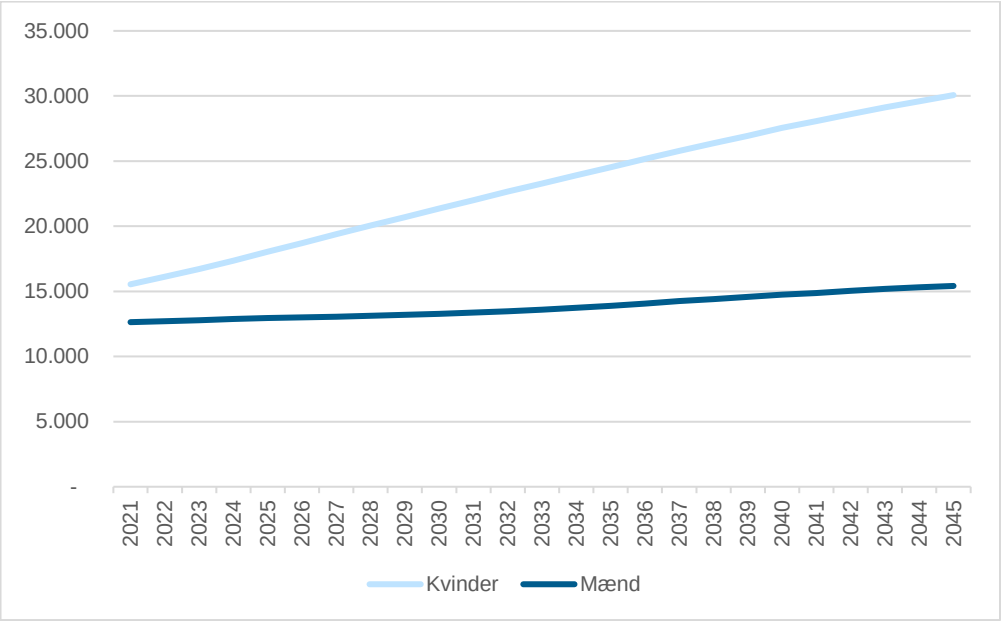
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.2. Stigende andel kvinder

Som det blev vist i afsnit 3.5 så er der blandt læger uden speciale i arbejdsstyrken en overvægt af kvinder, mens der i gruppen af speciallæger er en overvægt af mænd i 2019.

Kønsfordelingen vil i grundscenariet ændre sig, således at andelen af kvinder vil stige fra 55 pct. i 2021 til 66 pct. i 2045 (Figur 18).

Figur 18. Udviklingen i antallet af kvindelige og mandlige læger inkl. orlov i grundscenariet, 2021-2045



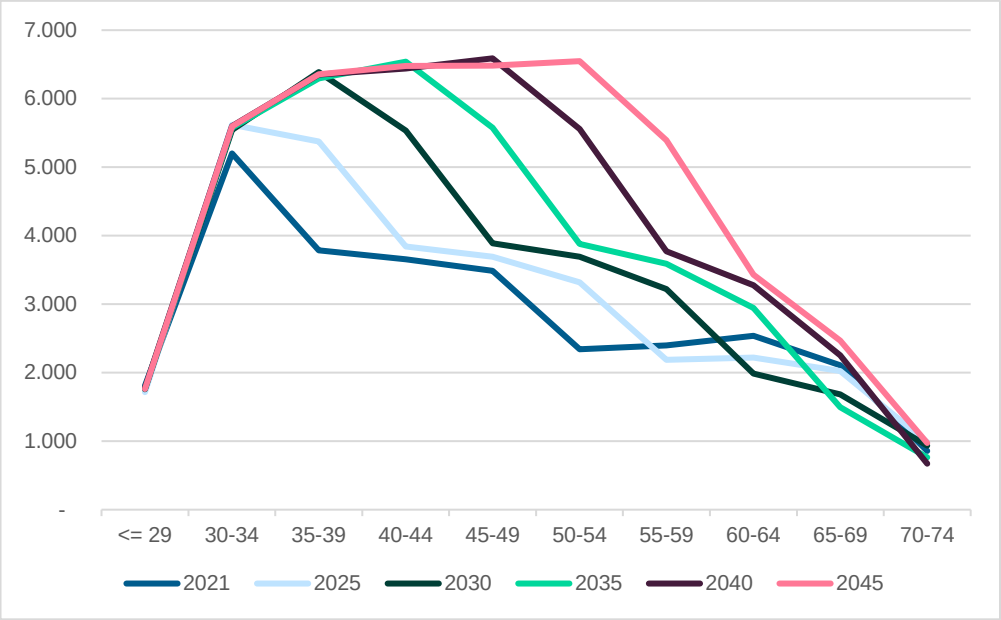
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.3. Aldersfordelingen blandt læger og speciallæger ændres over tid

Aldersfordelingen blandt læger og speciallæger varierer over tid (Figur 19). Den aktuelle og fremtidige aldersfordeling afspejler de skift, der historisk set har været i uddannelseskapaciteten på universiteterne og i den lægelige videreuddannelse.

Forklaringen på den to-puklede kurve, der ses i 2021 i Figur 19 skal findes i opbremsningen af optaget på medicinstudiet i 1980'erne og indtil 1990 sammenholdt med stigningen i optaget på medicinstudiet op gennem 1990'erne samt en øget indvandring. Som det ses, vil kurven ændre sig over tid på grund af antallet af læger i den yngre generation. Lægernes pensionsalder vil komme til at spille en rolle for udbuddet af antallet af speciallæger i den ældre generation i en overgangsperiode.

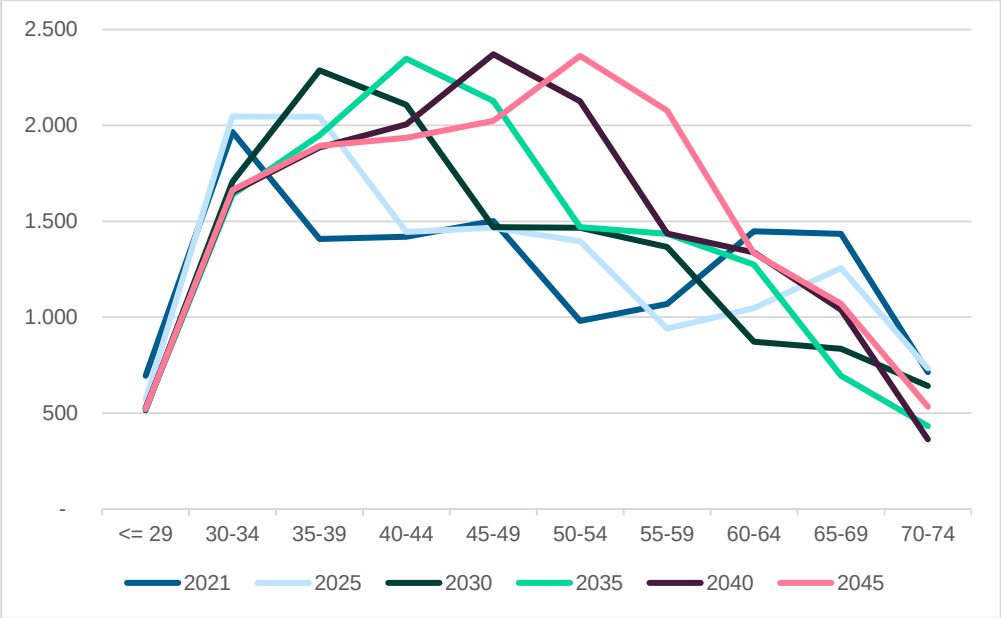
Figur 19. Udvikling i aldersfordelingen for alle læger inkl. orlov i grundscenariet



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Aldersprofilen for mænd er endvidere præget af den forholdsvis lavere tilgang af mænd til lægefaget de seneste år (Figur 20). Det betyder, at en relativ stor andel af de mandlige læger i 2021 er over 55 år (35 pct.) og derfor i en nærmere fremtid kan forventes at gå på pension.

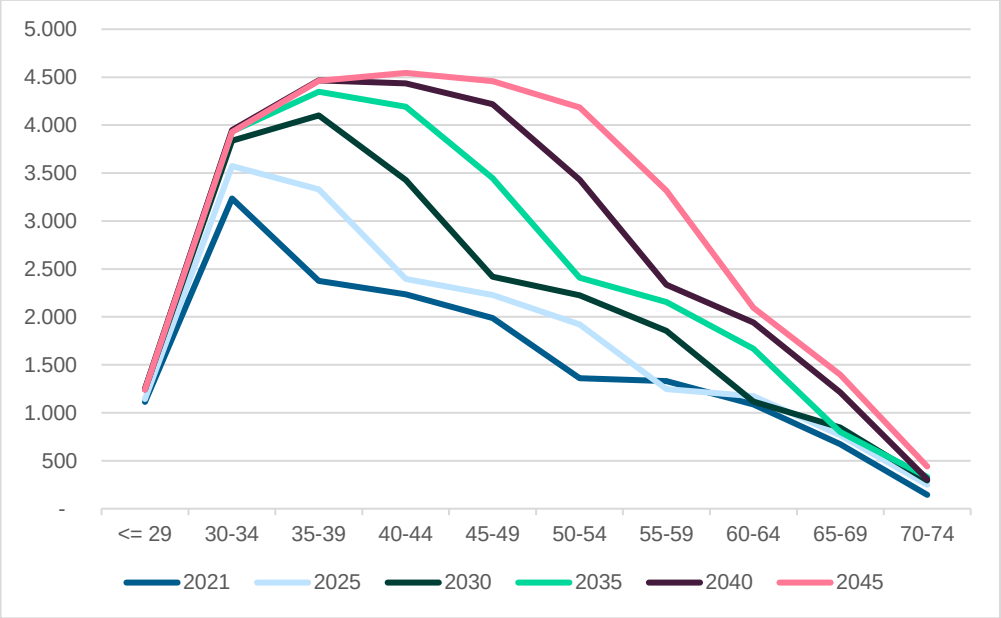
Figur 20. Udvikling i aldersfordelingen for mandlige læger inkl. orlov i grundscenariet



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Aldersprofilen for kvinder er mere jævn end for mænd. Den stigende tilgang af kvindelige læger viser sig i en tilvækst i alle aldersgrupper de kommende år (Figur 21).

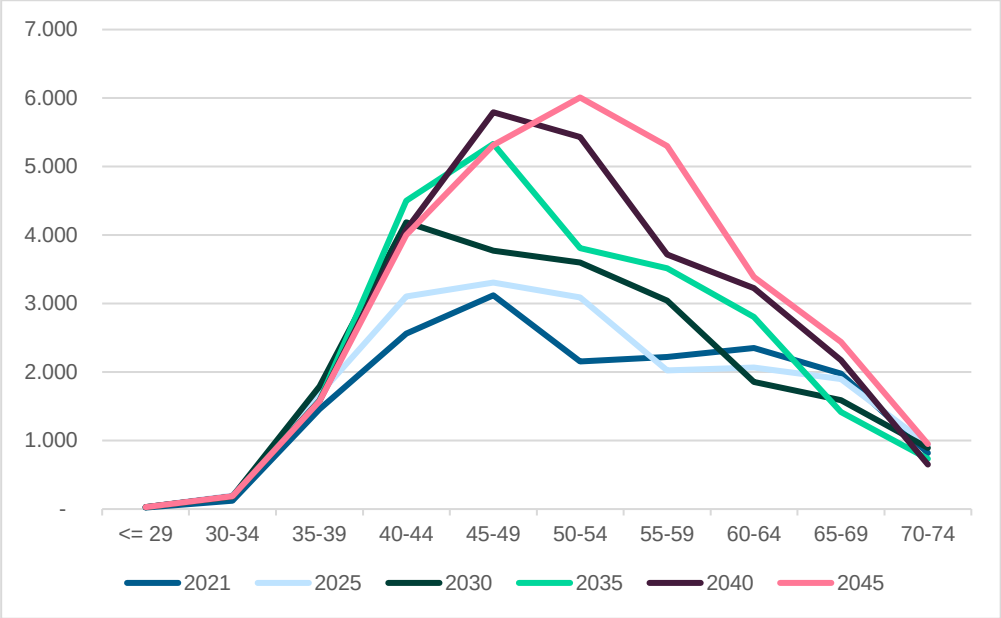
Figur 21. Udvikling i aldersfordelingen for kvindelige læger inkl. orlov i grundscenariet



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Aldersprofilen for speciallæger (Figur 22) viser, at der i de kommende år vil ske en væsentlig udvikling i aldersprofilen i takt med, at udvidelsen i antallet af speciallægeuddannelsesforløb slår igennem.

Figur 22. Udvikling i aldersfordelingen for speciallæger inkl. orlov i hovedscenariet



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.4. Antallet af speciallæger forventes at stige

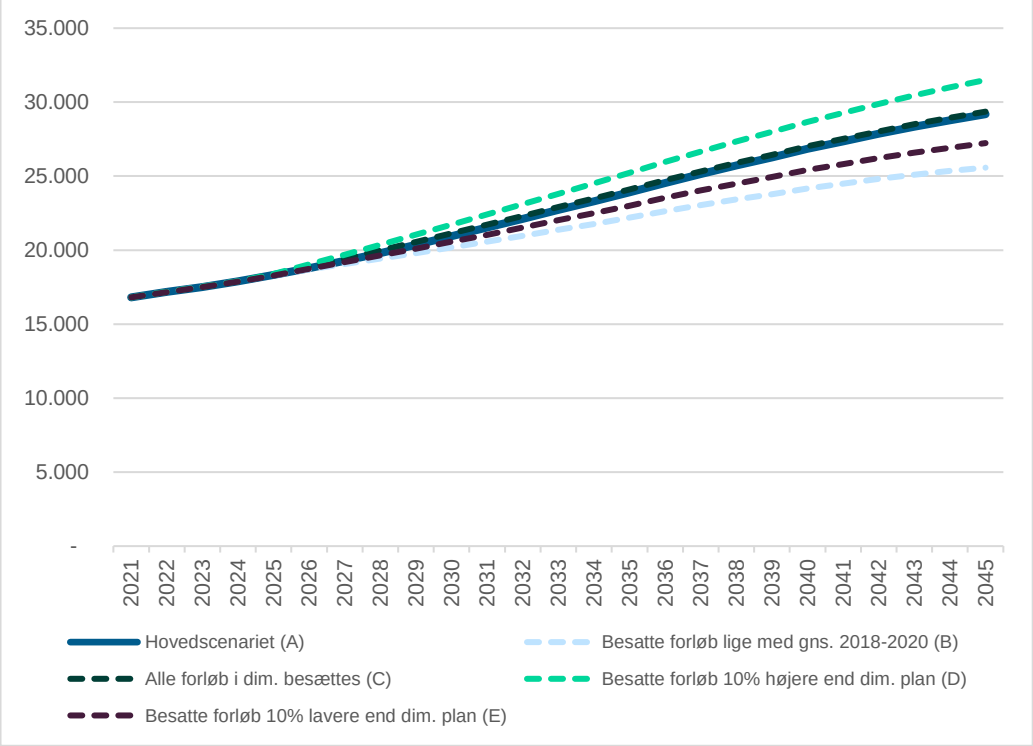
Prognosens fremskrivninger indeholder fem scenarier for den forventede udvikling af speciallæger i de enkelte specialer.

A. Hovedscenariet (A), baseres på en beregning af antallet af besatte forløb ud fra foregående års tendenser (2019-2020) (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 4).
B. Scenarie B, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb er lig det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2018-2020 (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 5).
C. Scenarie C, hvor samtlige hoveduddannelsesforløb i dimensioneringsplanen besættes (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 6).
D. Scenarie D, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 pct. højere end dimensioneringsplanen, dog minimum ét forløb højere end dimensioneringen (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 7).
E. Scenarie E, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 pct. mindre end dimensioneringen, dog minimum ét forløb mindre end dimensioneringen (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 8).

Fremskrivningerne for de forskellige scenarier ses af Figur 23.

Ved scenarierne er det vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om tekniske beregninger, og der er ikke taget højde for, om det er realistisk, at alle hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen bliver besat; ligesom der ikke er taget hensyn til en eventuel vandring mellem specialerne, hvis alle specialer for eksempel fik øget dimensioneringen med 10 pct.

Figur 23. Udvikling i antal speciallæger i arbejdsstyrken inkl. orlov, 2021-2045



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Tabel 21 ses udviklingen i antallet af speciallæger i de fem scenarier. Det fremgår, at antallet af besatte hoveduddannelsesforløb på sigt kan have relativt stor indflydelse på antallet af speciallæger.

Tabel 21. Sammenligning af antal speciallæger i arbejdsstyrken inkl. orlov i scenarierne

	Hoved-scenariet (A)	Besatte for-løb lige med gns. 2018-2020 (B)	Alle forløb i dim. be-sættes (C)	Besatte for-løb 10% hø-jere end dim. plan (D)	Besatte for-løb 10% la-vere end dim. plan (E)
2021	16.808	16.808	16.809	16.808	16.809
2025	18.328	18.313	18.339	18.389	18.287
2030	20.935	20.183	21.138	21.719	20.567
2035	23.905	22.193	24.108	25.230	23.005
2040	26.853	24.173	27.023	28.672	25.414
2045	29.188	25.574	29.359	31.498	27.233
Vækst, 2021-2045	12.380	8.766	12.550	14.690	10.424
Vækst i %, 2021-2045	73,7%	52,2%	74,7%	87,4%	62,0%
Gns. vækst pr. år	2,3%	1,8%	2,4%	2,7%	2,0%

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I det følgende vil resultaterne fra hovedscenariet (A) blive præsenteret. Resultaterne fra de øvrige scenarier (B, C, D og E) kan ses af Bilag 9-12. Endvidere er det i Bilag 13 muligt at se en sammenligning af de forskellige scenariers betydning for antallet af speciallæger i de enkelte specialer.

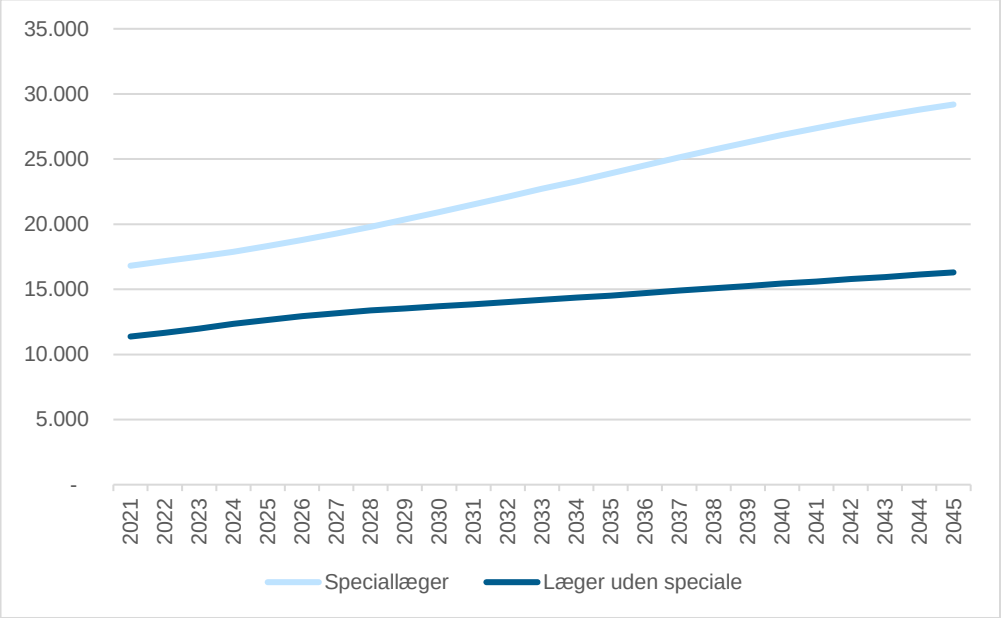
Prognosens hovedscenarie viser, at udbuddet af speciallæger forventes at være stigende i hele perioden fra 16.808 i 2021 til 29.188 i 2045 (Figur 24). Samlet set svarer stigningen til, at der i 2045 forventes cirka 74 pct. flere speciallæger end i 2021 med en årlig gennemsnitlig stigning på 2,3 pct.

Udviklingen i antallet af læger uden speciale vil tilsvarende stige i perioden fra 11.372 i 2021 til 16.298 læger i 2045 svarende til en stigning på 43 pct. fra 2021 til 2045; det vil sige en gennemsnitlig årlig stigning på 1,5 pct. (Figur 24).

For alle læger vil udviklingen i antallet af læger stige i perioden fra 28.181 i 2021 til 45.486 læger i 2045, svarende til en stigning på cirka 60 pct. fra 2021 til 2045; det vil sige en gennemsnitlig årlig stigning på 2,0 pct. (Tabel 22).

Det fremgår af Figur 24 og Tabel 22, at forholdet mellem antal speciallæger og læger uden speciale ændres over tid. I 2021, 2030, 2035 og 2045 forventes henholdsvis 60 pct., 60 pct., 62 pct. og 64 pct. af det samlede antal læger at være speciallæger.

Figur 24. Udvikling i antal læger med og uden speciale inkl. orlov i hovedscenariet, 2021-2045



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Tabel 22 fremgår, at frem mod 2045 forventes et fald i antallet af speciallæger inden for specialet neurokirurgi. Desuden ses et forventeligt fald i det nedlagte speciale intern medicin. For alle andre specialer forventes en stigning i antallet af speciallæger.

Tabel 22. Udvikling i antal læger og speciallæger inkl. orlov i hovedscenariet, 2021-2045

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Akutmedicin	83	107	247	402	552	689	725%
Almen medicin	4.817	5.104	5.979	6.998	7.949	8.669	80%
Anæstesiologi	1.280	1.365	1.423	1.513	1.617	1.688	32%
Arbejdsmedicin	93	86	106	135	167	202	117%
Børne- og ungdomspsykiatri	277	349	447	537	619	691	149%
Dermato-venerologi	225	242	278	315	340	357	59%
Gynækologi og obstetrik	667	712	763	822	887	941	41%
Intern medicin	91	73	55	48	48	51	-44%
Intern medicin: endokrinologi	281	317	355	391	439	478	70%
Intern medicin: gastroenter-ologi og hepatologi	245	284	324	368	414	452	84%
Intern medicin: geriatri	173	226	290	362	436	497	187%
Intern medicin: hæmatologi	166	190	218	246	276	296	78%
Intern medicin: infektionsmedicin	131	156	181	206	228	247	88%
Intern medicin: kardiologi	535	593	651	708	762	803	50%
Intern medicin: lungesygdomme	236	272	332	406	480	538	128%
Intern medicin: nefrologi	163	181	207	236	266	291	78%
Intern medicin: reumatologi	279	301	345	407	478	540	94%
Karkirurgi	100	104	115	132	148	161	61%
Kirurgi	643	676	708	749	802	833	30%
Klinisk biokemi	89	105	125	146	167	183	107%
Klinisk farmakologi	60	75	92	107	121	133	123%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	145	167	188	205	226	237	63%
Klinisk genetik	65	79	105	131	155	173	166%
Klinisk immunologi	55	59	67	77	88	97	77%
Klinisk mikrobiologi	117	123	133	140	154	164	40%
Klinisk onkologi	329	407	503	598	680	741	125%
Neurokirurgi	105	102	100	98	98	95	-9%
Neurologi	482	538	635	725	809	885	84%
Oftalmologi	430	469	526	576	619	641	49%
Ortopædisk kirurgi	902	936	960	1.013	1.088	1.140	26%
Oto-rhino-laryngologi	425	459	503	545	578	590	39%
Patologisk anatomi og cytologi	256	294	350	410	465	507	98%
Plastikkirurgi	141	171	200	227	253	276	95%
Psykiatri	945	1.016	1.191	1.430	1.683	1.914	103%
Pædiatri	564	614	672	723	769	806	43%
Radiologi	696	801	924	1.050	1.180	1.293	86%

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Retsmedicin	30	38	46	53	57	59	97%
Samfundsmedicin	159	182	206	240	276	312	96%
Thoraxkirurgi	81	81	79	81	87	93	15%
Urologi	246	275	307	349	392	424	72%
Speciallæger i alt	**16.808**	**18.328**	**20.935**	**23.905**	**26.853**	**29.188**	**74%**
Læger uden speciale	**11.372**	**12.650**	**13.694**	**14.521**	**15.435**	**16.298**	**43%**
Læger i alt	**28.181**	**30.978**	**34.629**	**38.426**	**42.288**	**45.486**	**61%**

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I specialerne akutmedicin, arbejdsmedicin, børne- og ungdomspsykiatri, intern medicin: geriatri, intern medicin: lungesygdomme, klinisk biokemi, klinisk farmakologi, klinisk genetik, klinisk onkologi og psykiatri forventes antallet af speciallæger i perioden 2021-2045 at blive mere end fordoblet. Antallet af læger uden speciale forventes, hvis ikke der ændres yderligere i kapaciteten i den lægelige videreuddannelse, at stige fra 11.372 i 2021 til 16.298 i 2045.

4.5. Øget tilgang af læger

Det stigende antal læger i fremskrivninger skyldes særligt det stigende antal af lægestuderende, der fuldfører den prægraduate uddannelse, og ligeledes et stigende antal læger der kan tilgå den kliniske basisuddannelse og efterfølgende tilgå speciallægeuddannelsen (Tabel 23).

Tabel 23. Årlig tilgang til den lægelige videreuddannelse (I PROCES)

År	Fuldførte*	Tilgang KBU	Fratrukket 5%	Tillagt indvandring
2015	972	X	X	X
2016	1.232	X	X	X
2017	1.276	X	X	X
2018	1.319	X	X	X
2019	1.240	X	X	X
2020	1.294	X	X	X
2021	1.249	X	X	X
2022	1.248	X	X	X
2023	1.280	X	X	X
2024	1.334	X	X	X
2025	1.360	X	X	X
2026	1.367	X	X	X
2027	1.369	X	X	X
2028	1.370	X	X	X

År	Fuldførte*	Tilgang KBU	Fratrukket 5%	Tillagt indvandring
2029-2045	**1.371**	**X**	**X**	**X**

** 2011-2020: Antal autorisationer; 2021-2045: Antal fuldførte - fremskrivninger fra UFM*

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens Autorisationsregister og Bevægelsesregistret samt Uddannelses- og Forskningsministeriet og indberetninger fra videreuddannelsesregioner

I Tabel 23 indgår visse antagelser og forudsætninger.

Til og med 2020 indgår det faktiske antal nyuddannede læger fra de fire universiteter opgjort som antal udstedte autorisationer som læge af Sundhedsstyrelsen (2015 og årene før) eller Styrelsen for Patientsikkerhed (fra år 2016) fordelt på statsborgerskab. Antallet af nyuddannede kandidater fra 2021 og frem er fastlagt på baggrund af Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af den forventede kandidatproduktion.

Antallet af nyuddannede kandidater er benyttet til at give et estimat over, hvor mange læger, der forventes at tilgå den lægelige videreuddannelse. For at nå frem til et forventet antal for tilgangen til klinisk basisuddannelse og hoveduddannelsen i speciallægeuddannelsen, arbejdes der med følgende forudsætninger:

- Det er antaget, at XX pct. af læger, der opnår autorisation i det pågældende år påbegynder den kliniske basisuddannelse.
  - Antagelsen baserer sig på udtræk fra Autorisationsregisteret og antal forventede påbegyndte KBU samme år i perioden XX-XX.

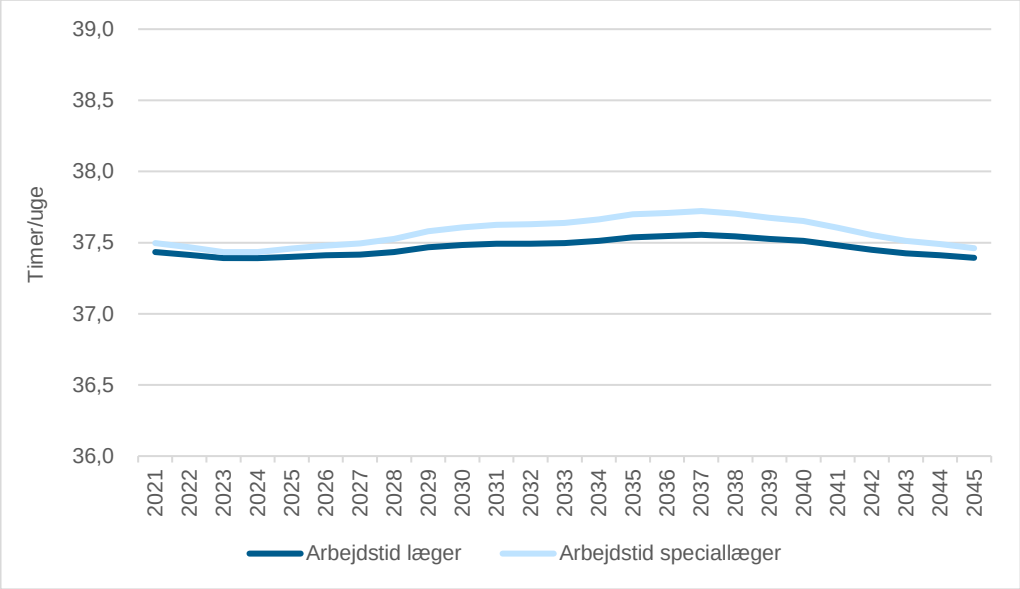
- Det er antaget, at ca. 5 pct. af alle herboende danskuddannede læger ikke opnår en speciallægeuddannelse. Det drejer sig om læger, der vælger alternativ karrierevej end en speciallægeuddannelse, fx forskning, undervisning, arbejde i medicinalindustrien mv.
  - Antagelsen baserer sig på udtræk fra Bevægelsesregisteret, der viser, at i perioden 2001-2019 var ca. 5-6 pct. af arbejdsstyrken, beskæftiget uden for sundhedsvæsenet, ikke speciallæger.

- Der er regnet med en indvandring af 75 udenlandsk uddannede læger årligt, som potentielt kan påbegynde et hoveduddannelsesforløb.
  - Antagelsen baserer sig på indberetninger fra videreuddannelsesregionerne i perioden 2011-2021 om, hvor mange udenlandsk uddannede, som årligt påbegynder en hoveduddannelse.

4.6. Udvikling i lægers arbejdstid ligger nogenlunde stabil

I Figur 25 ses udviklingen i gennemsnitlig ugentlig arbejdstid for læger og speciallæger. I perioden 2021-2045 forventes læger og speciallæger i gennemsnit at arbejde en smule mere end 37 timer om ugen og det fremgår, at udviklingen i den gennemsnitlige arbejdstid frem mod 2045 er forholdsvis stabil.

Figur 25. Udvikling i gennemsnitlig ugentlig arbejdstid for læger og speciallæger, 2021-2045



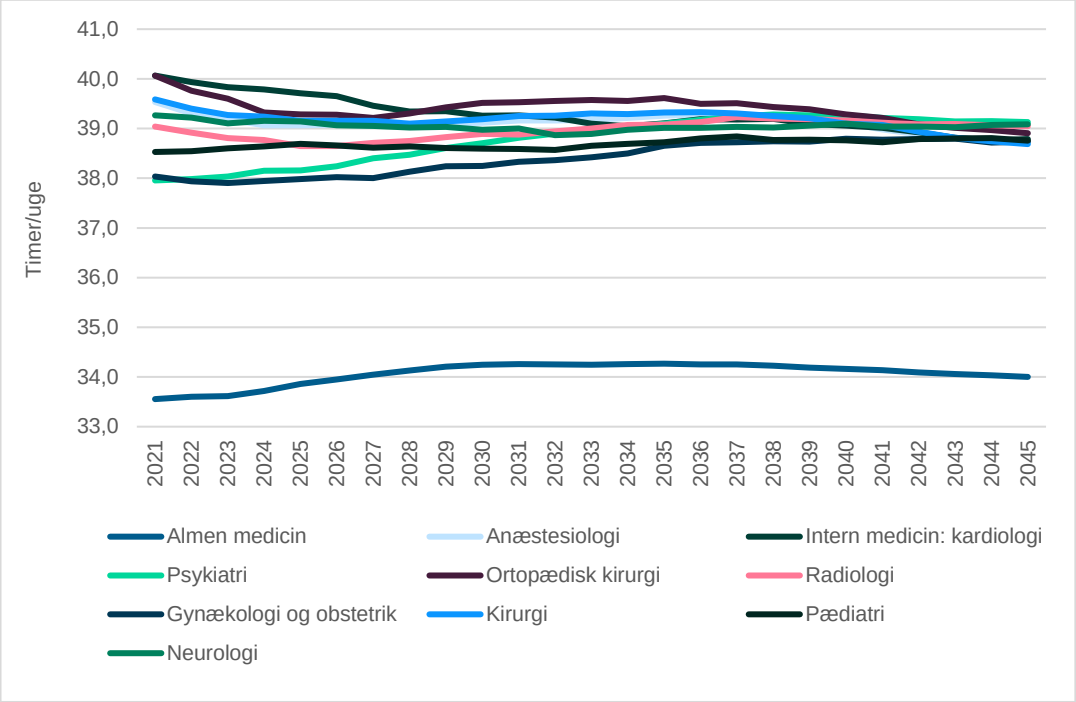
Note: Arbejdstiden er opgjort på baggrund af forventet antal fuldtidspersoner i prognosens grundscenarie (læger) og hovedscenarie (speciallæger) ekskl. orlov. Der ses udelukkende på den del af de autoriserede læger, der er lønmodtagere og der tages også højde for sekundære ansættelser. For nærmere præcisering af arbejdstid henvises til kapitel 6 om modelbeskrivelsen.

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Arbejdstiden forventes at toppe i 2037 og herefter falde en smule frem mod 2045. Forklaringen på faldet i den gennemsnitlige arbejdstid fra 2037 og frem kan være udviklingen i kønsfordelingen, hvor flere kvinder end mænd forventes at blive læge og speciallæge.

Ser man på de 11 største specialer – som eksempelvis almen medicin, anæstesiologi og intern medicin: kardiologi ses, at de fleste speciallæger i gennemsnit arbejder mere end 37 timer om ugen med undtagelse af læger i specialet almen medicin, som i gennemsnit forventes at arbejde mellem 33,5 og 34,5 timer om ugen i perioden 2021-2045 (Figur 26).

Figur 26. Udvikling i gennemsnitlig ugentlig arbejdstid i udvalgte specialer, 2021-2045



Note: Arbejdstiden er opgjort på baggrund af forventet antal fuldtidspersoner i prognosens hovedscenarie ekskl. orlov. Der ses udelukkende på den del af de autoriserede læger, der er lønmodtagere og sekundære ansættelser indgår også. For nærmere præcisering af arbejdstid henvises til kapitel 6 om modelbeskrivelsen.

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

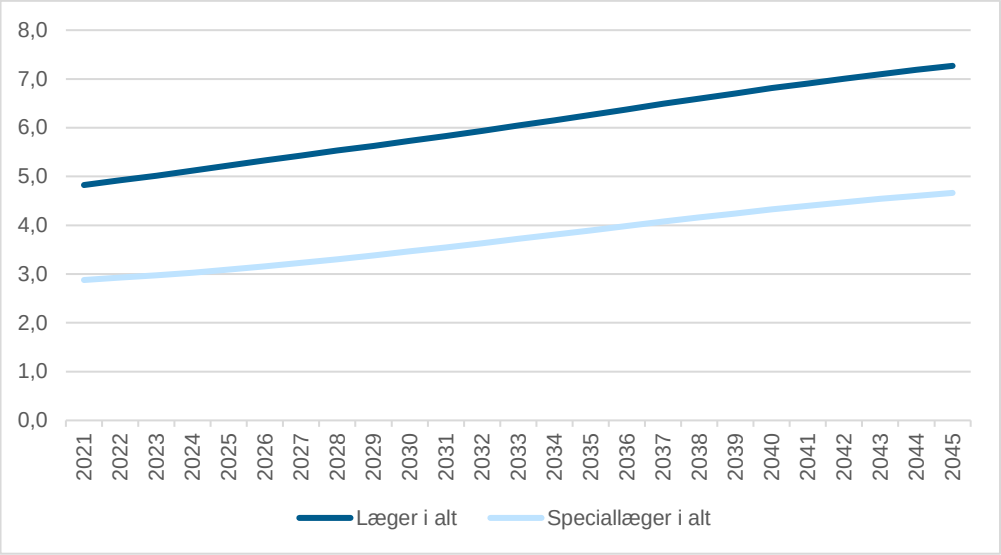
4.7. Antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere stiger

Hvis den forventede udvikling i antal læger og speciallæger sammenholdes med den forventede befolkningsudvikling[5], vil der i perioden 2021-2045 forventes at ske en stigning i antallet af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere (Figur 27).

Antallet af læger forventes at stige fra 4,8 til 7,3 pr. 1.000 indbyggere, mens antallet af speciallæger forventes at stige fra 2,9 til 4,7 pr. 1.000 indbyggere.

[5] Kilde: Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2022

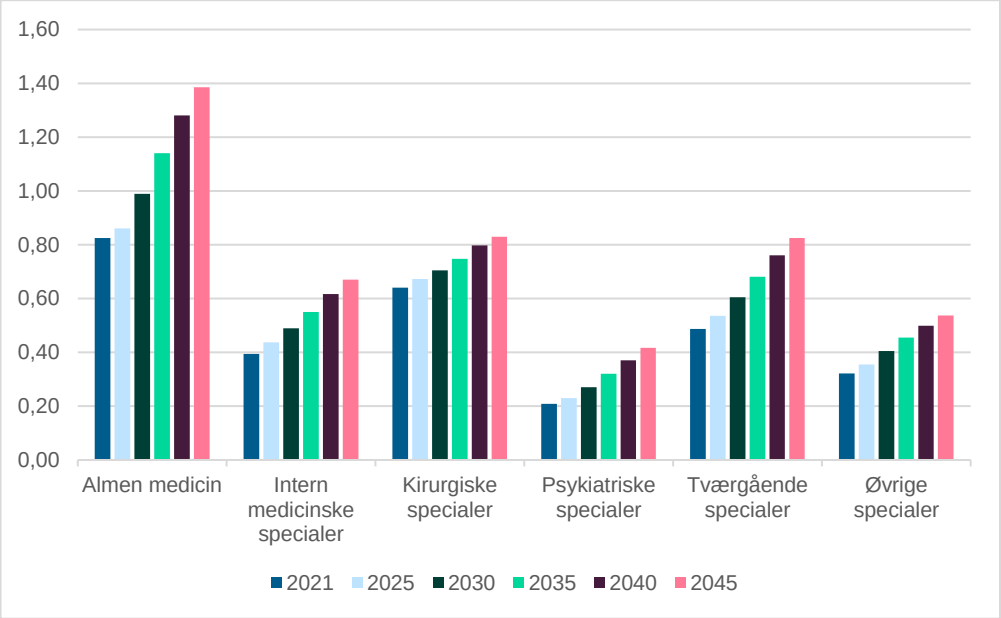
Figur 27. Udvikling i antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, 2021-2045



Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

Inden for de enkelte specialegrupperinger forventes det, at der vil ske en stigning i antallet af læger pr. 1.000 indbygger - inden for almen medicin fra 0,82 speciallæger i 2021 til 1,39 speciallæger pr. 1.000 indbyggere i 2045, i de intern medicinske specialer fra 0,39 til 0,67, i de kirurgiske specialer fra 0,64 til 0,83, i de psykiatriske specialer fra 0,21 til 0,42, i de tværgående specialer fra 0,49 til 0,83 og i de øvrige specialer fra 0,32 til 0,54 speciallæger pr. 1.000 indbyggere i samme periode (Figur 28).

Figur 28. Udvikling i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere fordelt på specialegrupperinger, 2021-2045



Note: Specialegrupperinger ses i Bilag 3.

Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

4.8. Sammenligning af ændring af effekterne i den nuværende Lægeprognose 2021-2045 i forhold til den forrige Lægeprognose 2018-2040

I forhold til Lægeprognose 2018-2040, er antallet af læger i den aktuelle Lægeprognose estimeret lidt højere. Ændringerne medfører, at der i 2040 forventes flere læger i Lægeprognose 2021-2045, end der ville være forventet med antagelserne fra Lægeprognose 2018-2040. Således forventes i nærværende prognose 42.288 læger inklusiv orlov i 2040 (45.486 læger i 2045) mod 41.070 læger i 2040 i Lægeprognose 2018-2040; det vil sige en forskel på 3 pct. i 2040.

Ændringer i følgende faktorer kan have betydning for forskelle i den forventede udvikling i antallet af læger og speciallæger i prognosens fremskrivninger:

- Øget kandidattilgang fra universiteterne
- Ændrede pensionstendenser
- Ændrede orlovsmønstre
- Ændret Dimensioneringsplan med flere HU-forløb
- Ændrede gennemførselstider
- Tekniske ændringer i modellen

I forhold til Lægeprognose 2018-2040 forventes der inden for de fleste specialer en stigning i antallet af speciallæger (eksklusiv orlov). I specialerne intern medicin: lungesygdomme, psykiatri og radiologi ses den største forskel i vækst, og i specialerne kliniske farmakologi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin, klinisk onkologi, neurokirurgi, oto-rhino-laryngologi, pædiatri og retsmedicin ses et fald i forhold til Lægeprognose 2018-2040 (Bilag 14).

Pensionstilbøjeligheden for mænd falder en smule, mens orlovstilbøjeligheden for kvinder og mænd stiger (Bilag 15). I nærværende Lægeprognose i startåret 2019 er 1.411 læger på orlov, og ifølge den forrige Lægeprognose 2018-2040 ville der være 1.109 læger på orlov i 2019.

Herudover er der foretaget mindre tekniske justeringer i lægeprognosemodellen. Eksempelvis fremskrives udbuddet af læger og speciallæger på baggrund af mikrosimulationsmodel (jf. kapitel 6), hvor forrige Lægeprognosen blev fremskrevet ud fra andele og logistisk regressionsmodel.

Dimensioneringsplanen er ændret i den nuværende Lægeprognose med flere hoveduddannelsesforløb. I Lægeprognose 2018-2040 fastsatte dimensioneringsplanen for 2018-2020 913,5 HU-forløb i 2018, 948,5 HU-forløb i 2019 og 955,5 HU-forløb i 2020. I nærværende Lægeprognose er der i dimensioneringsplanen fastsat 1.044,5 HU-forløb i 2021, 1.067,5 HU-forløb i 2022 og 1.090 HU-forløb i 2023. I dimensioneringsplanen for 2021 og 2022-2023 indgår akutmedicin med 38 HU-forløb i 2021 og 35 HU-forløb pr. år i 2022-2023.

Sammenlignes den forventede tilgang fra universiteterne til Lægeprognose 2018-2040 med tilgangen i nærværende prognose ses det, at de ændrede forudsætninger betyder, at det samlede set i perioden 2021-2045 forventes, at tilgangen af læger er XX større, end hvis antagelserne fra Lægeprognose 2018-2040 var benyttet (Tabel 24).

Ændringen i tilgangen – både fra danske og udenlandske universiteter – kan skyldes flere faktorer, blandt andet:

- Færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet i Danmark.
- Da danske statsborgere har en højere gennemførselsprocent i medicinstudiet end udenlandske medfører dette, at der uddannes flere årligt.
- Danske statsborgere udvandrer ikke i nær samme grad som udenlandske statsborgere, hvilket betyder, at der er flere læger årligt, som forventes at tilgå det danske arbejdsmarked.
- Dimensioneringen af lægeuddannelsen i Ålborg blev øget med 50 studiepladser i 2017.
- Tilgang af udenlandsk uddannede læger er steget fra 70 til 75.

Tabel 24. Sammenligning af forventet tilgang fra universiteterne til den lægelige videreuddannelse med denne og tidligere Lægeprognose (1) (I PROCES)

År	Lægeprognose 2018-2040	Lægeprognose 2021-2045	Forskel
2021	1.158	X	X
2022	1.225	X	X
2023	1.270	X	X
2024	1.275	X	X
2025 og frem	1.276	X	X
I alt 2021-2040	**28.733**	**X**	**X**

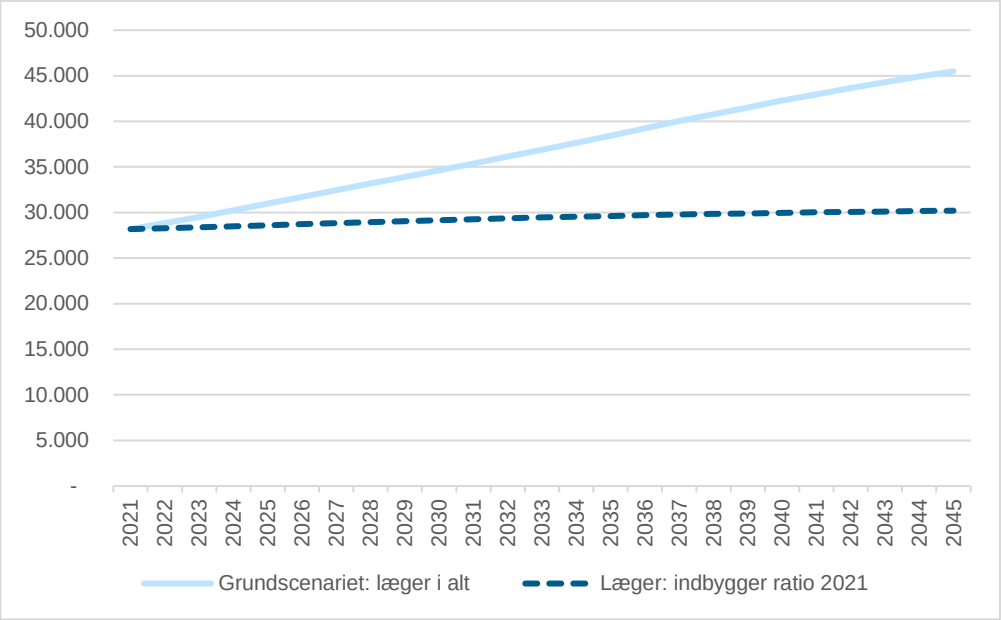
Note: Sammenligningen baserer sig på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af forventet kandidatproduktion (Bilag 1) tilpasset med antagelser. Det medfører, at der fra Uddannelses- og Forskningsministeriets forventede kandidatproduktion er fratrukket læger der ikke forventes at påbegynde KBU samt at der er tillagt en forventet indvandring. Det er antaget, at 5 pct. af alle herboende danskuddannede læger ikke opnår en speciallægeuddannelse - disse 5 pct. er ikke trukket fra i Tabel 24, men er trukket fra i Tabel 23.

4.9. Balancen mellem udbud og teknisk fremskrivning af antal læger

Prognosen inkluderer tekniske fremskrivninger af antal læger for at have et sammenligningsgrundlag med udbuddet af læger.

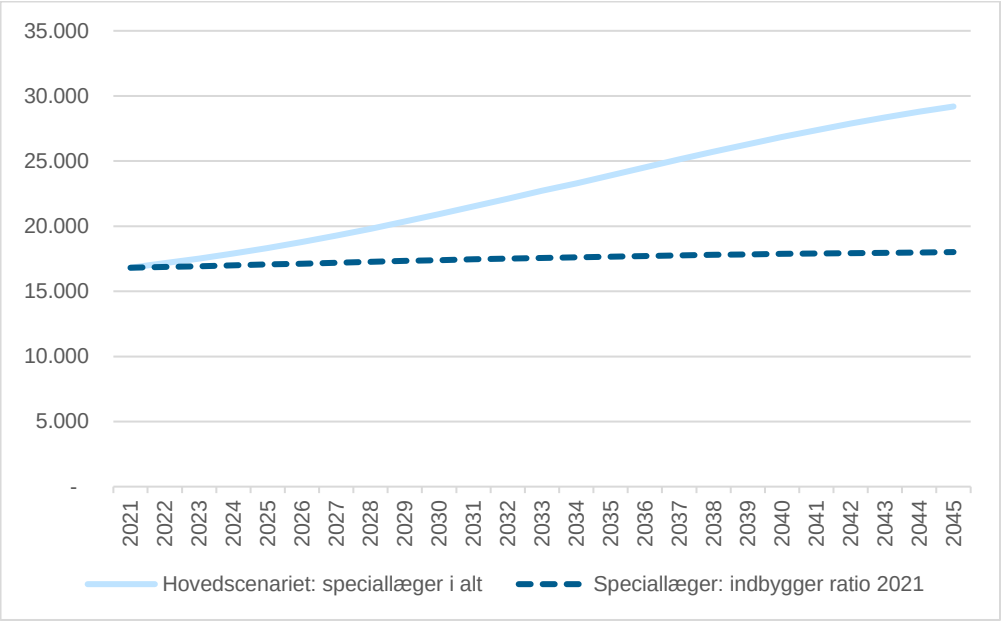
Der er foretaget en teknisk fremskrivning ud fra, hvor mange læger og speciallæger, der vil være, hvis der skal være det samme antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, som der var i 2021. Fremskrivningen fremgår af Figur 29 og Figur 30.

Figur 29. Grundscenariet inkl. orlov og ratio antal læger pr. 1.000 indbyggere som i 2021



Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

Figur 30. Hovedscenariet inkl. orlov og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2021



Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

Som det ses af de to figurer, vil behovet, hvis den nuværende ratio af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere ønskes bibeholdt, være væsentlig lavere end det forventede udbud af læger og speciallæger. Det skal bemærkes, at der kan være mange forhold, som gør, at det vil være hensigtsmæssigt at øge antallet af læger og speciallæger pr.

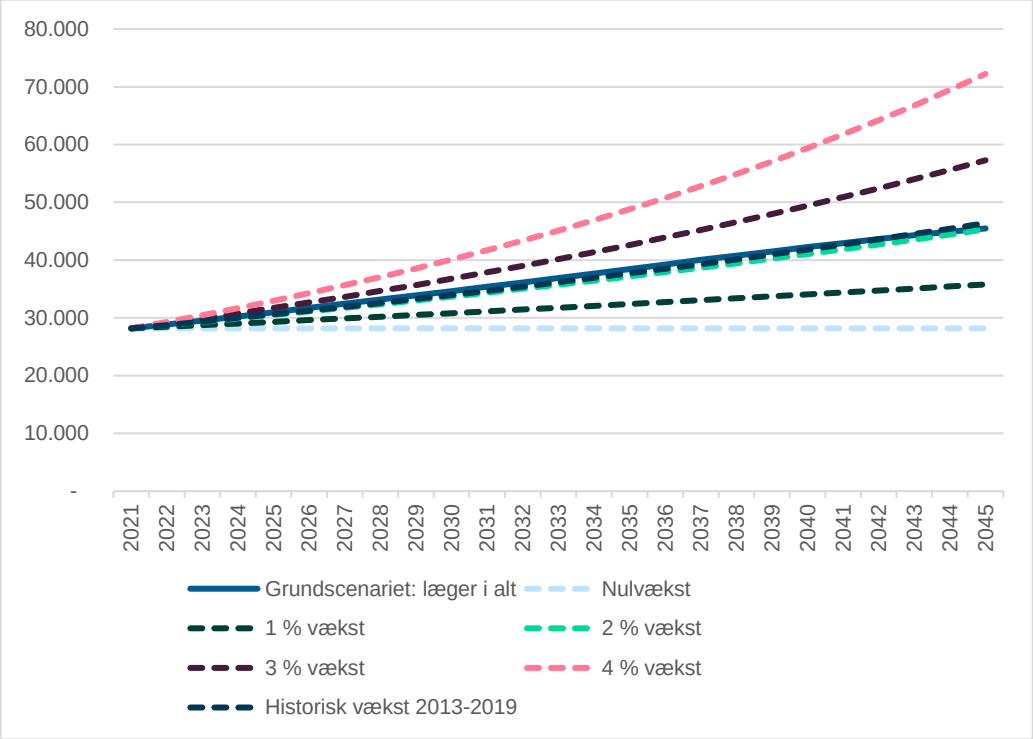
1.000 indbyggere. Behovet afhænger blandt andet af demografiske, politiske, økonomiske og teknologiske forhold (se kapitel 5).

Endvidere er der foretaget tekniske fremskrivninger, der baserer sig på udvalgte vækstrater i udbuddet, henholdsvis nulvækst inklusiv orlov, 1 pct. vækst, 2 pct. vækst, 3 pct. vækst, 4 pct. vækst og væksten svarende til den historiske vækst i arbejdsstyrken i perioden 2013-2019.

Figur 31 indeholder de seks vækstscenarier sammenholdt med den forventede udvikling i antallet af læger, mens Figur 32 indeholder de seks vækstscenarier i forhold til udviklingen i antallet af speciallæger.

Af Figur 31 ses, at den forventede udvikling i antallet af læger matcher udviklingen i den historiske vækst i antallet af læger i arbejdsstyrken i perioden 2013-2019.

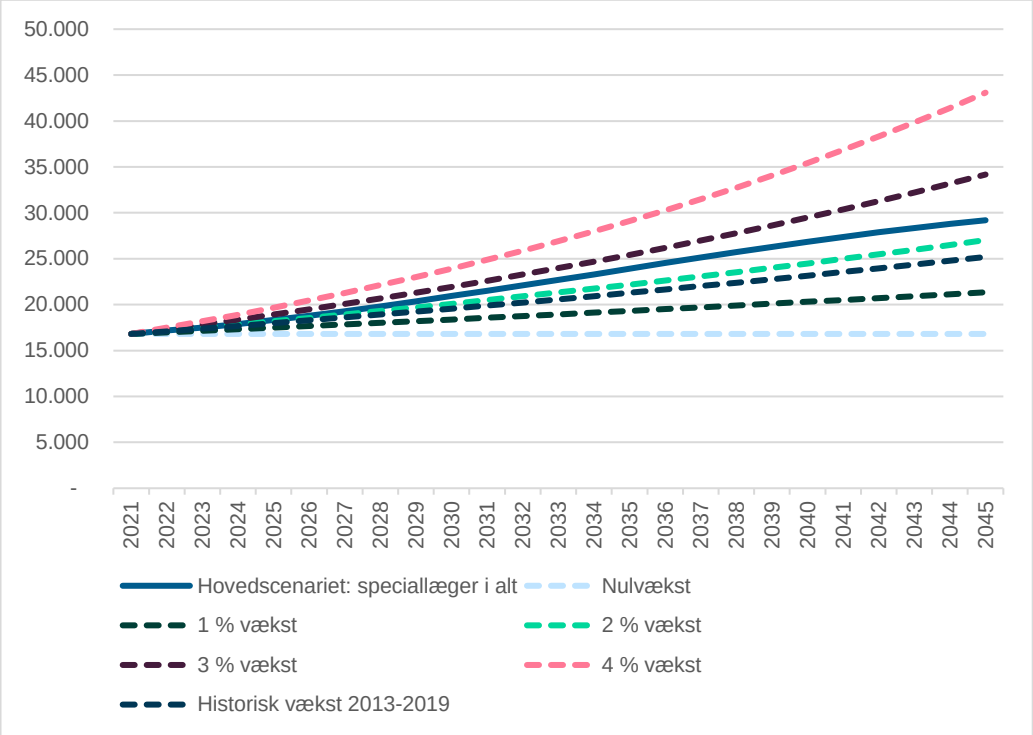
Figur 31. Udvikling i antallet af læger, 2021-2045 (vækstscenarier)



Note: Udgangsåret 2021 svarer til udbuddet af læger inklusiv orlov i grundscenariet.
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Figur 32 ses, at den forventede udvikling i antallet af speciallæger inklusiv orlov i grundscenariet ligger imellem 2 pct.-vækst og 3 pct.-vækst.

Figur 32. Udviklingen i antallet af speciallæger, 2021-2045 (vækstscenarier)



Note: Udgangsåret 2021 svarer til udbuddet af speciallæger inklusiv orlov i hovedscenariet.
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

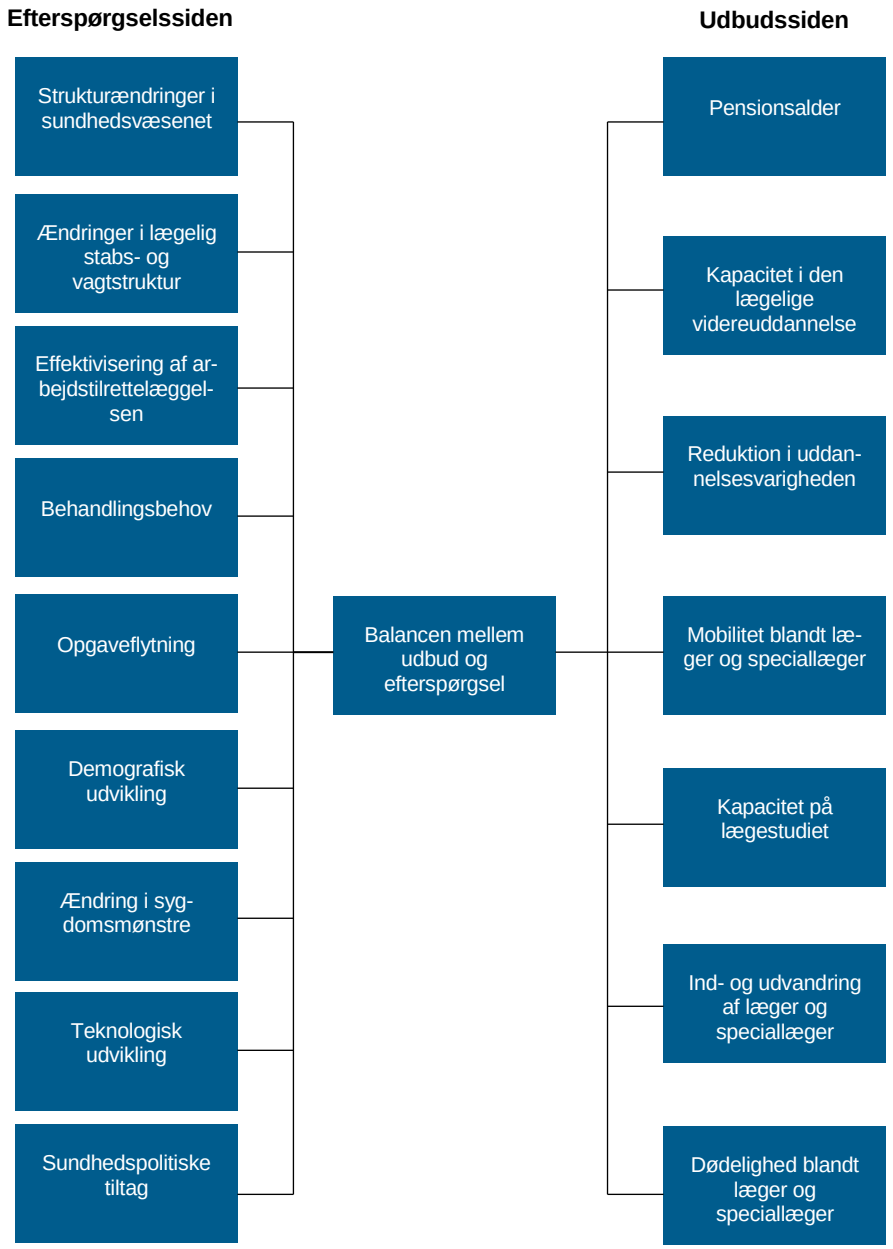
Det skal fremhæves, at fastlæggelsen af udviklingen i antallet af læger er forbundet med flere usikkerheder, og fremskrivningerne er kun pejlemærker, der kan anvendes i forhold til overvejelser om optaget på universiteterne og dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse. Fremskrivningerne er bedste bud på udviklingen i antallet af læger og speciallæger baseret på data og bevægelser i lægepopulationen (se modelbeskrivelsen i kapitel 6).

4.9.1. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel

Der findes en lang række faktorer, som kan påvirke behovet for læger og speciallæger i sundhedsvæsenet. Nogle af disse fremgår af Figur 33.

Ud over de faktorer, der fremgår i figuren kan øget efterspørgslen fra life science-branchen (blandt andet medicinalindustrien), forskningsinstitutioner mv. også påvirke balancen mellem udbud og efterspørgsel.

Figur 33. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel



5. Tendenser i fremtidens sundhedsvæsen

I Lægeprognosen 2021-2045 indgår flere scenarier med forskellige indarbejdede forudsætninger, herunder optag på lægeuddannelsen, der kan have betydning for udviklingen i antallet af læger. Hvilket af scenarierne, der er mest retvisende, afhænger blandt andet af faglige og politiske prioriteringer og den generelle udvikling i samfundet som fx demografiske, økonomiske og teknologiske forhold.

Lægeprognose 2021-2045 beskriver udbuddet af læger og speciallæger. Der indgår ikke behovsanalyser baseret på modellering af forskellige fremtidsscenarier. Dette kapitel beskriver nogle af de fremtidige forhold, der ventes at få betydning for fremtidens sundhedsvæsen, og som dermed kan blive bestemmende for behovet for uddannelse og ansættelse af læger. I Figur 33 i forrige kapitel fremgår en oversigt over faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel.

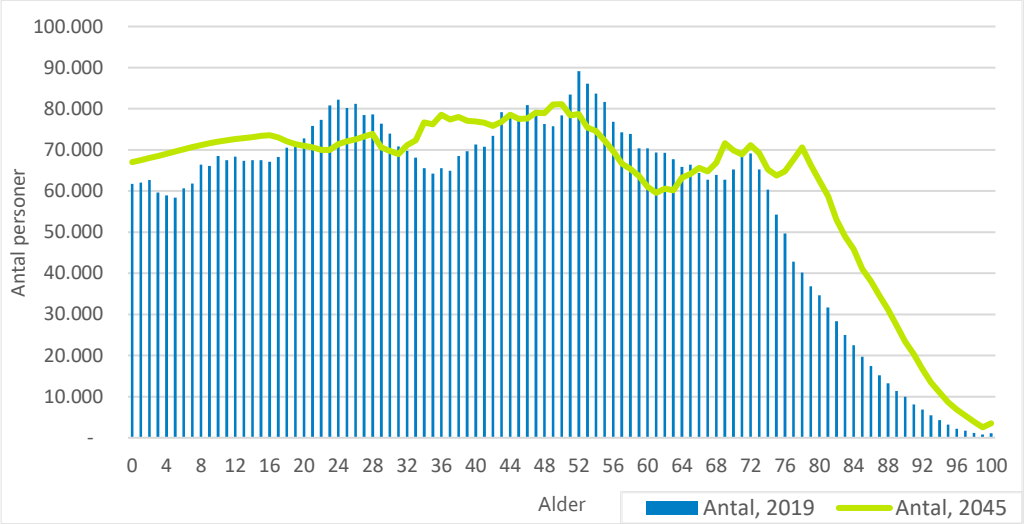
I dette kapitel beskrives kort tendenser, der kan have betydning for behovet for læger i fremtidens sundhedsvæsen. Da der er et stort antal forhold, der kan have betydning for det fremtidige behov for læger, er det med dette kapitel ikke ambitionen at give et fyldestgørende overblik, men blot fremhæve udvalgte områder til illustration af fremtidstendenser. I kapitlet behandles tre drivere for behovet for læger: den demografiske udvikling, udviklingen i sygdomsbilledet og forventninger til fremtidens sundhedsudgifter. Desuden beskrives de strukturelle rammers betydning for fremtidens behov for sundhedsydelser med afsæt i en samfundsøkonomisk analyse foretaget af Helsedirektoratet i Norge.

5.1. Den demografiske udvikling

Befolkningens størrelse og alderssammensætning har betydning for behovet for sundhedsydelser. Befolkningen forventes samlet set at vokse frem mod 2045. Af Figur 34 fremgår den forventede demografiske udvikling i Danmark fordelt på aldersgrupper frem mod 2045. Befolkningen i Danmark forventes at vokse med 7,8 pct. fra 5,81 mio. i 2019 til 6,26 mio. borgere i 2045.

Den forventede befolkningsudvikling kan i væsentlig grad tilskrives den ældre del af befolkningen, som forventes at vokse betydeligt frem mod 2045. Samlet forventes andelen af personer over 60 år at stige fra ca. 24 pct. til at udgøre ca. 29 pct. af befolkningssammensætningen frem mod 2045. Særligt forventes antallet af personer over 80 år at stige frem mod 2045 fra at udgøre ca. 4 pct. af befolkningen i 2019 til at udgøre ca. 8 pct. af befolkningen i 2045.

Figur 34. Demografisk udvikling i Danmark for aldersgrupper 2019-2045 (antal personer)



Kilde: Danmarks Statistik

Det er ikke entydigt, hvordan ændringerne i befolkningssammensætningen vil påvirke behovet for sundhedsydelser og dermed behovet for læger. Generelt stiger behovet for sundhedsydelser med alderen, og et større antal ældre kan øge behovet for læger mere end, hvad befolkningstilvæksten i sig selv tilsiger. Desuden forventes der, at være færre personer i det der i dag anses for den erhvervsaktive alder (16-64 årige), hvilket kan påvirke både samfundsøkonomien og rekrutteringen i sundhedsvæsenet.

Ældre mennesker med særlige helbredsudfordringer må forventes at fylde relativt mere i sundhedsvæsenet, og sundhedsindsatserne forventes generelt at blive mere komplekse. Samtidig med at være påvirket af naturlig alderssvækkelse vil ældre mennesker ofte have flere samtidige og/eller tidligere sygdomme samt funktionsnedsættelser.

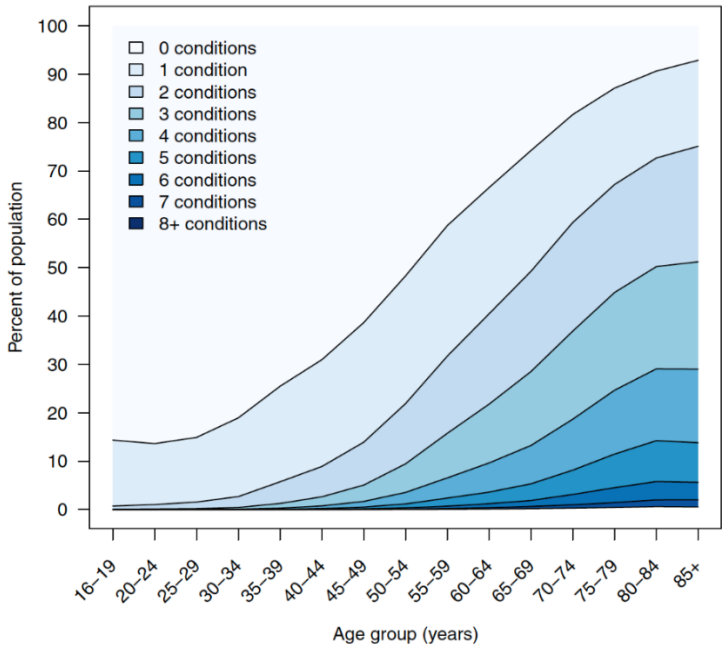
Usikkerheder ved udfordringerne som den forventede demografi forventes at medføre, kan blandt andet relatere sig til aldring, hvor ældre i højere grad end i dag kan fremme egen sundhed og funktionsevne. Herudover kan der være usikkerhed om, i hvilket omfang forbedringer i sygdomsforebyggelse og behandling kan give erhvervsaktive borgere mulighed for at blive længere tid på arbejdsmarkedet.

5.2. Udviklingen i sygdomsbilledet

Den demografiske udvikling har de seneste årtier betydet, at antallet af borgere, der lever med mindst én kronisk sygdom – også kaldet multisygdom, er steget, og må forventes at fortsætte med at stige som følge af den fortsatte aldring og befolkningstilvækst frem mod 2045.

Af Figur 35 fremgår det, at andelen af befolkningen, der lever med en eller flere kroniske lidelser, stiger i takt med alderen. For personer i aldersgruppen 65-69 år lever cirka 40 procent med mere end én kronisk sygdom. Særligt for personer over 80 år lever en stor andel (70 procent) med mere end én kronisk sygdom.

Figur 35. Andel af kroniske lidelser fordelt på aldersgrupper



Kilde: Schiøtz ML et al (2017). Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study. BMC Public Health, 17 (1), 422.

I og med, at den demografiske udvikling tegner et billede af en fremtid med flere ældre må det forventes, at andelen af patienter med multisygdom også vil stige i fremtiden. Det vil ligesom den demografiske udvikling gøre sundhedsindsatserne mere komplekse, og det vil ændre karakteren af patientkontakter og behandlingsbehov blandt andet med mere fokus på stabilisering af funktionsevne og kronisk sygdomstilstand. Det kan medføre en – måske væsentlig – stigning i behovet for sundhedsydelser.

Som for den demografiske udvikling kan der være usikkerheder forbundet med den forventede stigning i andelen af personer med multisygdom og i hvor høj grad, det påvirker behovet for sundhedsydelser og læger. Usikkerhederne kan på samme måde som for den demografiske udvikling blandt andet relatere sig til forbedringer i sygdomsforebyggelse og de multisyge personers evne til at understøtte egen sundhed og opretholdelse af funktionsevne.

5.3. Fremtidens sundhedsudgifter

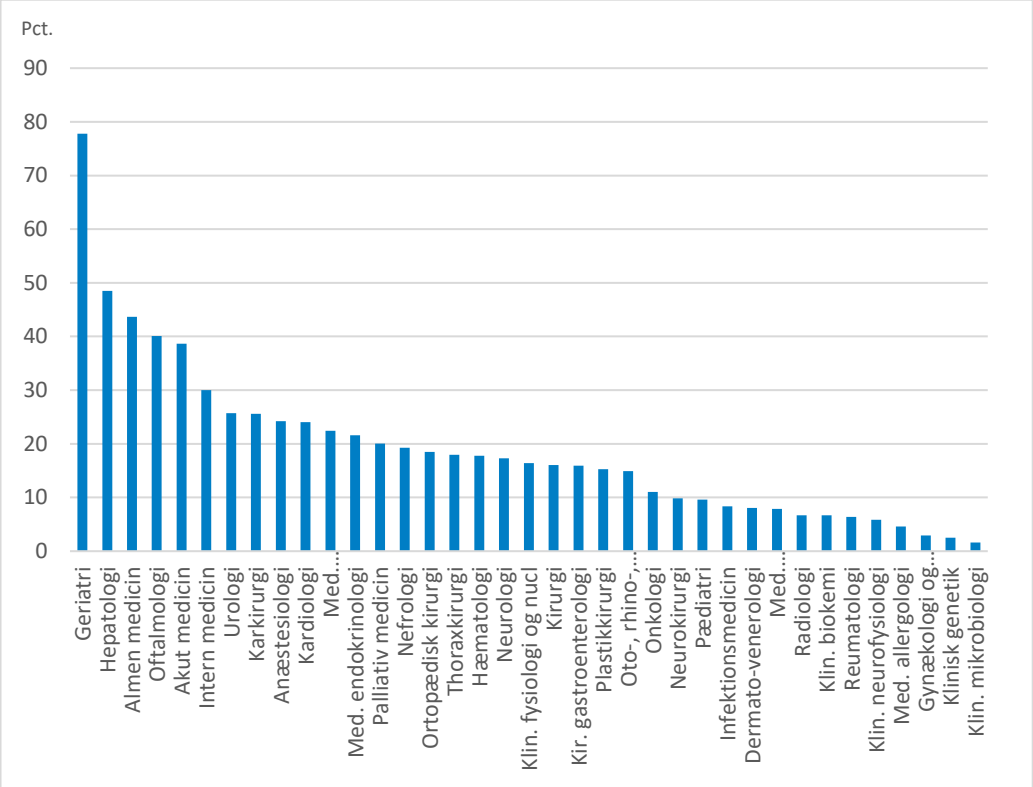
En voksende befolkning med flere ældre og flere multisyge personer må forventes at påvirke behovet for sundhedsydelser på sundheds- og ældreområdet. Figur 36 viser en fremskrivning af udviklingen i sundhedsudgifter per speciale frem mod 2045. Fremskrivningen forventer samlet set en stigning i sundhedsudgifterne frem mod 2045 på 18,6 procent.

Størst er stigningen for specialerne geriatri, hepatologi, almen medicin og oftalmologi. Mindst er stigningen i specialerne klinisk mikrobiologi og klinisk genetik. Særligt viser fremskrivningen af sundhedsudgifterne inden for specialet geriatri en markant stigning på

77 procent i 2045 sammenlignet med 2019. Stigningen i udgifterne inden for geriatrien kan hænge sammen med den voksende andel af ældre borgere i befolkningen. Størstedelen af de geriatriske patienter er over 70 år har flere samtidige sygdomme, er påvirket af aldersforandringer og har ofte nedsat funktionsevne. Det kan bemærkes, at udgifterne i geriatrien udgør en relativ lille andel af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet. Geriatrien udgør derfor også en mindre andel (ca. 1 pct.) af den samlede forventede stigning i sundhedsudgifterne sammenlignet med eksempelvis ortopædisk kirurgi, som udgør ca. 12 pct. af den forventede stigning i sundhedsudgifterne i det sekundære sundhedsvæsen.

Fremskrivningen baserer sig udelukkende på den demografiske udvikling og tager blandt andet ikke højde for udviklingen i behandlingseffektivitet, ændringer i opgavevaretagelse på tværs af specialer, teknologiudvikling mm. Fremskrivning er således en alt andet lige betragtning. Nyopståede sygdomme som eksempelvis covid-19, kan også påvirke sundhedsudgifterne.

Figur 36. Fremskrevet udvikling i sundhedsudgifter per speciale, 2019-2045 (pct.)



Note: Fremskrivningerne er grupperet efter lægelige specialer og andre grupper registreret i DRG-systemet. I fremskrivningen indgår beregnet udgiftsniveau (DRG-værdi) som et treårigt gennemsnit pr. person i 2016-2018 sammenholdt med den forventede demografiske udvikling. Kategorier uden specialeangivelse indgår ikke i grafen. For specialer med en forventet udvikling i udgifter på mindre end 1 pct. indgår ikke i tabellen. Det gælder for specialerne samfundsmedicin og arbejdsmedicin. Udgifter til psykiatrien registreres ikke i DRG, og er derfor ikke med i grafen.

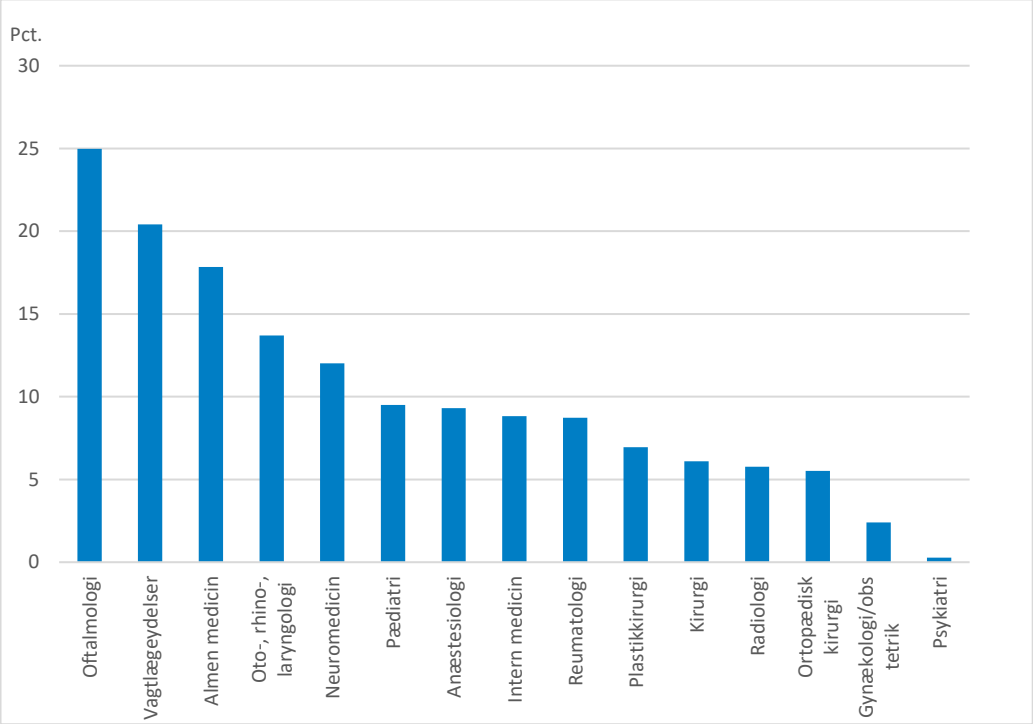
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 37 viser den forventede udvikling i sundhedsudgifterne i almen- og speciallægepraksis frem mod 2045. Der forventes en stigning i sundhedsudgifterne for alle typer speciallægepraksis samt for almen praksis. Størst er stigningen for områderne oftalmologi (øjenlæge), vagtlægeydelser og almen medicin. Stigningen er mindst for ortopædisk kirurgi og gynækologi og obstetrik.

Fremskrivningen baserer sig udelukkende på den demografiske udvikling og tager blandt andet ikke højde for udviklingen i behandlingseffektivitet, teknologiudvikling mv. Det vil sige, at fremskrivningen er baseret på en status quo-betragtning.

Den demografiske udvikling forventes i varierende grad at påvirke stigningerne i sundhedsudgifter inden for forskellige specialer. Eksempelvis forventes udgifterne inden for specialet psykiatri ikke at stige i samme grad som andre specialer. Det skyldes, at antallet af personer i de aldersgrupper (20-30 årige og 50-60 årige), der var drivende for udgifterne i 2019, forventes at falde frem mod 2040. Omvendt forventes antallet af borgere over 70 år at stige betydeligt, men da denne gruppe af borgere i 2019 stod for en relativ lille del af udgifterne i psykiatrien, forventes det ikke at have en særlig påvirkning på sundhedsudgifterne i psykiatrien i 2040, hvis status quo i øvrigt fastholdes.

Figur 37. Fremskrevet udvikling i sundhedsudgifter i almen- og speciallægepraksis, 2019-2045 (pct.)



Note: I fremskrivningen indgår beregnet udgiftsniveau (bruttohonorar fra sygesikringsregistret) som et treårigt gennemsnit pr. person i 2016-2018 sammenholdt med den forventede demografiske udvikling.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsudgifterne forventes således generelt at stige i det primære såvel som det sekundære sundhedsvæsen, hvilket indikerer at der kan blive behov for flere læger i sundhedsvæsen i fremtiden.

Den forventede stigning i sundhedsudgifter er desuden belyst i en rapport fra Det nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE)[6], som blandt andet forsøger at belyse hvordan sund/usund aldring og den samfundsøkonomiske udvikling kan påvirke fremtidens sundhedsudgifter.

Sundhedsudgifterne afhænger ikke alene af befolkningssammensætningen og -størrelsen men også af prioriteringerne, effektiviteten, medarbejdersammensætningen og jobfunktionerne.

5.4. Strukturelle rammers betydning for fremtidens behov for sundhedsydelser

I en rapport udgivet af Samfunnsøkonomisk Analyse for Helsedirektoratet i Norge i 2018[7] er beskrevet forskellige scenarier for den mulige udvikling af behovet for sundhedsydelser og sundhedspersonale frem mod 2040. I rapporten er fremskrivninger af blandt andet demografiske og økonomiske faktorer koblet med to usikkerhedsfaktorer, der vurderes af særlig betydning for udviklingen:

1. I hvor høj grad sundheds- og omsorgssektoren vil gøre brug af arbejdsbesparende og velfærdsfremmende teknologiske løsninger

2. I hvor høj grad den offentlige sektor vil prioritere sundheds- og omsorgssektoren

På baggrund af ovenstående identificeres fire scenarier, der repræsenterer fire forskellige overordnede muligheder for udviklingen i den politiske rammesætning af sundhedsvæsenet (Figur 38).

[6] Iversen og Kjellberg (2018). Flere ældre og nye behandlinger. Hvad kommer det til at koste? – Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver. VIVE (link).
[7] Helse-Norge 2040 – hvordan vil framtiden bli? Samfunnsøkonomisk Analyse AS (2018) (link).

Figur 38. Fire scenarier for udviklingen i den norske sundheds- og omsorgssektor

Kilde: Samfunnsøkonomisk Analyse (2018)

I en rapport fra Instituttet for Fremtidsforskning fra 2017[8] er ligeledes anvendt en scenariebaseret tilgang, hvor den mulige udvikling i sundhedsvæsenet frem mod 2030 er beskrevet ud fra to usikkerhedsmomenter - graden af innovation i sundhedsvæsenet og graden af offentlig involvering i sundhedsvæsenet. Konklusion med beskrivelse af fire scenarier minder om beskrivelsen af de fire scenarier i rapporten fra Helsedirektoratet, selvom der ikke er fuldstændig kongruens mellem de beskrevne scenarier.

I rapporten fra Fremtidsforsknings Instituttet identificeres fire scenarier, der repræsenterer fire forskellige overordnede muligheder for udviklingen i den politiske rammesætning af det danske sundhedsvæsen:

1) ”Tryghed i fællesskabet”: nationalt fokus på at skabe et sikkert og trygt dansk, offentligt sundhedssystem

2) ”Sund vækst – nationens stolthed”: national investering i at gøre Danmark til et teknologisk foregangsland inden for sundhedsområdet, med den offentlige sektor som omdrejningspunkt

[8] Fremtiden for det danske sundhedssystem (2030). Instituttet for Fremtidsforskning (2017). https://innovationsfonden.dk/sites/default/files/2018-07/fremtiden-for-det-danske-sundhedssyste.pdf

3) ”Det frie sundhedsmarked”: mange muligheder tilbydes, og det bliver mindre vigtigt om sundhedstilbud er udenlandske eller danske, offentlige eller private

4) ”Mit netværk – min sundhed”: borgerne vælger selv at imødegå udviklingen, herunder definere sundhedsbegrebet i egne netværk.

I rapporten fra Helsedirektoratet relateres de fire scenarier til behovet for læger. Behovet for læger vil være størst i scenariet ”Tryghed fremfor alt”, efterfulgt af ”Konkurrencedygtig velfærd”, ”Livsstil på eget ansvar” og ”Effektivitetssamfundet”. Det ligger uden for rammerne af Lægeprognosen at vurdere om de samme forhold vil gøre sig gældende i en dansk sammenhæng. Her skal blot konstateres, at de kommende års beslutninger og prioriteringer - både faglige og politiske - vil få betydning for behovet og udviklingen i antallet af læger frem mod 2040.

6. Modelbeskrivelse

Lægeprognosen er en såkaldt mikrosimulationsmodel, der simulerer alle autoriserede lægers fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet, tilbagetrækning og uddannelse til speciallæge. Ud over de omkring 27.000 autoriserede læger, der findes i startåret 2019, tilgår i hvert af prognoseårene nye læger, der opnår lægefaglig autorisation. I hvert af prognoseårene er der samtidigt læger, der forlader arbejdsstyrken (pension, orlov, død jf. afsnit 6.1 og Figur 39).

Mikrosimulationsmetoden indebærer, at der for hvert prognoseår er en vis sandsynlighed for, at en læge overgår fra én status på arbejdsmarkedet til en anden, fx fra at være i arbejde til at gå på pension. På samme måde er der en vis sandsynlighed for, at en læge uden speciale påbegynder et hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Sandsynligheden for at overgå til en ny status i forhold til arbejdsmarkedet er beregnet ud fra køns- og aldersspecifikke data om læger og speciallæger fra 2015-2019.

Mikrosimulationen gentages flere gange for at opnå et resultat, som er mindre påvirket af enkelte udsving. For små grupper er én simulation behæftet med større risiko for udsving end gennemsnittet af flere gentagne simulationer.

Lægeprognosen indeholder scenarier for udvikling i antallet af læger og speciallæger. Der udarbejdes dels et grundscenarie af udvikling i udbuddet af læger og et hovedscenarie, som udgør prognosens hovedfremskrivning af udvikling i udbuddet af speciallæger. Herudover udarbejdes scenarier, hvor der eksempelvis er ændret i antagelser om antallet af nyuddannede kandidater. Scenarierne er udarbejdet for at belyse, hvilken betydning ændringer af antagelser kan have for det forventede udbud af læger og speciallæger.

Scenarierne er beskrevet yderligere i afsnit 6.6.

For antal læger er udfærdiget følgende scenarier:

1. Grundscenariet, som baseres på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen
2. Scenarie 2[9], der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 200 pr. år
3. Scenarie 3[9], der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 200 pr. år

For antal speciallæger er udfærdiget for grundscenariet følgende scenarier:

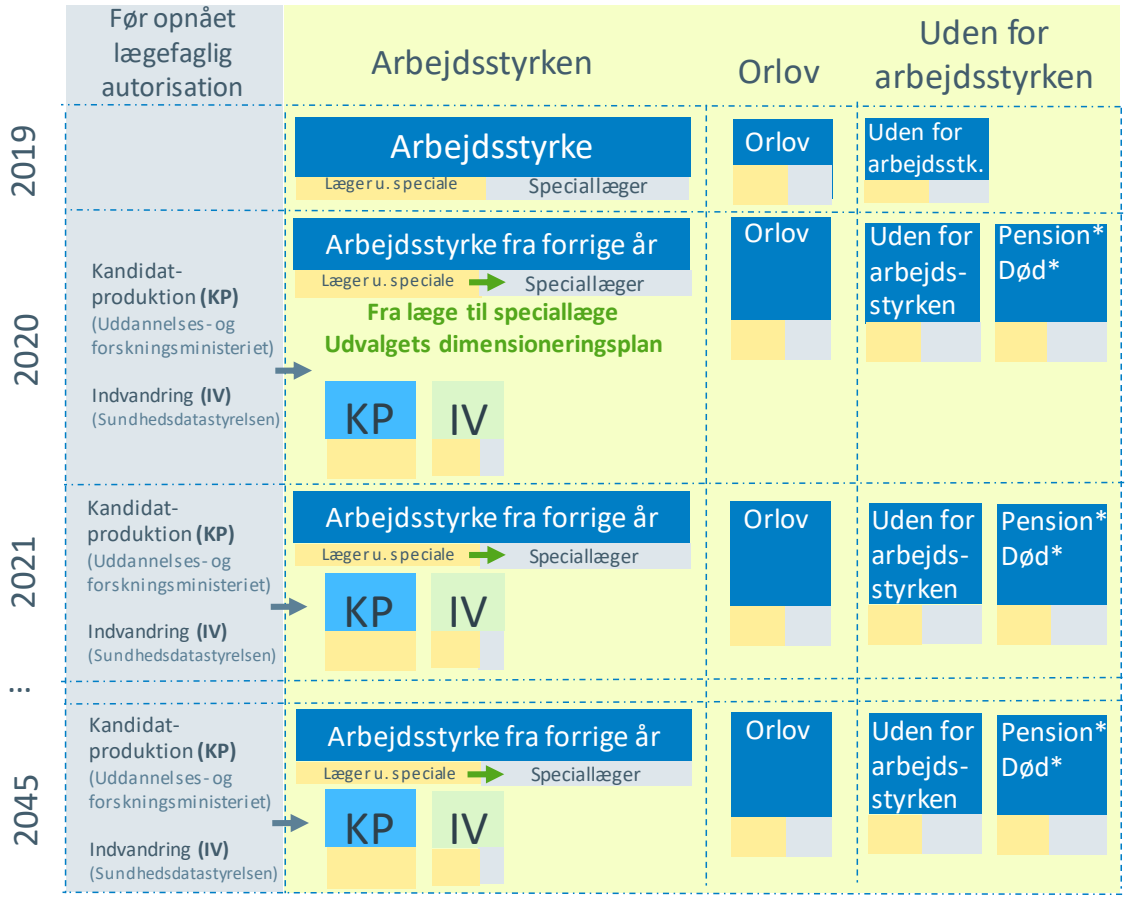
A. Hovedscenariet, baseres på en beregning af antallet af besatte forløb ud fra foregående års tendenser (2019-2020) (jf. Oversigt A – Bilag 4)
B. Scenarie B, hvor antallet af besatte HU-forløb sættes lig det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2018-2020 (jf. Oversigt B – Bilag 5)

[9] For scenarie 2 og 3 udfærdiges følgende scenarie: hovedscenariet, baseres på en beregning af antallet af besatte forløb udfra foregående års tendenser (2019-2020) (jf. oversigt A).

C. Scenarie C, hvor samtlige HU-forløb i dimensioneringsplanen besættes (jf. Oversigt C – Bilag 6)
D. Scenarie D, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 pct. højere end dimensioneringen, dog minimum ét forløb højere end dimensioneringen (Jf. Oversigt D- Bilag 7)
E. Scenarie E, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 pct. mindre end dimensioneringen, dog minimum ét forløb mindre end dimensioneringen (jf. Oversigt E – Bilag 8)

Figur 39 giver en oversigt over lægeprognosemodellen og de områder, der er indarbejdet i simuleringen. Populationen af autoriserede læger vises på den lysegrønne baggrund, med de kategorier lægerne kan bevæge sig imellem. Venstre søjle i figuren beskriver tilgangen af læger til populationen, og de grønne pile viser overgangen fra læge til speciallæge.

Figur 39. Oversigt over lægeprognosemodellen



*Note: Den lysegrønne baggrund viser populationen af autoriserede læger, mens den lysegrå viser tilgangen til lægepopulationen. I arbejdsstyrken inkluderes autoriserede læger, der i prognoseåret enten er nyuddannede eller indvandret. De lysegrå og lysegule bokse under kategorierne angiver andelen af læger med og uden speciale. * Læger i kategorierne pension og død kan ikke længere skifte kategori, hvorimod personer i og uden for arbejdsstyrken samt på orlov kan skifte kategori.*

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

I de følgende afsnit beskrives følgende dele af lægeprognosemodellen:

- Modelinput
  - Udgangspopulation
  - Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus
  - Pension
- Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelse)
- Tilgang af nye læger
- Arbejdstid
- Test af lægeprognosemodellen
- Scenarier

6.1. Modelinput

Det primære datagrundlag for lægeprognosen er Sundhedsdatastyrelsens Bevægelsesregister (BVR), hvor oplysninger om lægers autorisation fra Sundhedsdatastyrelsens Statistiske Autorisationsregister (AUT) er sammenkædet med blandt andet uddannelses- og arbejdsmarkedsoplysninger fra Danmarks Statistik. Prognosen baserer sig på den seneste version af BVR, der er opdateret i 2021 og indeholder data til og med 2019. Opgørelsen er opgjort med status i november i årene.

Data fra 2015-2019 benyttes til at bestemme sandsynligheden for at overgå fra én status på arbejdsmarkedet til en anden, fx at gå fra at være læge uden speciale til speciallæge eller fra arbejde til pension. Ud over disse input bygger modellen også på Uddannelses- og Forskningsministeriets prognose for antallet af nye kandidater fra medicinuddannelsen og opgørelser af kandidatalder fra videreuddannelsesregionerne.

Kilderne til datagrundlaget anvendt i lægeprognosemodellen:

- Sociodemografiske data fra Danmarks Statistik
  - Køn og alder
  - Arbejdsmarkedstilknytning (fx orlov, pension)
- Lægefaglige autorisation og speciallægeanerkendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed
- Sandsynlighed for død fra CPR-registret
- Prognose for kandidatproduktionen fra Uddannelses- og Forskningsministeriet
- Dimensionering af speciallægeuddannelsen fra Sundhedsstyrelsen
- Kandidatalder og antal besatte HU-forløb fra de tre videreuddannelsesregioner

6.1.1. Udgangspopulation

Udgangspopulationen omfatter autoriserede læger i 2019 under 75 år. Læger på pension er ikke en del af udgangspopulationen. Grænsen på de 75 år er valgt, da lægers tilladelse til selvstændigt virke bortfalder, når lægen fylder 75 år.

Udgangspopulationen omfatter 25.529 autoriserede læger i arbejdsstyrken (beskæftigede (25.406) og ledige læger (123)) og 1.428 læger på orlov i alt 26.960 læger. Derudover omfatter udgangspopulationen 392 læger uden for arbejdsstyrken, som hverken er

på pension eller orlov. Læger på orlov og øvrige læger uden for arbejdsstyrken inkluderes i udgangspopulationen, da der er en vis sandsynlighed for, at de vender tilbage til arbejdsstyrken.

6.1.2. Håndtering af specialer

Er samme læge registreret med flere specialer i BVR, benyttes det senest erhvervede speciale, dog således at erhvervet grenspeciale har forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi i 1996-uddannelsesordning.

Tidligere specialer er registreret på følgende måde:

- medicinsk allergologi under intern medicin: lungesygdomme,
- medicinsk hepatologi under intern medicin: gastroenterologi og hepatologi,
- kirurgisk gastroenterologi under kirurgi,
- klinisk neurofysiologi under neurologi,
- diagnostisk radiologi under radiologi og
- terapeutisk radiologi under klinisk onkologi.

Øvrige specialer på tværs af ordninger og navngivninger er medtaget under sidste godkendte specialenavn. Fx nuværende speciale klinisk biokemi indeholder tidligere speciale på tværs af ordninger og navngivning; det vil sige, at der også indgår personer i BVR 2019 med en specialedato i 1993 eller før, hvor specialet blev betegnet klinisk kemi.

Fremgangsmåden betyder, at fremskrivningerne af de enkelte specialer passer til specialestrukturen i 2019. Fremskrivningerne omfatter således de samme specialer som i de tidligere lægeprognoser plus akutmedicin.

6.1.3. Simulation af lægernes arbejdsmarkedsstatus

I lægeprognosemodellen opdeles alle autoriserede læger i fire kategorier, der angiver deres tilknytning til arbejdsmarkedet i henhold til Danmarks Statistiks variable for socioøkonomisk status[10] og orlov fra beskæftigelse[11].

6.1.3.1. Fire kategorier af arbejdsmarkedsstatus

Alle læger i modellen opdeles i følgende fire kategorier i forhold til arbejdsmarkedsstatus:

- I arbejdsstyrken eksklusiv orlov (ARB), som omfatter læger i arbejde og ledige der står til rådighed for arbejdsmarkedet.
- Orlov (ORL), som omfatter læger på børnepasningsorlov, fravær på grund af sygdom og fravær på grund af barsel.
- Pension (PEN), som opfatter læger på pension; men ikke førtidspensionerede.
- Øvrige uden for arbejdsstyrken (UAR), som omfatter læger, der *ikke* står til rådighed for arbejdsmarkedet, heriblandt førtidspensionerede og udrejste. Gruppen indeholder *ikke* læger på pension og orlov.

[10] https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/moduldata-for-arbejdsmarked/soc-status-kode

[11] https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/moduldata-for-arbejdsmarked/fravaer-besk-kode

Det er indarbejdet i modellen, at læger, der er fyldt 75 år automatisk overgår til pension uafhængig af deres tilknytning til arbejdsmarkedet, jf. 6.1.3.2. for yderligere information.

Ud over lægernes tilknytning til arbejdsmarkedet opdeles lægerne også efter uddannelsesstatus (se afsnit 6.2.6: Overgang fra læge til speciallæge) og i hvert prognoseår er der desuden indarbejdet en risiko for at afgå ved døden.

For at modellere bevægelserne på arbejdsmarkedet er det nødvendigt at kende sandsynlighederne for at gå fra én status til en anden. I modellen anvendes information om, hvad sandsynligheden er, for at en læge i et givent år fx går fra at være i arbejde til i det efterfølgende år at være på orlov. Sådan en sandsynlighed kaldes en overgangssandsynlighed (se Faktaboks 1 i Bilag 16). Overgangen mellem arbejdsmarkedstilknytninger (de fire kategorier) i lægeprognosemodellen afhænger af alder, køn og om lægen har en speciallægeanerkendelse eller ej.

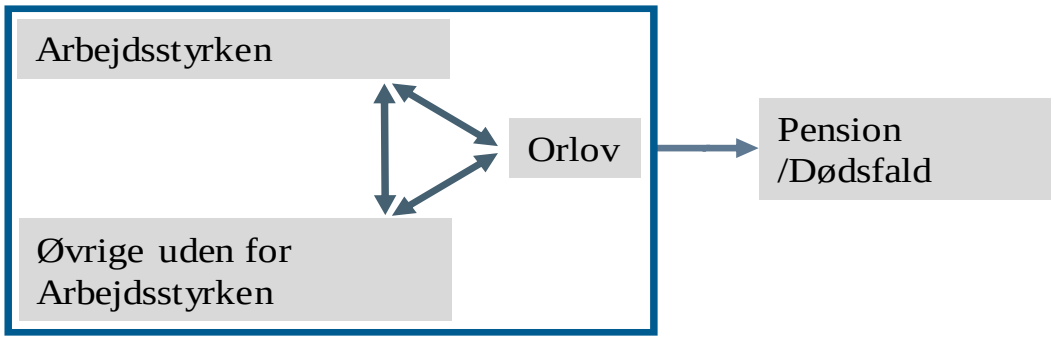
I Bilag 17 vises et eksempel på estimerede overgangssandsynligheder fordelt på alder for en kvindelig læge i arbejdsstyrken. Af figuren fremgår det, at der for en 29-årig kvindelig speciallæge er 19 pct. sandsynlighed for at gå fra arbejdsstyrken til orlov og omkring 79 pct. sandsynlighed for at forblive i arbejdsstyrken. De resterende 2 pct. er sandsynligheden for pensionering eller udtrædelse af arbejdsstyrken. For en 70-årig kvindelig speciallæge i arbejde er der 25 pct. sandsynlighed for at gå på pension. Overgangssandsynlighederne afhænger af køn og alder, samt om hvorvidt lægen er speciallæge. Overgangssandsynlighederne kan dermed være forskellige for en 35-årig kvindelig speciallæge og en 35-årig kvindelig læge uden speciallægeanerkendelse.

På baggrund af overgangssandsynlighederne modelleres bevægelserne på arbejdsmarkedet og de kan ses som et vejkort prognosen følger.

For at gå fra overgangssandsynlighed til udfald og realisere overgangene, foretages tilfældige træk fra en uniform fordeling (se Faktaboks 2 i Bilag 18).

I Figur 40 illustreres de tilknytninger, lægen kan have til arbejdsmarkedet og hvilke tilknytninger, de kan bevæge sig mellem. Overgår lægen til pension eller død kan vedkommende ikke indgå i arbejdsstyrken igen.

Figur 40. Bevægelser i prognosemodellen, bevægelse på arbejdsmarkedet



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

I Faktaboks 3 i Bilag 19 gennemgås et eksempel på et simuleret forløb, hvor overgangssandsynlighederne og de tilfældige træk benyttes til at simulere et forløb for én læge.

6.1.3.2. Pension

Det er i lægeprognosemodellen muligt at gå på pension af to årsager:

1. Læger under 75 år overgår til pension via udregnet overgangssandsynligheder, jf. beskrivelsen i foregående afsnit 6.1.3.1.
2. Læger der fylder 75 år skifter arbejdsmarkedsstatus til pension uafhængig af deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Grænsen på de 75 år er valgt, da lægers tilladelse til selvstændigt virke bortfalder, når lægen fylder 75 år.

Langt de fleste læger i modellen går på pension inden de fylder 75 år som følge af den fastlagte mikrosimulation. Personer i og uden for arbejdsstyrken samt på orlov kan skifte kategori, mens læger i kategorierne pension og død ikke længere kan skifte kategori, jf. Figur 39.

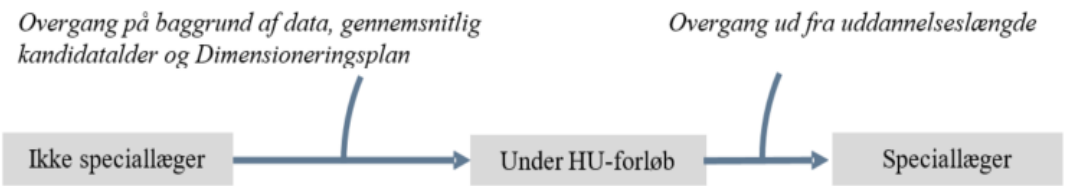
6.2. Overgang fra læge til speciallæge (tilgang til hoveduddannelsen)

En væsentlig del af lægeprognosen er fremskrivninger af antallet af speciallæger inden for hvert speciale. I modellen udvælges ud fra lægernes alder og fiktive kandidatalder hvert prognoseår et antal læger svarende til dimensioneringen til at påbegynde et HU-forløb (jf. nedenfor). For eksempel udvælges der i startåret 2019 en gruppe af læger fra udgangspopulationen, der hverken har en speciallægeuddannelse eller er i gang med et HU-forløb i speciallægeuddannelsen. Den fiktive kandidatalderen angiver, hvor mange år det er siden, lægen fik autorisation som læge (se beskrivelsen i afsnit 6.2.2) .

6.2.1. Stadier i overgangen mod speciallægeanerkendelsen

Figur 41 illustrerer de tre stadier lægerne i modellen kan befinde sig i ved overgang fra læge til speciallæge.

Figur 41. Stadier i overgangen fra læge til speciallæge



Kilde: Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen

6.2.2. Kandidatalder og den fiktive kandidatalder

Kandidatalderen angiver tiden mellem opnået autorisation og påbegyndelse af hoveduddannelsen og den ”fiktive kandidatalder” er baseret på dato for lægefaglig autorisation og dato for speciallægeuddannelsen fratrukket den normerede hoveduddannelsestid for det enkelte speciale. Modellen skal estimere, ved hvilken kandidatalder autoriserede læger

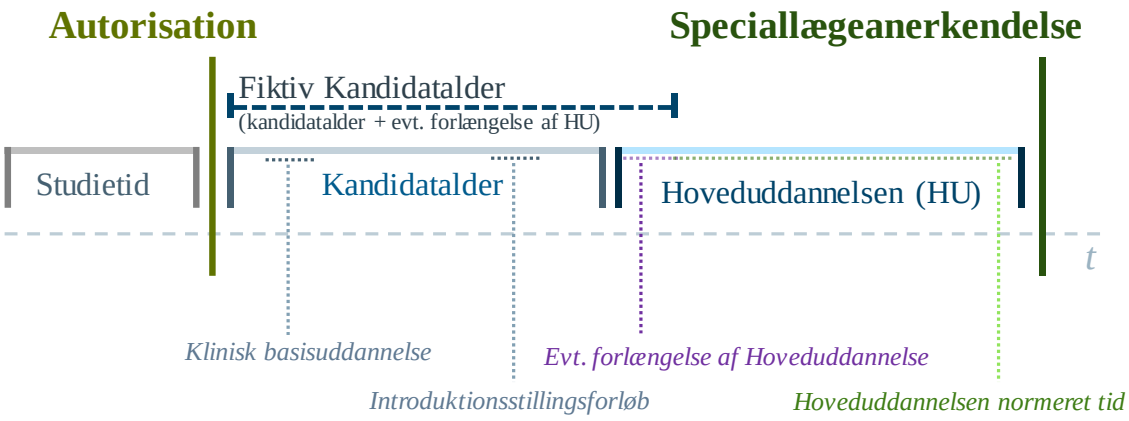
typisk begynder deres hoveduddannelsesforløb. Den fiktive kandidatalder benyttes i modellen, da der ikke findes tilgængelige data for den enkelte læges starttidspunkt i hoveduddannelsen i de centrale registre.

For hver læge observeres følgende tre datapunkter i overgangen fra autoriseret læge til speciallæge:

- Autorisationsår
- År for opnåelse af speciallægeanerkendelse
- Speciale

Figur 42 illustrerer et uddannelsesforløb for en læge fra autorisation til speciallægeanerkendelse. I figuren er både den faktiske kandidatalder og den fiktiv kandidatalder illustreret. Den fiktive kandidatalder findes ved at trække den normerede uddannelsestid fra tidspunktet for speciallægeanerkendelsen. For de læger, der forlænger hoveduddannelsen, vil den fiktive kandidatalder ved hoveduddannelsesstart således også inkludere tiden HU-forløbet er forlænget med.

Figur 42. Overgangen fra læge til speciallæge, kandidatalder og fiktiv kandidatalder



Kilde: Sundhedsstyrelsen

En sammenligning af den fiktive kandidatalder og den indberettede kandidatalder i 2021 for dansk uddannede læger fremgår af Bilag 20. Det fremgår af bilaget, at den fiktive kandidatalder er større end den indberettede for de fleste specialer, hvilket er forventeligt, da den fiktive kandidatalder også inkluderer tiden ud over normeret tid i hoveduddannelsen. For følgende specialer (tid angivet i parentes) er den indberettede kandidatalder i 2021 mindre ende den beregnede fiktive kandidatalder: klinisk farmakologi (1,2 år), neurokirurgi (0,4 år), retsmedicin (3,2 år), samfundsmedicin (1,1 år) og thoraxkirurgi (0,4 år). Årsagen hertil kan skyldes, at den fiktive kandidatalder er et gennemsnit for de enkelte specialer beregnet på data fra Bevægelsesregistret i perioden 2008-2019 og desuden, at læger i nogle HU-forløb har haft et meritgivende uddannelsesforløb, således at gennemført HU-tid har været kortere end normeret tid. Brugen af den fiktive kandidatalder har ingen betydning for tidspunktet for lægens opnåelse af speciallægeanerkendelsen.

6.2.3. Læger i hoveduddannelsesforløb i startåret

Der foreligger ikke tilgængelige data i de centrale registre om, hvilke læger der er i gang med et hoveduddannelsesforløb ved startåret 2019 men udelukkende persondata om, hvorvidt lægerne er speciallæger eller ej. I prognosemodellen indplaceres læger uden speciale i et HU-forløb fra 2015 og frem, hvilket skal sikre, at læger der allerede er i hovedforløbet ikke udvælges til HU-forløb igen i prognoseårene 2020-2045.

Lægerne, der udtrækkes og indplaceres på specialer fra 2015 til 2019, findes efter samme princip som i prognoseårene. Se afsnit 6.2.4 og 6.2.5. Det antages, at gennemførselstiden for alle HU-forløb er den normerede tid (Tabel 25).

Fra 2015 til 2019 udvælges læger til speciallægeuddannelser, der er normeret til fem år.

Fra 2016 til 2019 udvælges læger til speciallægeuddannelser, der er normeret til fire eller fire og et halvt år. Lægerne er valgt til speciallægeuddannelser, så de er færdige i 2020 eller senere, men startet i 2019 eller før. Antallet af HU-forløb på hvert speciale følger det realiserede optag.

6.2.4. Udvælgelsen til hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen

I første trin, og inden lægerne bliver tilknyttet et specifikt speciale, udvælges et antal læger svarende til dimensioneringen. Lægerne udvælges efter den fordeling, der er præsenteret i Tabel 25. Fordelingen kan ses som en fordelingsnøgle til udvælgesen og indeholder også fire udvælgelseskriterier. Lægen skal være mellem 26 og 55 år gammel, der tidligere har vist at der er ikke nogen læger, der starter på en speciallægeuddannelsen efter det fyldte 55 år, eller læger yngre end 26 år. Kandidatalder er valgt mellem 2 og 20 år ved start på HU-forløb, da læger først er kvalificeret til at starte på hoveduddannelsesforløb efter 2 år (skal have gennemført KBU og Introduktionsforløb i specialet). Og under et procent starter hoveduddannelsesforløb efter 20 år fra 2015 til 2019. For at sikre, at der er observationer i alle alders- og kandidataldersgrupper er begge variabler inddelt i tre intervaller.

Lægen må desuden ikke have en speciallægeanerkendelse i forvejen eller i forvejen være udvalgt til hoveduddannelsesforløb i modellen. Fordeling er fastlagt ud fra lægernes alder og fiktiv kandidatalder ved start på hoveduddannelsesforløb fra 2015 til 2019.

Tabel 25. Fordeling af læger uden speciale ved start på HU-forløb efter aldersgruppe og fiktiv kandidatalder, 2015-2019

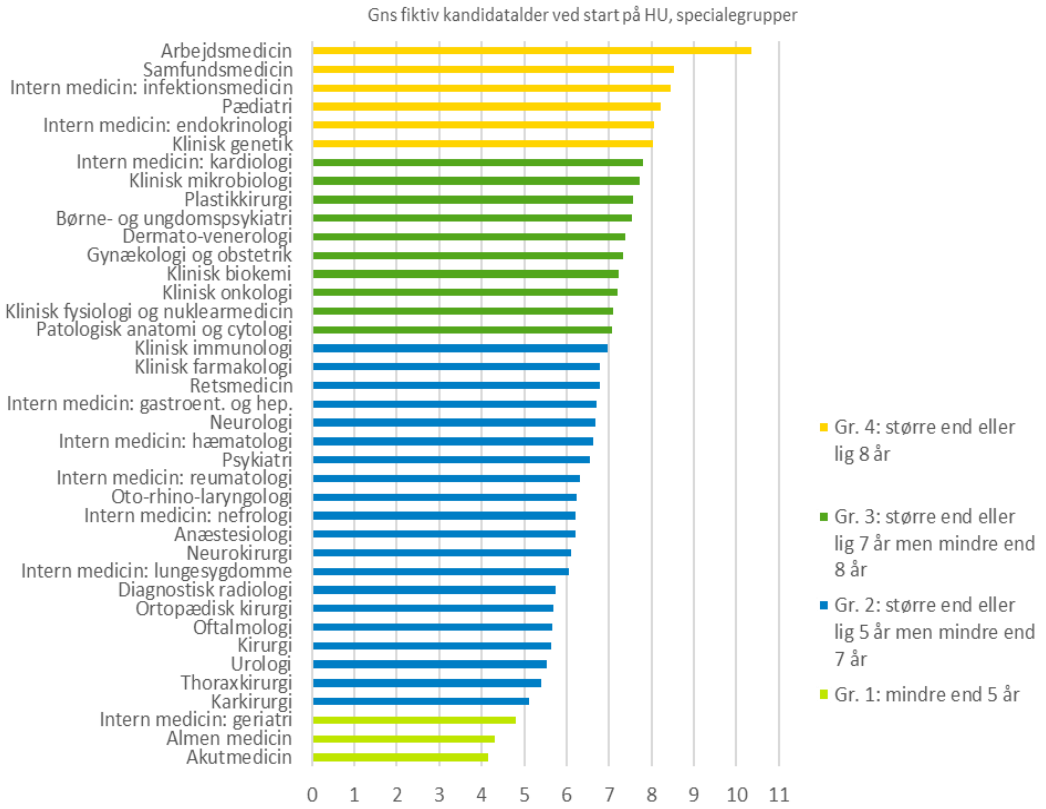
			Fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløb
Aldersgruppe	**2-4 år**	**5-9 år**	**10-20 år**
26 til 35 år	30,4 pct.	27,1 pct.	0,2 pct.
36 til 45 år	4,8 pct.	26,8 pct.	9,5 pct.
46 til 55 år	**0,3 pct.**	**0,2 pct.**	**0,8 pct.**

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

6.2.5. Indplacering på specialer

Efter lægerne er udvalgt til at starte på et HU-forløb, bliver de indplaceres på et specifikt speciale i modellen. Dette gøres ved at inddele alle specialerne i fire specialegrupper efter den gennemsnitlige fiktive kandidatalder, som specialets kandidater har ved start på specialeuddannelsesforløbet. Den gennemsnitlige fiktive kandidatalder og de fire specialegrupper er angivet i Figur 43. Det er baseret på data fra 2008-2019 for at få tilstrækkelig data, da nogle af specialerne er små.

Figur 43. Gennemsnitlig fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet inddelt i fire specialegrupper og pr. speciale



Kilde: Bevægelsesregisteret 2008-2019, Sundhedsdatastyrelsen

Efter specialerne er inddelt i de fire specialegrupper, estimeres fordelingen af den fiktive kandidatalder for de fire specialegrupper, specialerne er inddelt i. Fordelingerne ses i Bilag 21. Denne fordeling benyttes i tilknytningen af specialer til de læger, der er udvalgt til et HU-forløb, så både middelværdien og spredningen benyttes.

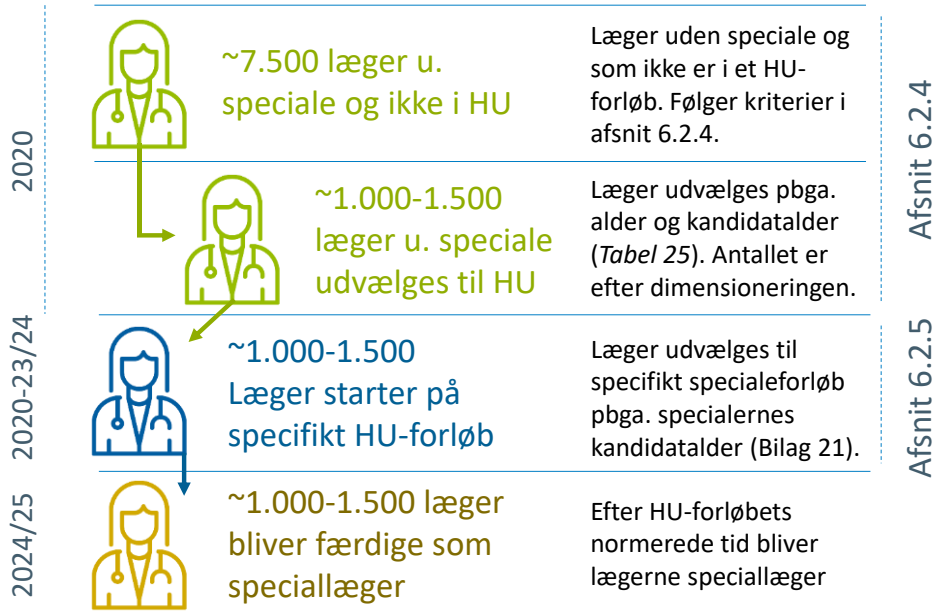
På denne måde vil størstedelen af læger med lav fiktiv kandidatalder blive tilknyttet et speciale, hvor lægerne historisk har en gennemsnitlig lav fiktiv kandidatalder. I enkelte tilfælde kan et speciale med en gennemsnitlig høj fiktiv kandidatalder knyttes til en læge med lav fiktiv kandidatalder. Dette afhænger af fordelingerne præsenteret i Figur 43. Grupperne er inddelt efter deres gennemsnitlige kandidatalder.

Specialerne er inddelt i grupper, så forskelle i lægernes kandidatalder ved start på HU-forløbet på tværs af specialer også afspejles i modellen. Inddelingen i fire grupper er valgt, så der er tilstrækkelig forløbsdata i dem alle.

6.2.6. Overgang fra læge til speciallæge

Figur 44 illustrerer overgangen fra læge til speciallæge, som den simuleres i lægeprognosemodellen. Lægerne udvælges til at påbegynde et givent speciale fra 2015 til 2019, se afsnit 6.2.3 og derefter i hvert af prognoseårene, jf. afsnit 6.2.4. Lægerne får tildelt det specifikke speciale som beskrevet i afsnit 6.2.5.

Figur 44. Illustration af overgang fra læge til speciallæge i 2020 (eksempel)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Note: er læger uden speciale. er læger i HU-forløb. er speciallæger.

6.2.7. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater

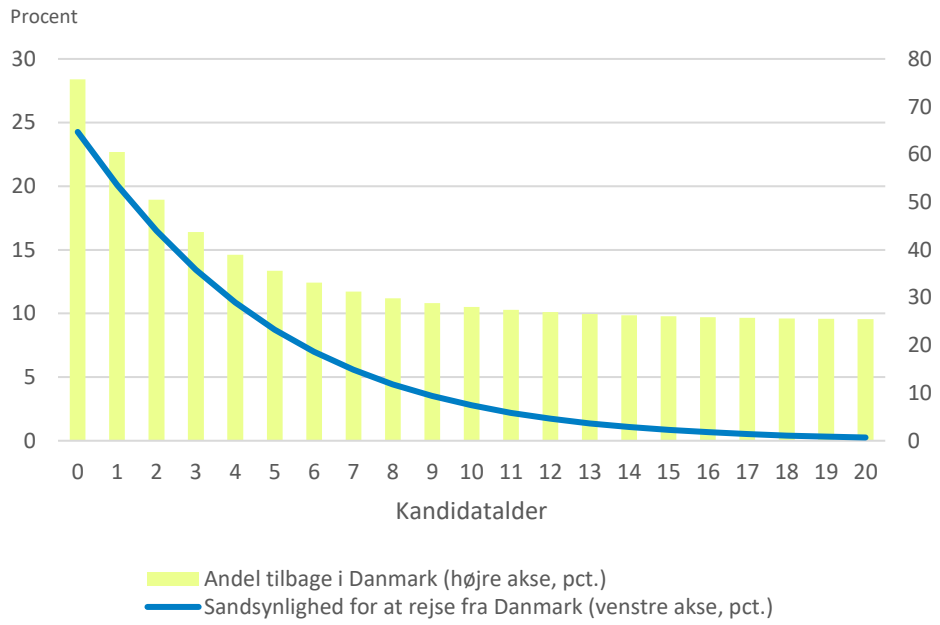
I 2019 dimitterende omkring 100 udenlandske studerende fra medicinstudiet i Danmark og mange af disse udrejste i årene efter. Der findes for de udenlandske kandidater en anden udrejseadfærd end der gør for læger med dansk statsborgerskab.

I lægeprognosemodellen indarbejdes en *øget* udrejsetilbøjelig for de udenlandske statsborgere uddannet i Danmark. Det er en udrejsesandsynlighed, der er ud over den udrejsesandsynlighed, der medtages i arbejdsmarkedsstatussen "*øvrige uden for arbejdsstyrken*". Den øgede udrejsesandsynlighed gælder ikke for speciallæger eller læger i gang med HU-forløbet.

Udrejsesandsynligheden findes ved en binomial logistisk regression for udenlandsk statsborgere uddannede i Danmark. Udrejsesandsynligheden er alene afhængig af og fal-

dende med kandidatalderen. Det fremgår af Figur 45, hvor stor en andel af de udenlandske læger, der er tilbage i Danmark, og sandsynligheden for at udrejste læger vender tilbage til Danmark.

Figur 45. Udrejsesandsynlighed for udenlandske kandidater, 2015-2019



Note: Udrejsesandsynlighed på baggrund af en binomial logistisk regression. Regression estimerede sandsynlighed for udrejse som forklarede variabel og kandidatalderen som forklarende variabel.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015-2019, Sundhedsdatastyrelsen

6.2.8. Vandring mellem specialer

Tidligere i 1996-uddannelsesordningen erhvervede mange læger sig mere end et speciale. Med de tidligere uddannelsesbestemmelser var det muligt at opnå såvel grundspeciale som et eller flere grenspecialer. Der kunne også være tale om erhvervelse af to eller flere grundspecialer. Særligt har mange læger med speciale i almen medicin efterfølgende erhvervet sig et andet speciale. Lægerne i prognosen er registeret under senest erhvervede speciale, og prognosen ser bort fra vandringer mellem specialer[12].

6.3. Tilgang af nye læger

Det er indtil nu beskrevet, hvordan læger bevæger sig på arbejdsmarkedet og hvordan de indplaceres på speciallægeuddannelserne. I dette afsnit beskrives det, hvordan nyuddannede læger og læger fra udlandet tilføjes til lægepopulation.

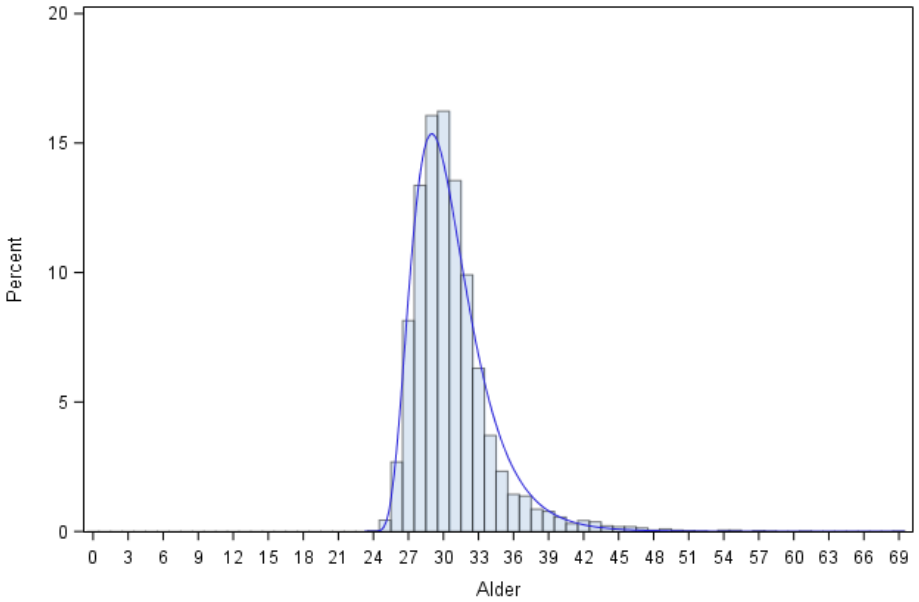
[12] Grenspeciale har dog forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi.

6.3.1. Tilgang af nyuddannede læger

Lægeprognosemodellen anvender input fra Uddannelses- og Forskningsministeriet, der estimerer den forventede kandidatproduktion i prognoseårene. I Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning findes også den forventede kønsfordeling, men den forventede alder for nyuddannede læger estimeres ud fra data fra 2015-2019. Uddannelses- og Forskningsministeriet antager, at 13 pct. af de nyuddannede læger er udenlandske statsborgere (Bilag 1). Denne antagelse benyttes også i prognosemodellen.

I Figur 46 ses fordelingen af alderen ved autorisationsåret i årene 2015-2019. Denne fordelingen benyttes, når alderen for de nyautoriserede læger, der tilføjes lægepopulationen, skal angives.

Figur 46. Aldersfordeling for nyautoriserede læger uddannet i Danmark, 2015-2019



Kilde: Bevægelsesregisteret 2015-2019, Sundhedsdatastyrelsen

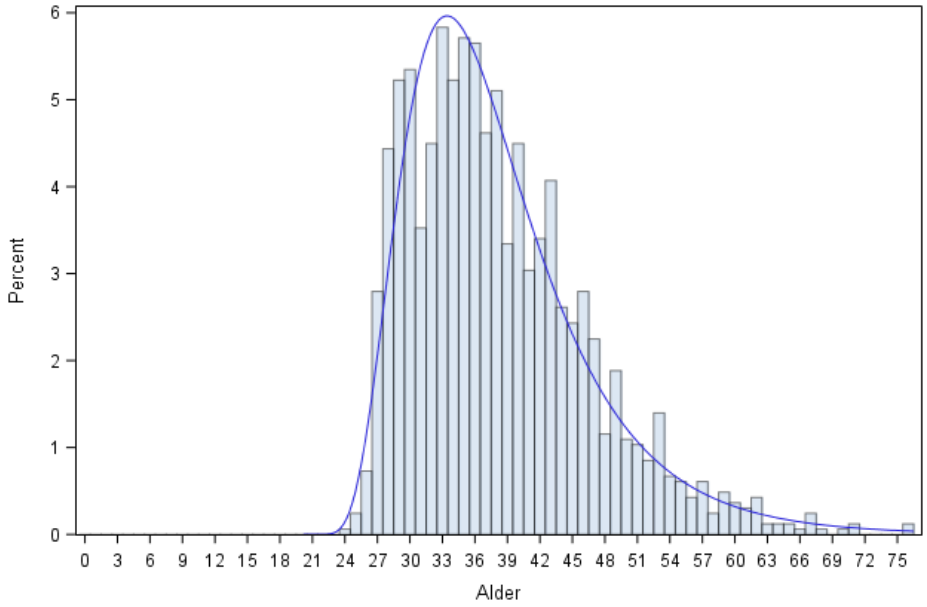
6.3.2. Tilgang af læger fra udlandet

Omkring 80-120 udenlandske statsborgere får hvert år tilkendt autorisation for en lægefaglig uddannelse, de har fået i udlandet. Derfor tilføjes der 100 nye læger til udgangspopulation hvert år i lægeprognosemodellen. Dette er både læger med og uden speciale. Omkring 60 pct. af alle de indvandrede læger fra 2008-2019 havde et speciale.

I modellen udvælges de udenlandske læger til et speciale på baggrund af fordelingen af specialer, som speciallæger, der kom til Danmark havde fra 2008-2019. Fx var omkring 8 pct., af de udenlandske speciallæger, speciallæger i almen medicin.

I Figur 47 findes og benyttes alderen på de nyautoriserede udenlandske læger, som den gør i afsnit 6.3.1. Kønsfordelingen fra 2008-2019 benyttes i simulationen.

Figur 47. Aldersfordeling for nyautoriserede udenlandske læger, 2008-2019



Kilde: Bevægelsesregisteret 2008-2019, Sundhedsdatastyrelsen

6.4. Arbejdstid

Den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er indarbejdet i lægeprognosemodellen for at finde antallet af fuldtidspersoner inden for hvert speciale.

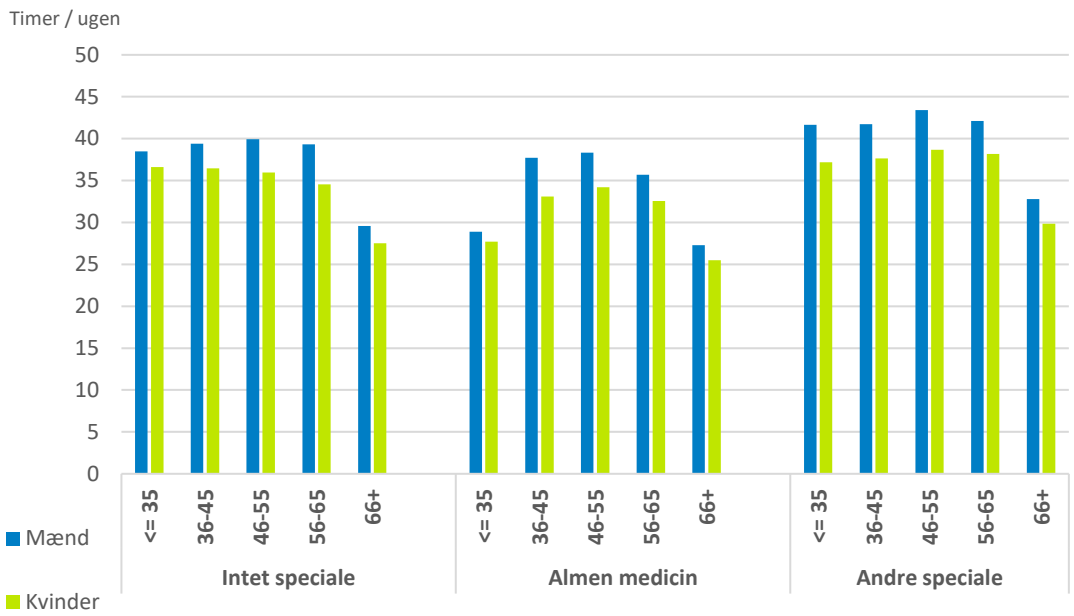
Den gennemsnitlige arbejdstid findes ved at tage udgangspunkt i Danmarks Statistiks 'tilstandsgrad for arbejdsmarkedstilstanden'[13], der for lønmodtagere er beregnet på baggrund af de betalte arbejdstimer. Der ses alene på den del af de autoriserede læger, der er lønmodtagere og sekundære ansættelser indgår også[14].

For at udregne antallet af fuldtidspersoner antages det, at arbejdstiden ikke ændrer sig over tid. Lægerne deles op i køn, alder og i specialegruppe (intet speciale, almen medicin og andre specialer) og den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid fremgår af Figur 48.

Opgørelsen af arbejdstid er en alt andet lige betragtning, hvor arbejdstiden pr. specialegruppe sættes fast, mens alders- og kønssammensætningen ændrer sig inden for hvert speciale.

[13] https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/moduldata-for-arbejdsmarked/tilstand-grad-amr
[14] https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/ida-databasen/ida-historik/sjob

Figur 48. Gennemsnitlige ugentlige arbejdstid fordelt på køn og specialegruppe, 2015-2019



Noter: Gennemsnitlige ugentlige arbejdstid for lønmodtagere er udregnet på baggrund af betalte timer, da timerne for selvstændige er imputerede. Der ses på summen af primære og sekundære ansættelser.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015-2019, Sundhedsdatastyrelsen.

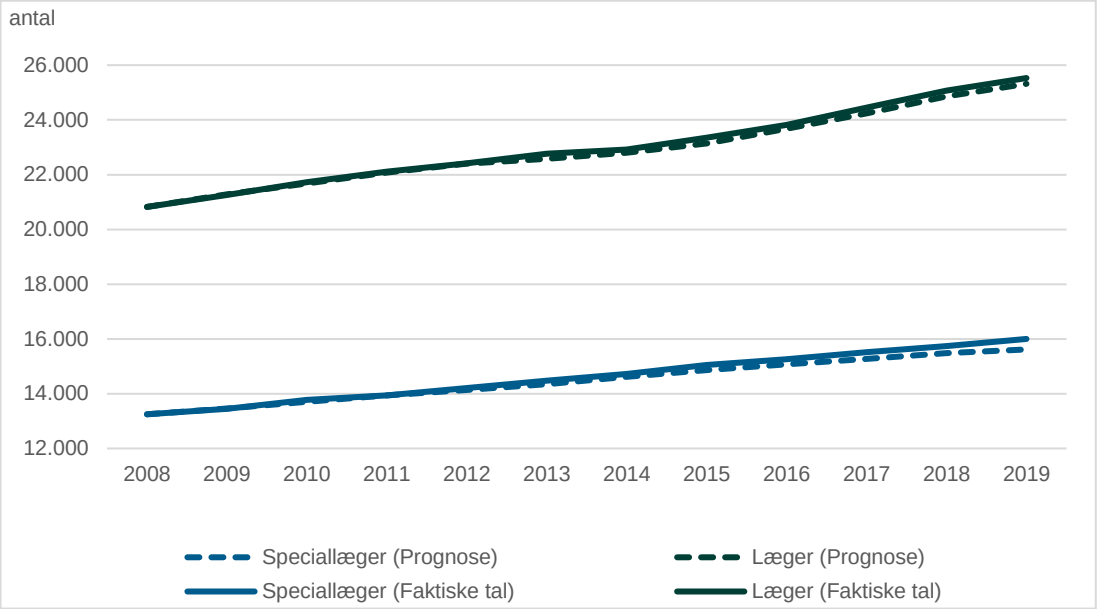
6.5. Test af lægeprognosemodellen

For at vurdere lægeprognosemodellens validitet og robusthed, er prognosen testet på data fra 2003 og til og med 2008, og ladet prognoseårene gå fra 2009 til 2019. Det er derefter muligt at sammenligne resultaterne fra prognosefremskrivningerne på allerede kendt data.

Lægeprognosemodellen estimerer det fremtidige antal af læger i arbejdsstyrken til at stige fra 20.822 i 2008 til 25.318 i 2019, mens det faktisk antal steg til 25.529 i 2019, jf. Figur 49. For speciallæger estimerer modellen, at antallet stiger fra 13.248 i 2008 til 15.616 i 2019. Det faktiske antal af speciallæger stiger til 16.000 i 2019.

Modellen følger den overordnede udvikling og estimerer over 11 år, at antallet af læger og speciallæger er henholdsvis 211 og 384 lavere end det faktisk antal læger/speciallæger. Det skyldes hovedsageligt, at modellen overvurderer antallet af pensionerede speciallæger. Bag dette ligger de estimerede pensionstilbøjeligheder, der er lidt højere for 2003-2008, end de er for 2009-2019.

Figur 49. Prognose og faktisk data, autoriserede læger i arbejdsstyrken, 2008-2019



Noter: Prognosen benytter bevægelserne på arbejdsmarkedet fra 2003-2008 og det faktiske antal af færdiguddannede speciallæger som dimensioneringsplan. Der ses alene på personer under 75 år.

Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

6.6. Scenarier

6.6.1. Hovedscenariet

Antallet af besatte uddannelsesforløb i prognosens hovedscenarie er fastlagt på baggrund af to forskellige metoder.

1) For perioden 2015-2020 er antallet af besatte HU-forløb fastlagt på baggrund af regionernes indberetning af faktisk besatte HU-forløb, da læger, der påbegyndte speciallægeuddannelsen i 2015 først kan forventes at færdiggøre deres speciallægeuddannelse i prognosens første fremskrivningsår, 2020. Specialer med en fireårig hoveduddannelse fordeles fra 2016 og frem. Specialer med en femårig hoveduddannelse fordeles fra 2015 og frem.

2) For perioden 2021 og frem er antallet af besatte HU-forløb fastlagt på baggrund af en teknisk beregning baseret på regionernes indberetning af besatte forløb samt det forventede antal af læger, der kan påbegynde en hoveduddannelse. Det antages, at der i 2021 er 961 læger, som vil påbegynde en hoveduddannelse, svarende til 92 pct. af alle HU-forløb i Dimensioneringsplan 2021. Der er i Dimensioneringsplanen 2021 dimensioneret med 38 HU-forløb i specialet akutmedicin (data indberettet fra videreuddannelsesregionerne).

Det antages, at der i årene 2022 og 2023 vil være henholdsvis 1.014 læger og 1.036 læger, som påbegynder en hoveduddannelse, svarende til 95 pct. af alle HU-forløb i den gældende Dimensioneringsplan for 2022-2023. Dimensioneringsplanen 2022-2023 er en gradueret plan, hvor der er anført forskellig dimensioneringer fra år til år.

Det antages, at der i 2024 vil blive besat 1.068 forløb, svarende til 98 pct. af alle hoveduddannelsesforløb i den gældende Dimensioneringsplan for år 2023, og fra 2025 og frem besættes 1.090 forløb svarende til Dimensioneringsplan for år 2023.

Fordelingen af kandidater i 2021 og frem bygger på en række forudsætninger og beregninger, som tager udgangspunkt i antallet af besatte uddannelsesforløb i 2019 og 2020. For at udjævne eventuelle tilfældige og ikke retningsvisende besættelsesprocenter i 2019 og 2020 i forhold til Dimensioneringsplanen, udarbejdes en beregning af 2020x, som angiver forholdet mellem antallet af besatte forløb i 2019 og 2020 sammenholdt med Dimensioneringsplan for året 2021. Fremgangsmåden fremgår af Bilag 22. I en række specialer besættes færre forløb end det mål, som Sundhedsstyrelsen har fastlagt i Dimensioneringsplanen for speciallægeuddannelsen. Antallet af besatte forløb forventes at stige, når antallet af læger, der er klar til hoveduddannelse, øges de kommende år.

6.6.2. ”Status quo scenarie” – besatte forløb lig med gennemsnittet for 2018-2020

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis færre forløb end forventet i hovedscenariet besættes, er der udfærdiget et scenarie, der viser, hvordan udviklingen vil være, hvis antallet af besatte forløb fra 2021 og frem svarer til det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2018-2020 – dog er der for specialet akutmedicin beregnet det gennemsnitlige antal besatte forløb for perioden 2019-2020.

Se Bilag 5 (Oversigt B) for fordelingen af HU-forløb.

6.6.3. Fuld dimensionering

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis flere forløb end forventet i hovedscenariet besættes, er der udfærdiget et scenarie, der viser, hvordan udviklingen vil være, hvis antallet af besatte forløb fra 2021 svarer til at alle dimensionerede forløb i Dimensioneringsplanen 2021 og 2022-2023 besættes. I årene 2024 og frem svarer antallet til dimensioneringen i 2023.

Se Bilag 6 (Oversigt C) for fordelingen af HU-forløb.

6.6.4. Flere forløb end dimensioneringen

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis flere forløb end dimensioneringsplanen foreskriver besættes er der udfærdiget et scenarie, hvor der besættes 10 pct. flere forløb end den aktuelle dimensionering af specialerne. Dog minimum et forløb mere end dimensioneringen

Se Bilag 7 (Oversigt D) for fordelingen af HU-forløb.

6.6.5. Færre forløb end dimensioneringen

For at vise, hvilken indflydelse det har på den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis færre forløb end dimensioneringsplanen foreskriver besættes er der udfærdiget et scenarie, hvor der besættes 10 pct. færre forløb end den aktuelle dimensionering af specialerne. Dog minimum et forløb mindre end dimensioneringen.

Se Bilag 8 (Oversigt E) for fordelingen af HU-forløb.

7. Bilag

Bilag 1: Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen 2021-2045 – overordnet og fordelt efter køn og statsborgerskab

Bilag 2: Udvikling i gennemsnitlig antal år fra autorisation til 1. speciallægeanerkendelse 2004-2021

Bilag 3: Specialegrupperinger

Bilag 4: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – hovedscenariet A

Bilag 5: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie B – status quo scenarie

Bilag 6: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie C – fuld dimensionering -

Bilag 7: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie D – flere forløb end dimensionering

Bilag 8: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie E – færre forløb end dimensionering

Bilag 9: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie B – status quo

Bilag 10: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie C – fuld dimensioneringsplan

Bilag 11: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie D – flere forløb end dimensioneringen

Bilag 12: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie E – færre forløb end dimensioneringen

Bilag 13: Sammenligning af scenarier for specialefremskrivningerne

Bilag 14: Bilag 14: Sammenligning af vækst/fald mellem Lægeprognose 2018-2040 og Lægeprognose 2021-2045 i hovedscenariet (ekskl. orlov)

Bilag 15: Ændringer i orlovstilbøjelighed og pensionstilbøjelighed

Bilag 16: Faktaboks 1: Estimation af overgangsandsynligheder

Bilag 17: Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke

Bilag 18: Faktaboks 2: Trækning fra en uniform fordeling

Bilag 19: Faktaboks 3: Eksempel på mikrosimulation af lægens arbejdsmarkedsstatus

Bilag 20: Specialernes normerede uddannelseslængde for HU-forløb i speciallægeuddannelsen, indberettede kandidatalder, fiktive kandidatalder og indplacering i specialegruppe i prognosemodellen

Bilag 21: Fordeling af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialegrupper. 2008-2019

Bilag 22: Beregning af 2020X

Bilag 1: Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen 2021-2045 – overordnet og fordelt efter køn og statsborgerskab

- ***Overordnet***

Grundscenarie																									
	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Tilgang bachelor	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661	1.661
Tilgang kandidat	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395	1.395
Fuldførte kandidater	1.249	1.248	1.280	1.334	1.360	1.367	1.369	1.370	1.371	1.371	1.370	1.370	1.371	1.371	1.371	1.371	1.370	1.371	1.371	1.371	1.371	1.371	1.370	1.370	1.370

Scenarie- Øget optag på 200																									
	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Tilgang bachelor	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861	1.861
Tilgang kandidat	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567	1.567
Fuldførte kandidater	1.249	1.248	1.287	1.444	1.518	1.534	1.538	1.539	1.540	1.539	1.539	1.539	1.540	1.540	1.540	1.540	1.539	1.540	1.540	1.540	1.540	1.540	1.539	1.539	1.539

Scenarie- Mindsket optag på 200																									
	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Tilgang bachelor	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461	1.461
Tilgang kandidat	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222	1.222
Fuldførte kandidater	1.249	1.248	1.273	1.223	1.200	1.199	1.200	1.200	1.201	1.201	1.200	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.201	1.200	1.201

- *Kønsfordeling*

Grundscenarie																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	504	504	505	504	503	502	503	504	505	505	504	504	505	506	507	507	506	505	505	504	503	503	503	503	502
Kvinder	1.157	1.157	1.156	1.157	1.158	1.159	1.158	1.157	1.156	1.156	1.157	1.157	1.156	1.155	1.154	1.154	1.155	1.156	1.156	1.157	1.158	1.158	1.158	1.158	1.159
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	454	426	412	409	408	409	408	407	407	407	408	408	409	408	408	409	410	410	411	410	409	409	408	408	407
Kvinder	941	969	983	986	987	986	987	988	988	988	987	987	986	987	987	986	985	985	984	985	986	986	987	987	988
Fuldførte kandidater	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	478	441	463	450	424	407	401	399	399	399	398	398	398	398	399	400	399	399	400	400	401	401	401	400	399
Kvinder	772	807	817	883	936	960	968	971	971	972	972	973	973	972	972	971	971	972	971	970	970	969	970	970	971

Øget optag på 200																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	565	565	566	565	564	563	563	565	565	566	565	565	566	567	568	568	567	566	565	564	564	564	564	564	563
Kvinder	1.296	1.296	1.295	1.296	1.297	1.298	1.298	1.296	1.296	1.295	1.296	1.296	1.295	1.294	1.293	1.293	1.294	1.295	1.296	1.297	1.297	1.297	1.297	1.297	1.298
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	510	478	463	459	459	459	459	457	457	457	458	459	459	458	459	459	460	461	461	460	459	459	458	458	458
Kvinder	1.057	1.089	1.104	1.108	1.108	1.108	1.108	1.110	1.110	1.110	1.109	1.108	1.108	1.109	1.108	1.108	1.107	1.106	1.106	1.107	1.108	1.108	1.109	1.109	1.109
Fuldførte kandidater	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	478	441	466	490	474	457	450	448	448	448	447	447	447	448	448	449	448	448	449	450	450	451	450	449	449
Kvinder	772	807	821	954	1.044	1.077	1.088	1.091	1.091	1.091	1.092	1.093	1.093	1.092	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.090	1.089	1.089	1.089	1.090	1.091

Mindsket optag 200																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	443	443	444	443	442	442	442	443	444	445	443	444	444	445	446	446	445	444	444	443	443	443	442	442	442
Kvinder	1.018	1.018	1.017	1.018	1.019	1.019	1.019	1.018	1.017	1.016	1.018	1.017	1.017	1.016	1.015	1.015	1.016	1.017	1.017	1.018	1.018	1.018	1.019	1.019	1.019
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	398	373	361	358	358	358	358	357	356	356	357	358	358	358	358	358	359	359	360	359	358	358	357	357	357
Kvinder	824	849	861	864	864	864	864	865	866	866	865	864	864	864	864	864	863	863	862	863	864	864	865	865	865
Fuldførte kandidater	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Mænd	478	441	460	411	373	357	352	350	350	350	349	348	348	349	350	350	350	350	350	351	351	351	351	350	350
Kvinder	772	807	813	812	827	842	848	850	851	851	852	852	852	852	851	851	851	851	851	850	850	849	850	850	851

- *Fordeling efter statsborgerskab*

Grundscenarie																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545	1.545
Norden	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
Øvrige	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214	1.214
Norden	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153	153
Øvrige	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Fuldførte kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.087	1.086	1.113	1.160	1.183	1.189	1.191	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192	1.192
Norden	137	137	141	147	150	150	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151	151
Øvrige	25	25	26	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27

Øget optag 200																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731	1.731
Norden	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Øvrige	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363
Norden	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172	172
Øvrige	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Fuldførte kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.087	1.086	1.120	1.256	1.321	1.335	1.338	1.339	1.339	1.339	1.339	1.339	1.339	1.340	1.340	1.339	1.339	1.339	1.339	1.340	1.339	1.339	1.339	1.339	1.339
Norden	137	137	142	159	167	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169	169
Øvrige	25	25	26	29	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

Mindsket optag 200																									
Tilgang bachelor	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359
Norden	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
Øvrige	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Tilgang kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063	1.063
Norden	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134	134
Øvrige	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Fuldførte kandidat	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040	aar2041	aar2042	aar2043	aar2044	aar2045
Dansk	1.087	1.086	1.107	1.064	1.044	1.043	1.044	1.044	1.044	1.044	1.044	1.044	1.045	1.045	1.045	1.045	1.044	1.045	1.045	1.045	1.045	1.045	1.044	1.044	1.044
Norden	137	137	140	135	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132	132
Øvrige	25	25	25	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24

Bilag 2: Udvikling i gennemsnitstid fra en dansk uddannet læge opnår autorisation til vedkommende bliver danskuddannet speciallæge 2004-2021 - 1. gang

Speciale	Gennemsnitlig antal år fra autorisation til 1. speciallægeanderkendelse																	
	Specialeår																	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Akutmedicin	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	17,0	.
Almen medicin	8,5	8,6	7,9	8,4	8,6	8,1	8,8	9,1	9,4	8,9	9,2	9,2	9,6	9,1	9,7	9,6	9,7	9,4
Anæstesiologi	10,6	11,2	9,9	9,9	11,0	10,5	9,8	9,8	10,0	10,2	10,1	10,0	10,5	10,3	10,6	10,6	10,5	10,2
Arbejdsmedicin	12,5	13,0	12,0	20,0	24,0	16,0	23,0	17,8	14,0	33,0	11,7	10,7	7,0	13,5	12,0	17,3	9,0	13,4
Børne- og ungdomspsykiatri	12,4	13,1	12,3	15,7	12,9	12,1	11,8	15,0	13,8	10,7	11,0	11,7	9,9	10,6	11,8	11,1	10,9	12,2
Dermato-venerologi	12,5	13,0	14,0	10,7	10,0	10,9	12,5	10,3	10,8	11,8	11,6	11,3	11,4	11,9	12,7	10,0	13,0	10,9
Gynækologi og obstetrik	13,1	13,5	12,8	12,3	13,8	13,7	11,6	12,8	12,1	10,5	11,5	11,7	10,8	10,9	11,1	11,5	10,8	11,6
Intern medicin	14,7	14,5	16,8	13,7	15,0	25,0	15,0	.	25,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Intern medicin: endokrinologi	13,6	16,6	16,2	14,8	15,3	15,4	13,6	11,7	15,3	14,5	14,2	11,2	16,0	12,3	12,9	13,8	13,8	12,5
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15,0	14,4	18,0	12,0	14,0	15,4	12,8	13,6	11,3	11,6	12,1	11,3	11,0	12,7	11,2	10,7	11,1	12,3
Intern medicin: geriatri	.	14,0	19,5	14,3	12,7	17,0	8,0	10,5	9,5	17,0	12,0	15,7	9,3	9,2	9,4	9,5	11,1	10,3
Intern medicin: hæmatologi	15,5	13,5	13,8	12,0	15,6	14,8	11,8	11,7	11,6	11,3	10,8	10,8	11,4	13,8	11,9	12,3	13,1	10,1
Intern medicin: infektionsmedicin	15,0	16,0	20,0	16,2	15,8	18,3	14,0	14,5	14,5	14,0	12,9	14,3	11,3	13,8	11,9	13,7	11,7	12,7
Intern medicin: kardiologi	14,4	13,8	14,5	13,9	15,0	13,8	12,5	14,0	12,9	13,8	13,1	11,6	12,4	12,5	13,6	12,2	12,8	12,0
Intern medicin: lungesygdomme	15,3	14,0	12,7	15,5	13,0	11,0	11,3	12,0	14,0	12,3	10,7	11,1	10,8	11,1	11,0	10,6	10,3	12,0
Intern medicin: nefrologi	15,8	14,0	15,7	15,0	14,5	12,3	10,8	11,7	11,3	9,8	8,8	12,1	11,1	11,9	11,3	11,7	9,1	11,7
Intern medicin: reumatologi	15,6	18,0	17,0	16,5	15,2	17,0	14,9	14,4	11,0	12,0	10,0	12,4	11,1	10,5	10,8	11,0	10,5	11,4
Karkirurgi	12,8	16,0	13,0	15,0	11,0	14,0	10,1	9,0	9,3	9,5	10,7	8,3	18,0	11,5	9,5	10,7	11,0	12,0
Kirurgi	13,9	15,0	15,1	15,6	14,6	14,3	12,4	11,8	11,8	10,5	10,6	9,7	10,3	11,0	10,5	10,8	10,9	9,8
Klinisk biokemi	14,7	12,8	14,5	19,0	11,0	13,0	.	11,0	14,0	9,5	11,0	11,5	11,0	12,5	11,7	11,0	12,5	12,1
Klinisk farmakologi	11,0	11,7	12,3	10,0	14,5	9,5	.	11,5	10,7	10,0	17,0	14,6	10,4	11,0	10,7	8,0	11,6	11,8
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	9,5	11,7	.	12,4	12,7	8,7	13,7	9,8	9,5	9,8	12,6	11,6	10,3	11,8	12,7	10,9	12,7	9,8
Klinisk genetik	12,0	15,0	12,0	8,0	.	19,0	14,0	12,5	11,0	13,0	9,6	11,0	13,8	11,2	12,8	13,3	12,3	11,8
Klinisk immunologi	12,7	12,0	10,7	16,0	15,5	18,0	9,0	9,3	12,5	12,3	11,5	12,0	11,0	11,0	9,5	11,0	12,0	10,7
Klinisk mikrobiologi	12,5	13,8	16,0	13,7	12,7	9,3	13,0	12,0	11,3	10,3	12,0	.	12,2	10,8	12,5	12,7	12,8	13,5
Klinisk onkologi	14,3	14,3	11,5	11,5	16,0	10,3	11,9	12,9	11,6	16,3	11,6	11,2	12,7	12,6	12,3	12,3	12,3	13,0
Neurokirurgi	10,0	14,0	10,5	13,3	13,0	10,2	10,5	9,6	12,8	9,0	11,7	9,0	8,8	12,3	10,7	10,5	11,7	9,5
Neurologi	12,4	15,1	11,8	12,0	9,8	11,1	14,3	12,8	10,5	8,4	11,7	10,2	11,1	10,3	10,2	10,1	11,5	12,1
Oftalmologi	11,0	9,6	8,7	8,3	10,4	10,8	10,3	9,3	9,6	8,6	10,1	9,8	8,8	10,7	9,2	9,4	9,4	9,5
Ortopædisk kirurgi	13,1	13,1	13,1	12,5	10,9	10,1	10,7	10,8	10,5	9,6	9,9	8,9	9,1	9,3	9,2	9,4	9,2	9,8
Oto-rhino-laryngologi	10,2	10,1	11,5	10,7	11,2	10,3	9,9	10,9	10,2	9,9	10,1	10,7	9,9	10,8	9,8	10,2	9,7	9,7
Patologisk anatomi og cytologi	10,7	11,8	11,7	11,6	9,1	9,9	9,0	11,8	10,5	13,7	10,1	11,2	10,8	10,9	10,1	12,6	11,1	10,3
Plastikkirurgi	13,6	15,2	15,0	13,0	13,3	11,3	13,7	12,6	12,9	11,5	14,0	11,8	12,0	11,6	9,7	9,8	10,8	9,7
Psykiatri	15,2	12,2	17,7	13,5	12,7	14,7	16,1	12,4	15,2	9,4	13,3	11,0	11,0	11,4	10,4	11,0	10,9	11,1
Pædiatri	12,9	12,4	13,1	12,6	14,9	11,8	12,8	13,0	12,2	13,0	12,8	11,4	12,3	12,4	11,3	11,9	12,7	12,0
Radiologi	11,8	12,1	11,5	12,6	11,8	10,3	10,7	9,4	9,7	9,7	10,2	10,1	11,2	10,1	9,0	9,3	9,9	8,6
Retsmedicin	.	.	.	.	.	.	8,0	15,0	10,3	7,0	11,7	11,0	9,5	12,0	12,5	.	7,0	9,0
Samfundsmedicin	11,5	16,3	20,4	17,7	13,8	17,5	19,5	15,8	10,6	12,2	10,0	12,3	11,8	16,0	13,0	12,4	10,8	12,3
Thoraxkirurgi	13,2	14,3	13,0	13,2	11,0	.	11,5	9,8	9,0	9,5	9,3	11,3	11,0	9,5	12,7	.	13,6	11,0
Urologi	16,3	18,0	15,6	16,0	11,7	13,2	13,3	10,8	13,7	10,1	11,2	11,2	9,5	9,7	9,9	10,5	10,4	12,3
Gennemsnitlig gennemførselstid	**11,7**	**11,7**	**11,5**	**11,5**	**11,9**	**11,1**	**11**	**10,9**	**10,9**	**10,4**	**10,6**	**10,4**	**10,5**	**10,6**	**10,5**	**10,7**	**10,8**	**10,7**

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

Bilag 3: Specialegrupperinger

Specialegrupperinger, der er blevet benyttet i en række figurer/tabeller i Lægeprognose.

Almen medicin
- Almen medicin

Intern medicinske specialer:
- Intern medicin
- Intern medicin: geriatri
- Intern medicin: hæmatologi
- Intern medicin: infektionsmedicin
- Intern medicin: kardiologi
- Intern medicin: endokrinologi
- Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi
- Intern medicin: lungesygdomme
- Intern medicin: nefrologi
- Intern medicin: reumatologi

Kirurgiske specialer:
- Kirurgi
- Karkirurgi
- Plastikkirurgi
- Thoraxkirurgi
- Gynækologi og obstetrik
- Neurokirurgi
- Ortopædisk kirurgi
- Oftalmologi
- Oto-rhino-laryngologi
- Urologi

Psykiatriske specialer
- Psykiatri
- Børne- og ungdomspsykiatri

Tværgående specialer:
- Akutmedicin
- Klinisk biokemi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Klinisk immunologi
- Klinisk mikrobiologi
- Patologisk anatomi og cytologi
- Radiologi
- Klinisk farmakologi
- Klinisk genetik
- Anæstesiologi

Øvrige specialer:
- Dermato-venerologi
- Neurologi
- Klinisk onkologi
- Pædiatri
- Arbejdsmedicin
- Samfundsmedicin
- Retsmedicin

Bilag 4: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – hovedscenariet (A)

speciale	Dim. Plan 2021	Dim. Plan 2022	Dim. Plan 2023	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020X	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Akutmedicin	38	35	35					8	21	14,5	24	30	31	33	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Almen medicin	350	350	350	199	205	217	209	256	291	274	305	327	334	344	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350
Anæstesi	54	56	56	60	58	54	54	56	53	54	54	55	55	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Arbejdsmedicin	9	9	9	6	6	7	2	5	4	5	6	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Børne- og ungdomspsykiatri	24	27	27	20	20	17	17	29	20	24	24	25	26	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Dermato-venerologi	12	12	13	11	10	11	11	10	11	11	11	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Gynækologi og obstetrik	30	32	32	32	31	30	28	34	34	30	30	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Intern medicin: endokrinologi	18	18	18	21	12	19	15	16	19	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	15	17	16	10	24	16	14	15	15	15	15	15	16	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: geriatri	17	18	20	20	22	15	17	16	17	17	17	17	18	19	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	10	12	10	6	10	8	9	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	9	7	9	10	9	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: kardiologi	27	27	28	31	28	25	31	25	23	24	25	26	27	27	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Intern medicin: lungesygdomme	17	19	21	16	12	12	14	19	16	17	17	18	19	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Intern medicin: nefrologi	10	10	11	11	10	10	12	8	5	7	8	9	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	22	10	19	18	12	10	11	16	19	20	21	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Karkirurgi	6	6	6	5	6	4	3	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Kirurgi	26	26	26	28	28	28	27	26	27	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Klinisk biokemi	7	7	7	7	5	8	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	7	7	5	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	9	4	10	10	9	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	6,5	4	4	5	4	5	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk immunologi	4	4	4	3	4	1	4	3	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	23	13	23	27	23	21	22	24	26	27	27	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Neurokirurgi	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	30	31	28	23	22	23	22	29	26	26	28	29	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Oftalmologi	20	20	21	20	22	21	18	21	20	20	20	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Ortopædisk kirurgi	39	38	38	40	38	39	38	38	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Oto- ,rhino- ,laryngologi	20	20	20	20	19	21	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	18	16	13	13	13	15	16	16	16	16	16	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Plastikkirurgi	10	10	10	7	7	10	10	11	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Psykiatri	54	63	69,5	49	34	38	40	53	54	54	54	58	61	66	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Pædiatri	28	28	28	29	29	26	29	26	30	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	44	44	26	33	37	44	40	39	39	39	41	42	43	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Retsmedicin	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Samfundsmedicin	11	12	12	12	14	13	11	13	12	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Thoraxkirurgi	3	3	3	4	3	3	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	15	13	11	12	15	13	13	13	13	13	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
I alt	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090,0**	**845**	**777**	**833**	**826**	**893**	**937**	**903**	**961**	**1.014**	**1.036**	**1.068**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**

Bilag 5: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie B – status quo, besatte forløb som i perioden 2018-2020

speciale	Dim. Plan 2021	Dim. Plan 2022	Dim. Plan 2023	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Akutmedicin	38	35	35					8	21	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Almen medicin	350	350	350	199	205	217	209	256	291	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252	252
Anæstesi	54	56	56	60	58	54	54	56	53	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
Arbejdsmedicin	9	9	9	6	6	7	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Børne- og ungdomspsykiatri	24	27	27	20	20	17	17	29	20	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Dermato-venerologi	12	12	13	11	10	11	11	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Gynækologi og obstetrik	30	32	32	32	31	30	28	34	34	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Intern medicin: endokrinologi	18	18	18	21	12	19	15	16	19	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	15	17	16	10	24	16	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: geriatri	17	18	20	20	22	15	17	16	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	10	12	10	6	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	9	7	9	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: kardiologi	27	27	28	31	28	25	31	25	23	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Intern medicin: lungesygdomme	17	19	21	16	12	12	14	19	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Intern medicin: nefrologi	10	10	11	11	10	10	12	8	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	22	10	19	18	12	10	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Karkirurgi	6	6	6	5	6	4	3	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kirurgi	26	26	26	28	28	28	27	26	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Klinisk biokemi	7	7	7	7	5	8	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	7	7	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	9	4	10	10	9	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	6,5	4	4	5	4	5	7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk immunologi	4	4	4	3	4	1	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	23	13	23	27	23	21	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Neurokirurgi	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	30	31	28	23	22	23	22	29	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Oftalmologi	20	20	21	20	22	21	18	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ortopædisk kirurgi	39	38	38	40	38	39	38	38	37	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Oto- ,rhino- ,laryngologi	20	20	20	20	19	21	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	18	16	13	13	13	15	16	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Plastikkirurgi	10	10	10	7	7	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Psykiatri	54	63	69,5	49	34	38	40	53	54	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
Pædiatri	28	28	28	29	29	26	29	26	30	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	44	44	26	33	37	44	40	39	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
Retsmedicin	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Samfundsmedicin	11	12	12	12	14	13	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Thoraxkirurgi	3	3	3	4	3	3	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	15	13	11	12	15	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
I alt	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090,0**	**845**	**777**	**833**	**826**	**893**	**937**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**	**890**

Bilag 6: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie C – fuld dimensionering

speciale	Dim. Plan 2021	Dim. Plan 2022	Dim. Plan 2023	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Akutmedicin	38	35	35					8	21	38	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Almen medicin	350	350	350	199	205	217	209	256	291	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350
Anæstesi	54	56	56	60	58	54	54	56	53	54	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Arbejdsmedicin	9	9	9	6	6	7	2	5	4	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Børne- og ungdomspsykiatri	24	27	27	20	20	17	17	29	20	24	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Dermato-venerologi	12	12	13	11	10	11	11	10	11	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Gynækologi og obstetrik	30	32	32	32	31	30	28	34	34	30	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Intern medicin: endokrinologi	18	18	18	21	12	19	15	16	19	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	15	17	16	10	24	16	14	15	15	15	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: geriatri	17	18	20	20	22	15	17	16	17	17	18	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	10	12	10	6	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	9	7	9	10	9	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: kardiologi	27	27	28	31	28	25	31	25	23	27	27	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Intern medicin: lungesygdomme	17	19	21	16	12	12	14	19	16	17	19	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Intern medicin: nefrologi	10	10	11	11	10	10	12	8	5	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	22	10	19	18	12	10	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Karkirurgi	6	6	6	5	6	4	3	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Kirurgi	26	26	26	28	28	28	27	26	27	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Klinisk biokemi	7	7	7	7	5	8	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	7	7	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	9	4	10	10	9	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	6,5	4	4	5	4	5	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk immunologi	4	4	4	3	4	1	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	23	13	23	27	23	21	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Neurokirurgi	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	30	31	28	23	22	23	22	29	27	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Oftalmologi	20	20	21	20	22	21	18	21	20	20	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Ortopædisk kirurgi	39	38	38	40	38	39	38	38	37	39	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Oto- ,rhino- ,laryngologi	20	20	20	20	19	21	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	18	16	13	13	13	15	16	16	16	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Plastikkirurgi	10	10	10	7	7	10	10	11	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Psykiatri	54	63	69,5	49	34	38	40	53	54	54	63	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
Pædiatri	28	28	28	29	29	26	29	26	30	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	44	44	26	33	37	44	40	39	39	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Retsmedicin	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Samfundsmedicin	11	12	12	12	14	13	11	13	12	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Thoraxkirurgi	3	3	3	4	3	3	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	15	13	11	12	15	13	13	13	13	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
I alt	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090,0**	**845**	**777**	**833**	**826**	**893**	**937**	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**	**1.090**

Bilag 7: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie D – flere forløb end dimensionering

speciale	Dim. Plan 2021	Dim. Plan 2022	Dim. Plan 2023	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Akutmedicin	38	35	35					8	21	42	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Almen medicin	350	350	350	199	205	217	209	256	291	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385	385
Anæstesi	54	56	56	60	58	54	54	56	53	59	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
Arbejdsmedicin	9	9	9	6	6	7	2	5	4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Børne- og ungdomspsykiatri	24	27	27	20	20	17	17	29	20	26	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Dermato-venerologi	12	12	13	11	10	11	11	10	11	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Gynækologi og obstetrik	30	32	32	32	31	30	28	34	34	33	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Intern medicin: endokrinologi	18	18	18	21	12	19	15	16	19	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	15	17	16	10	24	16	14	15	17	17	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Intern medicin: geriatri	17	18	20	20	22	15	17	16	17	19	20	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	10	12	10	6	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	9	7	9	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: kardiologi	27	27	28	31	28	25	31	25	23	30	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Intern medicin: lungesygdomme	17	19	21	16	12	12	14	19	16	19	21	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
Intern medicin: nefrologi	10	10	11	11	10	10	12	8	5	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	22	10	19	18	12	10	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Karkirurgi	6	6	6	5	6	4	3	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Kirurgi	26	26	26	28	28	28	27	26	27	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Klinisk biokemi	7	7	7	7	5	8	6	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	7	7	5	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	9	4	10	10	9	6	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Klinisk genetik	5,5	5,5	6,5	4	4	5	4	5	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk immunologi	4	4	4	3	4	1	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk onkologi	28	28	28	23	13	23	27	23	21	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Neurokirurgi	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	30	31	28	23	22	23	22	29	30	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Oftalmologi	20	20	21	20	22	21	18	21	20	22	22	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
Ortopædisk kirurgi	39	38	38	40	38	39	38	38	37	43	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
Oto-, rhino-, laryngologi	20	20	20	20	19	21	19	21	20	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	18	16	13	13	13	15	16	18	18	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Plastikkirurgi	10	10	10	7	7	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Psykiatri	54	63	69,5	49	34	38	40	53	54	59	69	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
Pædiatri	28	28	28	29	29	26	29	26	30	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Radiologi	39	44	44	26	33	37	44	40	39	43	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Retsmedicin	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Samfundsmedicin	11	12	12	12	14	13	11	13	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Thoraxkirurgi	3	3	3	4	3	3	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	15	13	11	12	15	13	13	14	14	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
I alt	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090**	**845**	**777**	**833**	**826**	**893**	**937**	**1.149**	**1.174**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**	**1.199**

Bilag 8: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie E – færre forløb end dimensionering

speciale	Dim. Plan 2021	Dim. Plan 2022	Dim. Plan 2023	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Akutmedicin	38	35	35					8	21	34	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Almen medicin	350	350	350	199	205	217	209	256	291	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315	315
Anæstesi	54	56	56	60	58	54	54	56	53	49	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Arbejdsmedicin	9	9	9	6	6	7	2	5	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Børne- og ungdomspsykiatri	24	27	27	20	20	17	17	29	20	22	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Dermato-venerologi	12	12	13	11	10	11	11	10	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Gynækologi og obstetrik	30	32	32	32	31	30	28	34	34	27	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Intern medicin: endokrinologi	18	18	18	21	12	19	15	16	19	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	15	17	16	10	24	16	14	15	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: geriatri	17	18	20	20	22	15	17	16	17	15	16	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	10	12	10	6	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	9	7	9	10	9	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Intern medicin: kardiologi	27	27	28	31	28	25	31	25	23	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Intern medicin: lungesygdomme	17	19	21	16	12	12	14	19	16	15	17	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Intern medicin: nefrologi	10	10	11	11	10	10	12	8	5	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	22	10	19	18	12	10	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Karkirurgi	6	6	6	5	6	4	3	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Kirurgi	26	26	26	28	28	28	27	26	27	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
Klinisk biokemi	7	7	7	7	5	8	6	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	7	7	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	9	4	10	10	9	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk genetik	5,5	5,5	6,5	4	4	5	4	5	7	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk immunologi	4	4	4	3	4	1	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk onkologi	28	28	28	23	13	23	27	23	21	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Neurokirurgi	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	30	31	28	23	22	23	22	29	24	27	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Oftalmologi	20	20	21	20	22	21	18	21	20	18	18	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
Ortopædisk kirurgi	39	38	38	40	38	39	38	38	37	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Oto- ,rhino- ,laryngologi	20	20	20	20	19	21	19	21	20	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	18	16	13	13	13	15	16	14	14	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Plastikkirurgi	10	10	10	7	7	10	10	11	11	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Psykiatri	54	63	69,5	49	34	38	40	53	54	49	57	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Pædiatri	28	28	28	29	29	26	29	26	30	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Radiologi	39	44	44	26	33	37	44	40	39	35	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Retsmedicin	3	2	2	2	2	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Samfundsmedicin	11	12	12	12	14	13	11	13	12	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Thoraxkirurgi	3	3	3	4	3	3	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	15	13	11	12	15	13	13	12	12	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
I alt	**1.044,5**	**1.067,5**	**1.090**	**845**	**777**	**833**	**826**	**893**	**937**	**940**	**961**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**	**981**

Bilag 9: Udvikling i antal læger og speciallæger i scenarie B – status quo

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Akutmedicin	84	107	171	230	282	328	293%
Almen medicin	4.817	5.114	5.589	6.130	6.607	6.866	43%
Anæstesiologi	1.280	1.355	1.413	1.496	1.586	1.640	28%
Arbejdsmedicin	93	83	81	84	94	106	14%
Børne- og ungdomspsykiatri	277	349	423	487	546	597	115%
Dermato-venerologi	225	239	269	296	311	321	43%
Gynækologi og obstetrik	667	714	764	822	887	940	41%
Intern medicin	91	70	55	49	48	53	-42%
Intern medicin: endokrinologi	281	318	349	381	422	459	64%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	245	282	320	355	389	420	71%
Intern medicin: geriatri	174	223	284	341	400	448	158%
Intern medicin: hæmatologi	166	190	212	230	250	262	58%
Intern medicin: infektionsmedicin	131	153	186	215	244	265	102%
Intern medicin: kardiologi	535	591	646	689	734	769	44%
Intern medicin: lungesygdomme	236	272	319	366	415	450	90%
Intern medicin: nefrologi	163	183	198	213	229	237	45%
Intern medicin: reumatologi	279	299	313	333	359	383	37%
Karkirurgi	100	105	112	123	135	142	42%
Kirurgi	642	683	714	763	817	854	33%
Klinisk biokemi	89	104	124	144	166	183	107%
Klinisk farmakologi	60	74	92	107	122	134	124%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	145	166	187	204	225	238	64%
Klinisk genetik	65	80	99	114	127	136	109%
Klinisk immunologi	55	59	63	67	74	78	43%
Klinisk mikrobiologi	117	123	132	141	155	164	40%
Klinisk onkologi	330	406	493	568	631	675	105%
Neurokirurgi	105	100	98	98	98	95	-10%
Neurologi	482	540	611	673	724	772	60%
Oftalmologi	430	470	520	568	605	621	44%
Ortopædisk kirurgi	902	934	954	1.010	1.087	1.138	26%
Oto-rhino-laryngologi	425	457	502	544	575	591	39%
Patologisk anatomi og cytologi	256	295	342	387	429	454	78%
Plastikkirurgi	141	170	204	237	267	294	108%
Psykiatri	944	1.004	1.107	1.244	1.395	1.522	61%
Pædiatri	564	615	674	723	770	807	43%
Radiologi	696	806	916	1.028	1.146	1.242	79%

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Retsmedicin	30	39	51	62	72	78	159%
Samfundsmedicin	159	185	210	242	278	312	97%
Thoraxkirurgi	81	82	80	81	86	93	15%
Urologi	247	274	306	346	384	407	65%
Speciallæger	**16.808**	**18.313**	**20.183**	**22.193**	**24.173**	**25.574**	**52%**
Læger uden speciale	**11.371**	**12.650**	**14.410**	**16.150**	**17.988**	**19.694**	**73%**
Læger i alt	**28.179**	**30.963**	**34.593**	**38.343**	**42.161**	**45.267**	**61%**

Bilag 10: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie C – fuld dimensioneringsplan

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Akutmedicin	83	108	272	428	574	708	748%
Almen medicin	4.817	5.101	6.062	7.079	8.019	8.735	81%
Anæstesiologi	1.280	1.357	1.421	1.515	1.616	1.686	32%
Arbejdsmedicin	93	91	112	140	172	207	123%
Børne- og ungdomspsykiatri	277	349	452	541	622	696	151%
Dermato-venerologi	225	241	279	315	341	360	60%
Gynækologi og obstetrik	668	714	765	825	890	942	41%
Intern medicin	92	75	55	49	49	53	-42%
Intern medicin: endokrinologi	281	316	355	392	435	477	70%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	245	283	329	372	414	451	84%
Intern medicin: geriatri	174	226	295	367	439	502	189%
Intern medicin: hæmatologi	166	189	222	250	279	299	80%
Intern medicin: infektionsmedicin	131	156	182	207	227	245	86%
Intern medicin: kardiologi	535	590	655	709	763	808	51%
Intern medicin: lungesygdomme	236	273	337	411	483	543	130%
Intern medicin: nefrologi	163	182	211	241	273	294	80%
Intern medicin: reumatologi	279	299	359	419	490	552	98%
Karkirurgi	100	103	115	132	147	161	61%
Kirurgi	642	682	710	752	802	838	31%
Klinisk biokemi	89	105	124	146	166	185	109%
Klinisk farmakologi	60	76	93	108	122	134	124%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	145	167	186	205	225	237	63%
Klinisk genetik	65	80	107	134	158	175	170%
Klinisk immunologi	55	61	70	79	90	99	80%
Klinisk mikrobiologi	117	124	132	143	154	164	40%
Klinisk onkologi	329	406	512	606	688	750	128%
Neurokirurgi	105	103	99	98	98	94	-10%
Neurologi	482	541	641	733	815	892	85%
Oftalmologi	431	469	523	574	618	641	49%
Ortopædisk kirurgi	902	942	961	1.011	1.088	1.141	27%
Oto-rhino-laryngologi	425	459	502	542	575	592	40%
Patologisk anatomi og cytologi	256	294	353	415	467	508	99%
Plastikkirurgi	141	171	199	228	255	275	95%
Psykiatri	945	1.014	1.204	1.444	1.699	1.927	104%
Pædiatri	564	618	677	728	773	807	43%
Radiologi	696	802	928	1.055	1.185	1.297	86%

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Retsmedicin	30	38	46	52	57	58	94%
Samfundsmedicin	159	182	207	240	277	311	96%
Thoraxkirurgi	81	80	78	80	86	92	14%
Urologi	247	274	308	349	391	422	71%
Speciallæger	**16.809**	**18.339**	**21.138**	**24.108**	**27.023**	**29.359**	**75%**
Læger uden speciale	**11.370**	**12.646**	**13.485**	**14.317**	**15.246**	**16.122**	**42%**
Læger i alt	**28.179**	**30.985**	**34.623**	**38.426**	**42.269**	**45.481**	**61%**

Bilag 11: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie D – flere forløb end dimensioneringen

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Akutmedicin	83	107	291	466	633	785	842%
Almen medicin	4.817	5.117	6.236	7.421	8.534	9.392	95%
Anæstesiologi	1.280	1.364	1.459	1.580	1.710	1.804	41%
Arbejdsmedicin	93	92	117	150	188	227	145%
Børne- og ungdomspsykiatri	277	350	469	573	669	754	172%
Dermato-venerologi	225	243	285	327	356	379	69%
Gynækologi og obstetrik	668	711	780	857	934	1.003	50%
Intern medicin	91	75	57	49	49	53	-41%
Intern medicin: endokrinologi	281	317	363	410	465	517	84%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	245	281	335	391	445	491	100%
Intern medicin: geriatri	173	225	304	387	468	540	211%
Intern medicin: hæmatologi	166	190	227	260	294	319	92%
Intern medicin: infektionsmedicin	131	156	187	216	241	262	100%
Intern medicin: kardiologi	535	590	668	741	808	868	62%
Intern medicin: lungesygdomme	236	272	347	430	513	581	146%
Intern medicin: nefrologi	163	182	216	248	283	311	90%
Intern medicin: reumatologi	279	299	365	439	518	591	112%
Karkirurgi	100	103	120	142	163	180	80%
Kirurgi	643	680	725	785	851	894	39%
Klinisk biokemi	89	107	132	156	180	204	130%
Klinisk farmakologi	60	76	98	118	137	155	159%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	145	167	194	217	239	257	78%
Klinisk genetik	65	81	107	133	157	173	167%
Klinisk immunologi	55	61	70	80	91	100	81%
Klinisk mikrobiologi	117	126	138	153	170	185	58%
Klinisk onkologi	329	405	526	636	733	806	145%
Neurokirurgi	105	102	100	98	99	96	-9%
Neurologi	482	548	661	765	862	953	98%
Oftalmologi	431	472	539	598	649	682	58%
Ortopædisk kirurgi	902	941	981	1.050	1.147	1.220	35%
Oto-rhino-laryngologi	425	461	514	564	609	633	49%
Patologisk anatomi og cytologi	256	295	367	436	500	550	115%
Plastikkirurgi	141	172	204	237	270	294	108%
Psykiatri	944	1.015	1.240	1.510	1.790	2.044	117%
Pædiatri	565	624	694	759	816	869	54%
Radiologi	696	804	953	1.099	1.250	1.383	99%

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Retsmedicin	30	39	46	52	56	58	95%
Samfundsmedicin	159	184	213	250	292	332	109%
Thoraxkirurgi	81	81	79	81	87	93	15%
Urologi	246	274	314	368	419	460	87%
Speciallæger	**16.808**	**18.389**	**21.719**	**25.230**	**28.672**	**31.498**	**87%**
Læger uden speciale	**11.372**	**12.614**	**12.946**	**13.258**	**13.694**	**14.078**	**24%**
Læger i alt	**28.180**	**31.003**	**34.665**	**38.488**	**42.366**	**45.576**	**62%**

Bilag 12: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie E – færre forløb end dimensioneringen

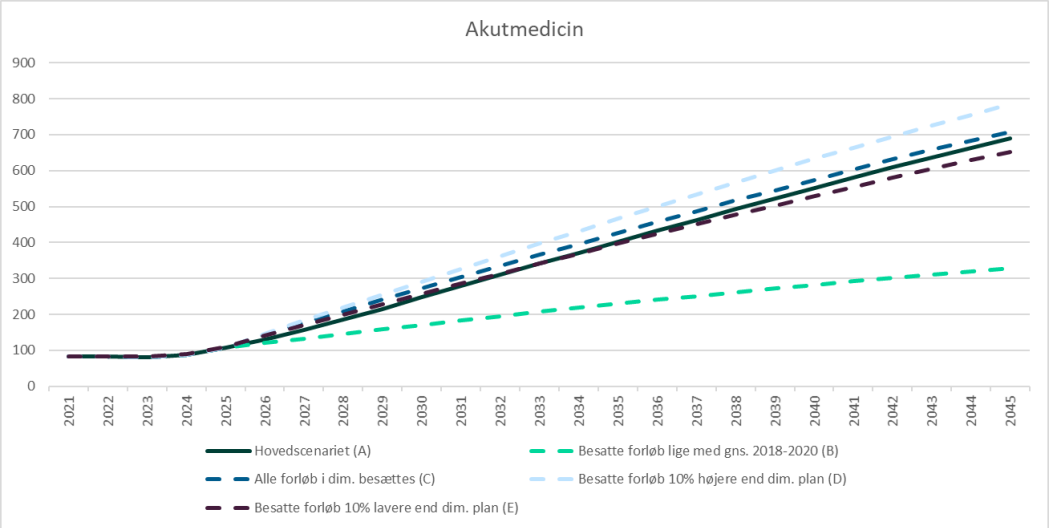
	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Akutmedicin	83	109	257	397	530	652	682%
Almen medicin	4.817	5.105	5.896	6.751	7.532	8.080	68%
Anæstesiologi	1.281	1.352	1.385	1.449	1.524	1.566	22%
Arbejdsmedicin	93	88	105	129	157	187	102%
Børne- og ungdomspsykiatri	277	348	435	509	576	636	130%
Dermato-venerologi	225	240	273	302	323	337	50%
Gynækologi og obstetrik	667	706	747	792	841	878	31%
Intern medicin	91	73	55	48	49	53	-42%
Intern medicin: endokrinologi	281	319	345	370	409	441	57%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	245	281	318	353	388	419	71%
Intern medicin: geriatri	174	226	284	348	411	464	167%
Intern medicin: hæmatologi	166	189	217	241	264	280	68%
Intern medicin: infektionsmedicin	131	155	176	196	213	226	72%
Intern medicin: kardiologi	535	592	642	680	721	750	40%
Intern medicin: lungesygdomme	236	271	328	391	455	502	113%
Intern medicin: nefrologi	163	181	207	231	255	276	69%
Intern medicin: reumatologi	279	299	348	402	463	515	85%
Karkirurgi	100	104	111	123	133	142	42%
Kirurgi	643	678	693	725	758	776	21%
Klinisk biokemi	89	105	120	135	151	163	84%
Klinisk farmakologi	60	75	93	107	122	135	125%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	145	166	183	193	209	217	50%
Klinisk genetik	65	80	101	123	141	153	136%
Klinisk immunologi	55	60	69	79	91	99	79%
Klinisk mikrobiologi	117	123	127	131	140	144	23%
Klinisk onkologi	329	407	498	577	644	693	111%
Neurokirurgi	105	100	98	98	98	95	-9%
Neurologi	482	539	622	699	767	829	72%
Oftalmologi	431	466	510	552	587	601	40%
Ortopædisk kirurgi	902	933	934	967	1.028	1.060	18%
Oto-rhino-laryngologi	425	456	490	521	545	551	30%
Patologisk anatomi og cytologi	256	292	343	393	439	471	84%
Plastikkirurgi	141	172	194	218	240	255	80%
Psykiatri	944	1.009	1.167	1.367	1.583	1.778	88%
Pædiatri	565	614	655	691	719	746	32%
Radiologi	696	796	910	1.014	1.124	1.215	75%

	2021	2025	2030	2035	2040	2045	Vækst
Retsmedicin	30	39	46	53	57	58	92%
Samfundsmedicin	159	182	202	230	261	290	83%
Thoraxkirurgi	81	81	79	82	87	93	15%
Urologi	246	276	304	339	377	406	65%
Speciallæger	**16.809**	**18.287**	**20.567**	**23.005**	**25.414**	**27.233**	**62%**
Læger uden speciale	**11.370**	**12.685**	**14.044**	**15.374**	**16.802**	**18.149**	**60%**
Læger i alt	**28.179**	**30.972**	**34.611**	**38.379**	**42.216**	**45.382**	**61%**

Bilag 13: Sammenligning af scenarier for specialefremskrivningerne

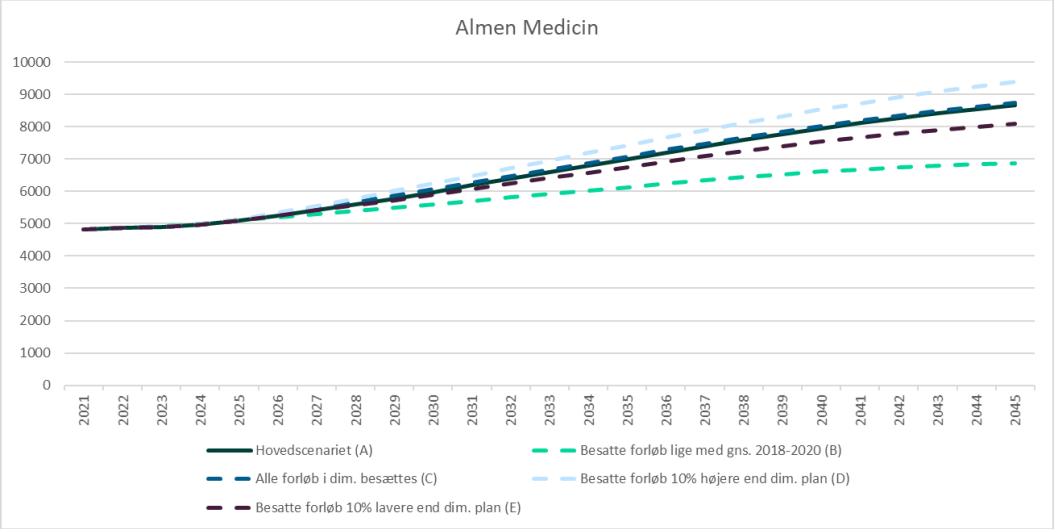
Akutmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	83	84	83	83	83
Antal i 2025	107	107	108	107	109
Antal i 2030	247	171	272	291	257
Antal i 2035	402	230	428	466	397
Antal i 2040	552	282	574	633	530
Antal i 2045	689	328	708	785	652
Vækst i antal, 2021-2045	606	245	625	702	569
Vækst i %, 2021-2045	725,5%	292,7%	748,4%	841,7%	682,0%
Gns. vækst pr. år	9,2%	5,9%	9,3%	9,8%	8,9%



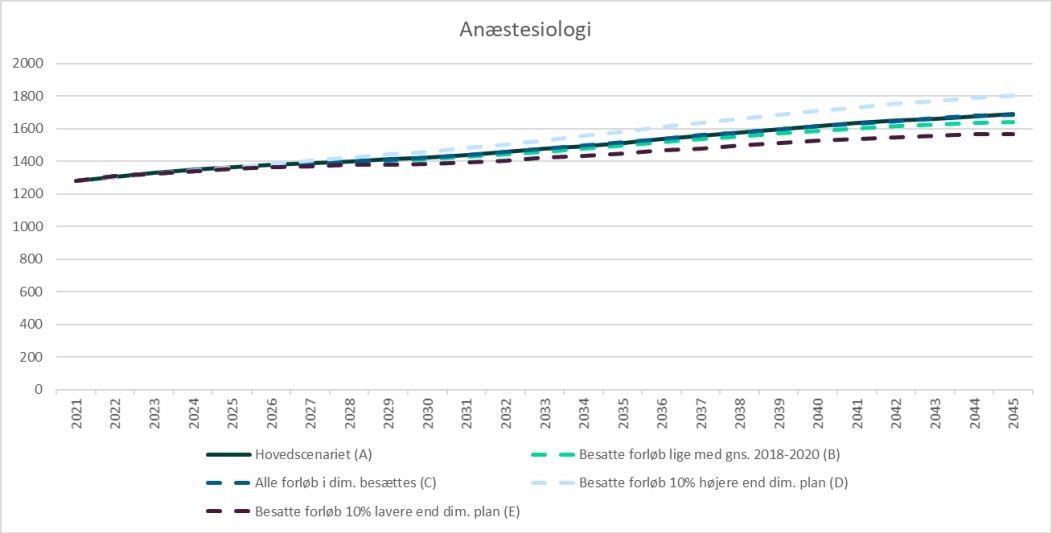
Almen Medicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	4.817	4.817	4.817	4.817	4.817
Antal i 2025	5.104	5.114	5.101	5.117	5.105
Antal i 2030	5.979	5.589	6.062	6.236	5.896
Antal i 2035	6.998	6.130	7.079	7.421	6.751
Antal i 2040	7.949	6.607	8.019	8.534	7.532
Antal i 2045	8.669	6.866	8.735	9.392	8.080
Vækst i antal, 2021-2045	3.852	2.049	3.919	4.576	3.263
Vækst i %, 2021-2045	80,0%	42,5%	81,3%	95,0%	67,7%
Gns. vækst pr. år	2,5%	1,5%	2,5%	2,8%	2,2%



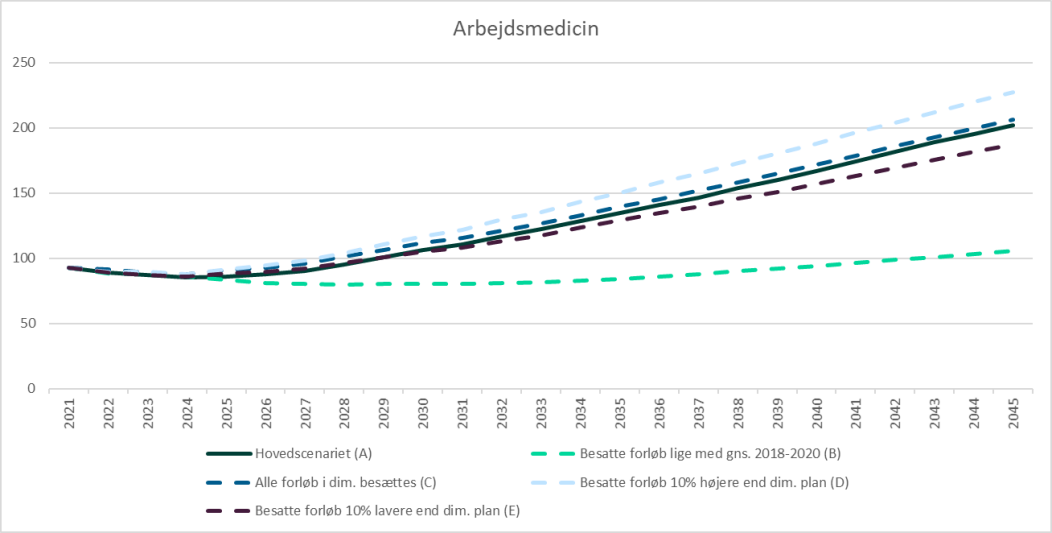
Anæstesiologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	1.280	1.280	1.280	1.280	1.281
Antal i 2025	1.365	1.355	1.357	1.364	1.352
Antal i 2030	1.423	1.413	1.421	1.459	1.385
Antal i 2035	1.513	1.496	1.515	1.580	1.449
Antal i 2040	1.617	1.586	1.616	1.710	1.524
Antal i 2045	1.688	1.640	1.686	1.804	1.566
Vækst i antal, 2021-2045	408	361	406	523	285
Vækst i %, 2021-2045	31,8%	28,2%	31,7%	40,9%	22,3%
Gns. vækst pr. år	1,2%	1,0%	1,2%	1,4%	0,8%



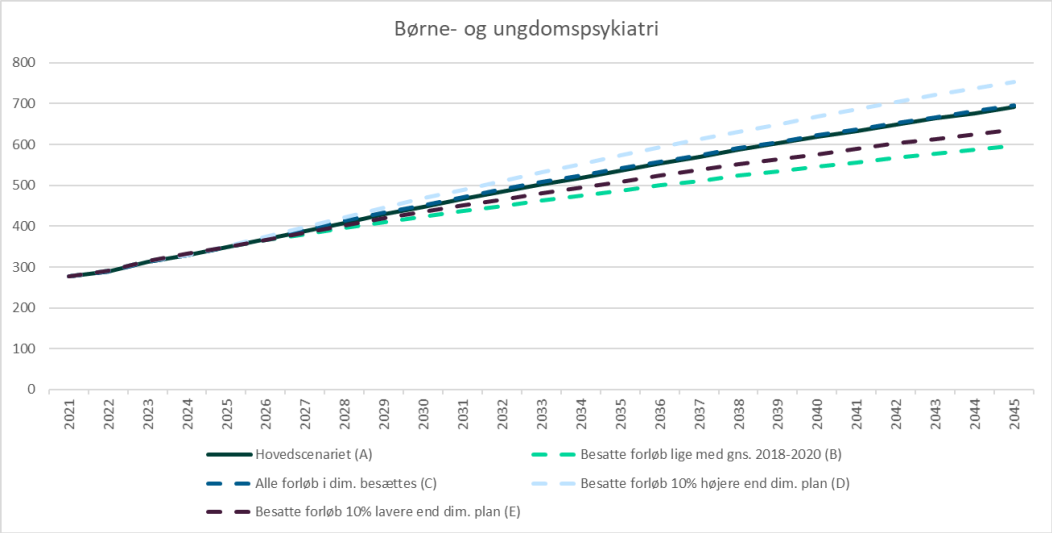
Arbejdsmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	93	93	93	93	93
Antal i 2025	86	83	91	92	88
Antal i 2030	106	81	112	117	105
Antal i 2035	135	84	140	150	129
Antal i 2040	167	94	172	188	157
Antal i 2045	202	106	207	227	187
Vækst i antal, 2021-2045	109	13	114	134	94
Vækst i %, 2021-2045	117,5%	13,9%	122,7%	144,9%	101,6%
Gns. vækst pr. år	3,3%	0,5%	3,4%	3,8%	3,0%



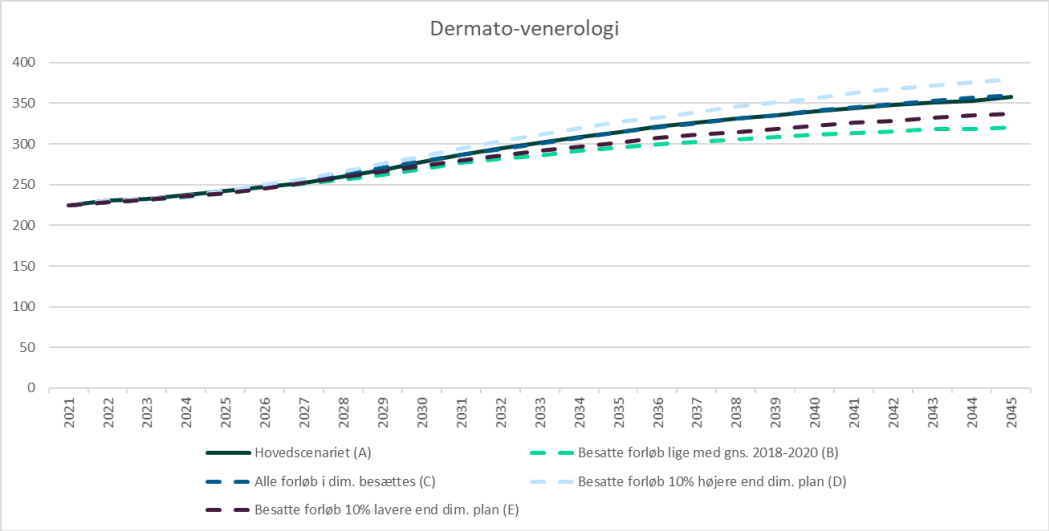
Børne- og ungdomspsykiatri

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	277	277	277	277	277
Antal i 2025	349	349	349	350	348
Antal i 2030	447	423	452	469	435
Antal i 2035	537	487	541	573	509
Antal i 2040	619	546	622	669	576
Antal i 2045	691	597	696	754	636
Vækst i antal, 2021-2045	414	320	419	477	359
Vækst i %, 2021-2045	149,4%	115,3%	151,0%	171,8%	129,6%
Gns. vækst pr. år	3,9%	3,2%	3,9%	4,3%	3,5%



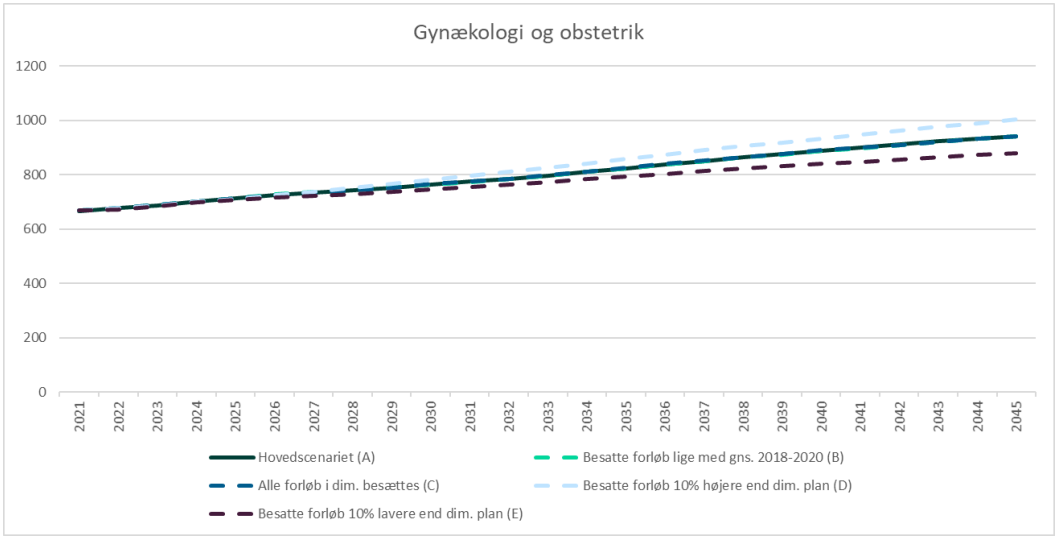
Dermato-venerologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	225	225	225	225	225
Antal i 2025	242	239	241	243	240
Antal i 2030	278	269	279	285	273
Antal i 2035	315	296	315	327	302
Antal i 2040	340	311	341	356	323
Antal i 2045	357	321	360	379	337
Vækst i antal, 2021-2045	133	96	135	155	112
Vækst i %, 2021-2045	59,2%	42,6%	60,1%	68,9%	50,1%
Gns. vækst pr. år	2,0%	1,5%	2,0%	2,2%	1,7%



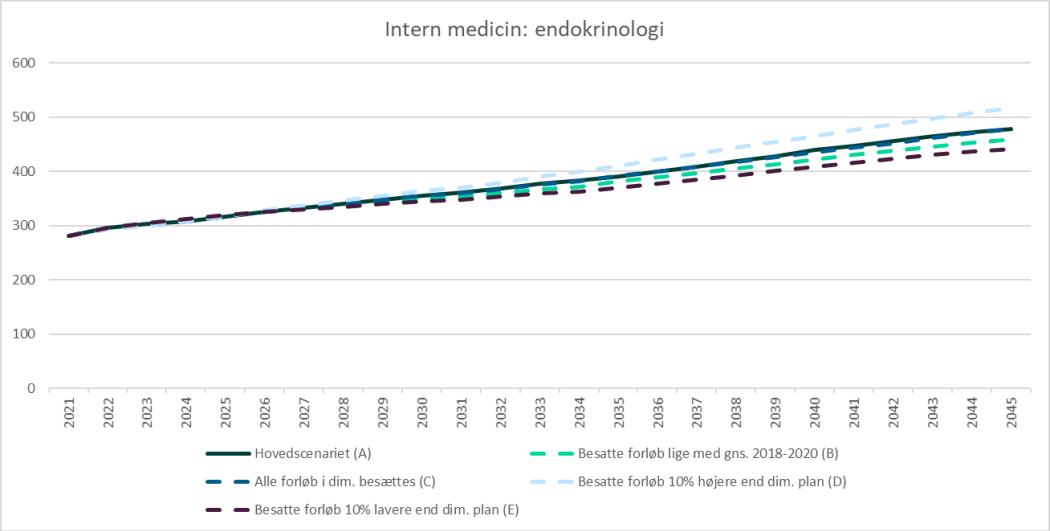
Gynækologi og obstetrik

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	667	667	668	668	667
Antal i 2025	712	714	714	711	706
Antal i 2030	763	764	765	780	747
Antal i 2035	822	822	825	857	792
Antal i 2040	887	887	890	934	841
Antal i 2045	941	940	942	1.003	878
Vækst i antal, 2021-2045	273	273	274	335	210
Vækst i %, 2021-2045	41,0%	40,9%	41,1%	50,2%	31,5%
Gns. vækst pr. år	1,4%	1,4%	1,4%	1,7%	1,1%



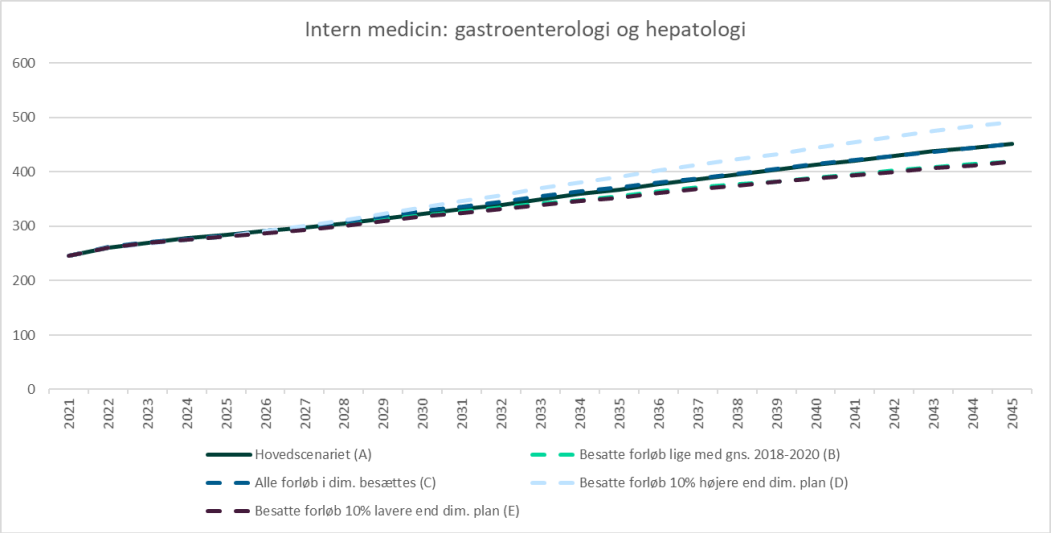
Intern medicin: endokrinologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	281	281	281	281	281
Antal i 2025	317	318	316	317	319
Antal i 2030	355	349	355	363	345
Antal i 2035	391	381	392	410	370
Antal i 2040	439	422	435	465	409
Antal i 2045	478	459	477	517	441
Vækst i antal, 2021-2045	197	178	196	236	161
Vækst i %, 2021-2045	70,1%	63,5%	70,0%	84,0%	57,2%
Gns. vækst pr. år	2,2%	2,1%	2,2%	2,6%	1,9%



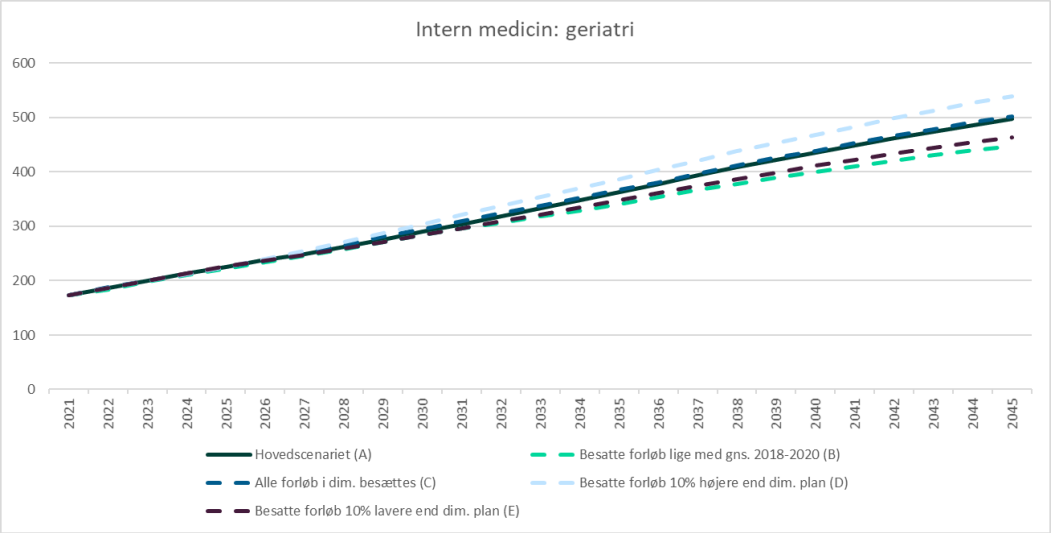
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	245	245	245	245	245
Antal i 2025	284	282	283	281	281
Antal i 2030	324	320	329	335	318
Antal i 2035	368	355	372	391	353
Antal i 2040	414	389	414	445	388
Antal i 2045	452	420	451	491	419
Vækst i antal, 2021-2045	207	174	206	246	173
Vækst i %, 2021-2045	84,3%	71,0%	84,1%	100,4%	70,5%
Gns. vækst pr. år	2,6%	2,3%	2,6%	2,9%	2,2%



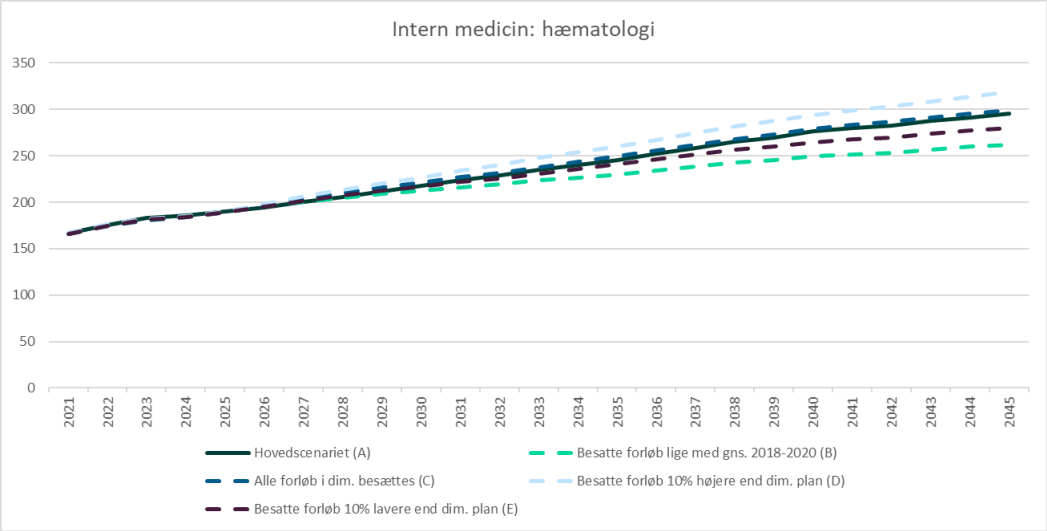
Intern medicin: geriatri

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	173	174	174	173	174
Antal i 2025	226	223	226	225	226
Antal i 2030	290	284	295	304	284
Antal i 2035	362	341	367	387	348
Antal i 2040	436	400	439	468	411
Antal i 2045	497	448	502	540	464
Vækst i antal, 2021-2045	324	274	329	366	290
Vækst i %, 2021-2045	186,8%	158,0%	189,3%	211,1%	166,6%
Gns. vækst pr. år	4,5%	4,0%	4,5%	4,8%	4,2%



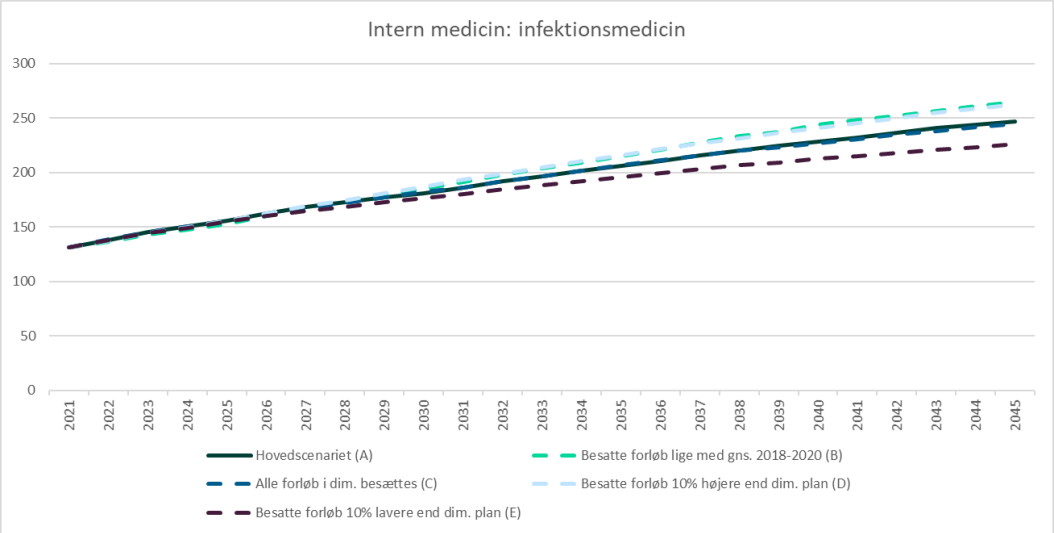
Intern medicin: hæmatologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	166	166	166	166	166
Antal i 2025	190	190	189	190	189
Antal i 2030	218	212	222	227	217
Antal i 2035	246	230	250	260	241
Antal i 2040	276	250	279	294	264
Antal i 2045	296	262	299	319	280
Vækst i antal, 2021-2045	129	96	133	152	114
Vækst i %, 2021-2045	77,8%	57,6%	79,8%	91,5%	68,3%
Gns. vækst pr. år	2,4%	1,9%	2,5%	2,7%	2,2%



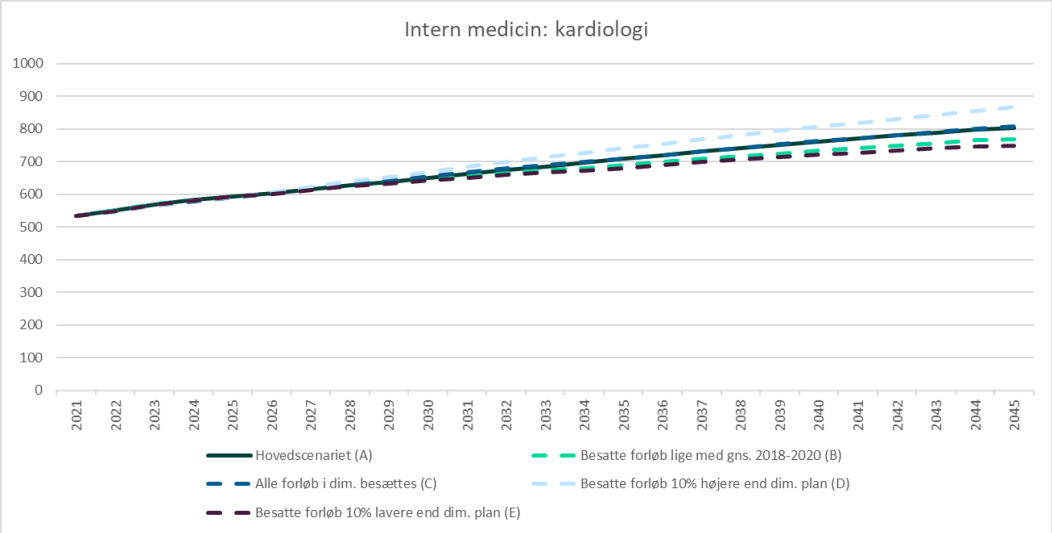
Intern medicin: infektionsmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	131	131	131	131	131
Antal i 2025	156	153	156	156	155
Antal i 2030	181	186	182	187	176
Antal i 2035	206	215	207	216	196
Antal i 2040	228	244	227	241	213
Antal i 2045	247	265	245	262	226
Vækst i antal, 2021-2045	115	134	113	131	95
Vækst i %, 2021-2045	87,7%	101,7%	86,4%	99,8%	72,1%
Gns. vækst pr. år	2,7%	3,0%	2,6%	2,9%	2,3%



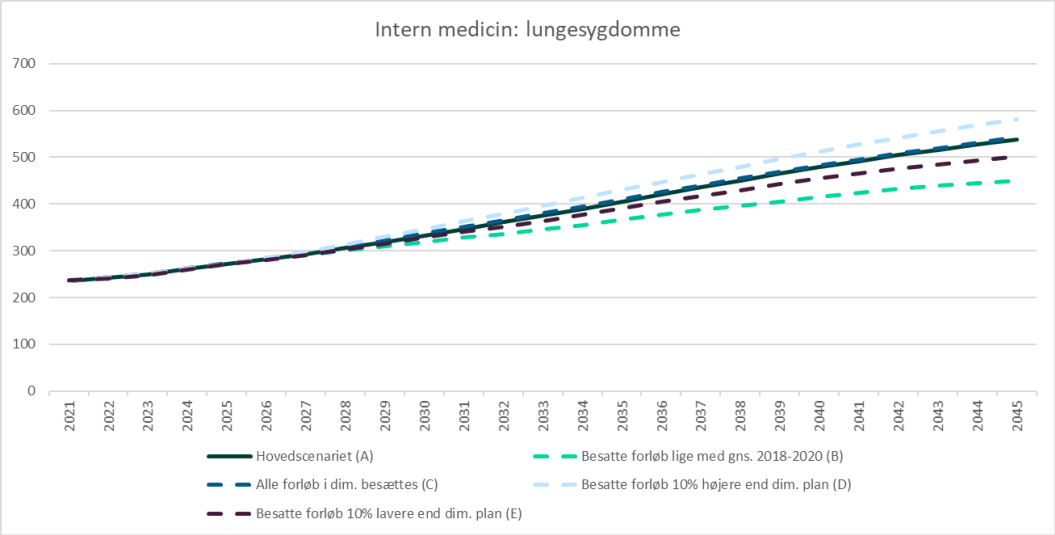
Intern medicin: kardiologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	535	535	535	535	535
Antal i 2025	593	591	590	590	592
Antal i 2030	651	646	655	668	642
Antal i 2035	708	689	709	741	680
Antal i 2040	762	734	763	808	721
Antal i 2045	803	769	808	868	750
Vækst i antal, 2021-2045	268	234	273	333	215
Vækst i %, 2021-2045	50,2%	43,9%	51,1%	62,3%	40,2%
Gns. vækst pr. år	1,7%	1,5%	1,7%	2,0%	1,4%



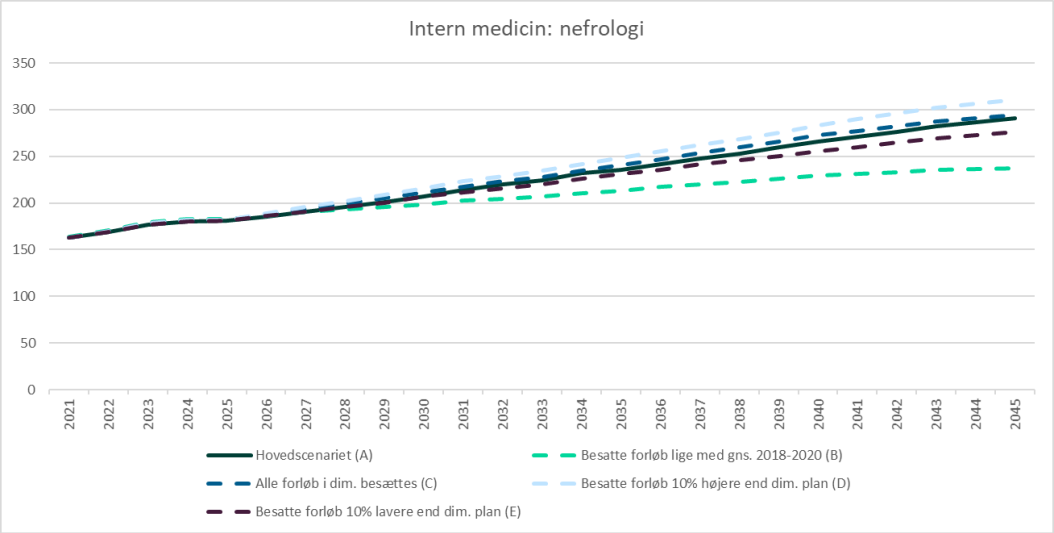
Intern medicin: lungesygdomme

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	236	236	236	236	236
Antal i 2025	272	272	273	272	271
Antal i 2030	332	319	337	347	328
Antal i 2035	406	366	411	430	391
Antal i 2040	480	415	483	513	455
Antal i 2045	538	450	543	581	502
Vækst i antal, 2021-2045	302	214	307	345	266
Vækst i %, 2021-2045	127,8%	90,5%	130,0%	145,9%	112,5%
Gns. vækst pr. år	3,5%	2,7%	3,5%	3,8%	3,2%



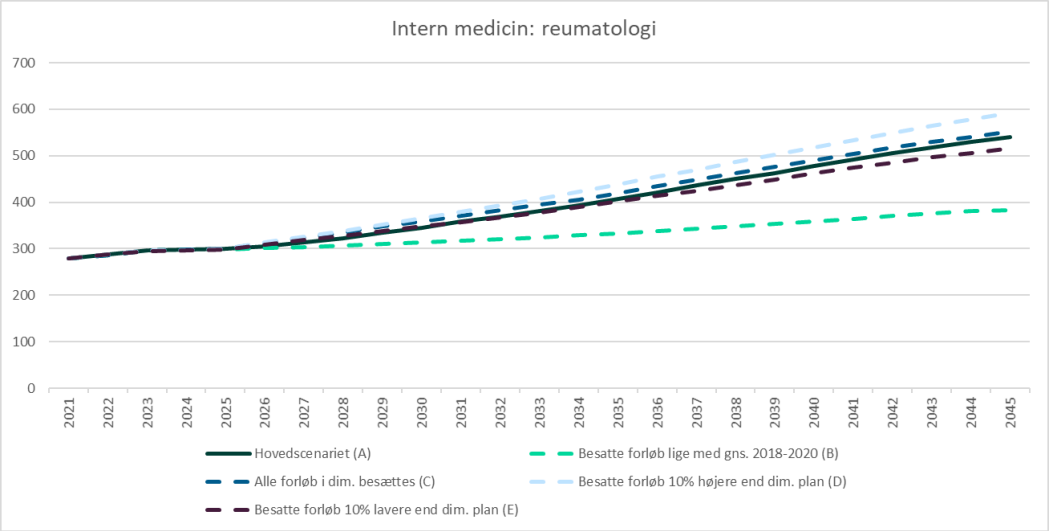
Intern medicin: nefrologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	163	163	163	163	163
Antal i 2025	181	183	182	182	181
Antal i 2030	207	198	211	216	207
Antal i 2035	236	213	241	248	231
Antal i 2040	266	229	273	283	255
Antal i 2045	291	237	294	311	276
Vækst i antal, 2021-2045	127	74	131	147	113
Vækst i %, 2021-2045	78,1%	45,2%	80,2%	90,2%	69,0%
Gns. vækst pr. år	2,4%	1,6%	2,5%	2,7%	2,2%



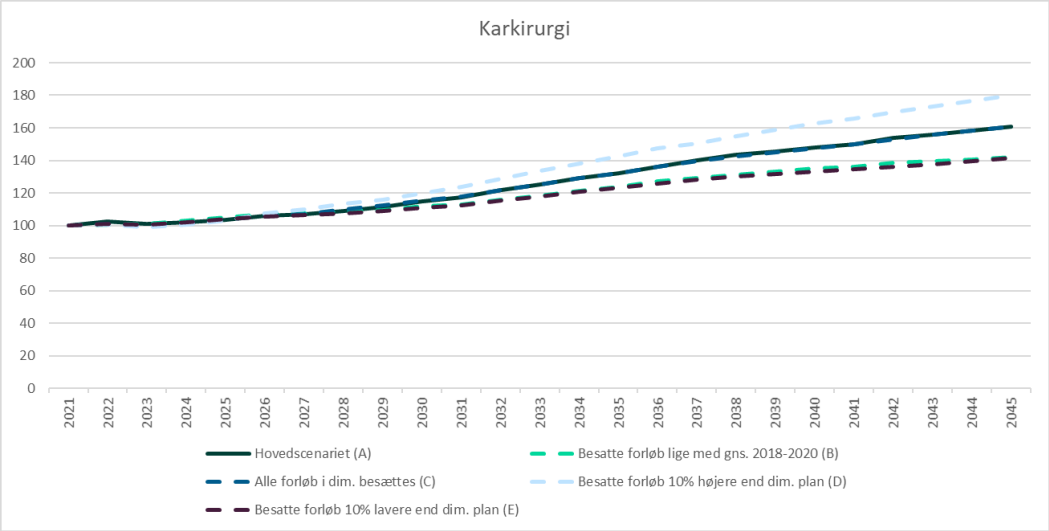
Intern medicin: reumatologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	279	279	279	279	279
Antal i 2025	301	299	299	299	299
Antal i 2030	345	313	359	365	348
Antal i 2035	407	333	419	439	402
Antal i 2040	478	359	490	518	463
Antal i 2045	540	383	552	591	515
Vækst i antal, 2021-2045	261	104	273	312	236
Vækst i %, 2021-2045	93,6%	37,3%	97,8%	111,9%	84,6%
Gns. vækst pr. år	2,8%	1,3%	2,9%	3,2%	2,6%



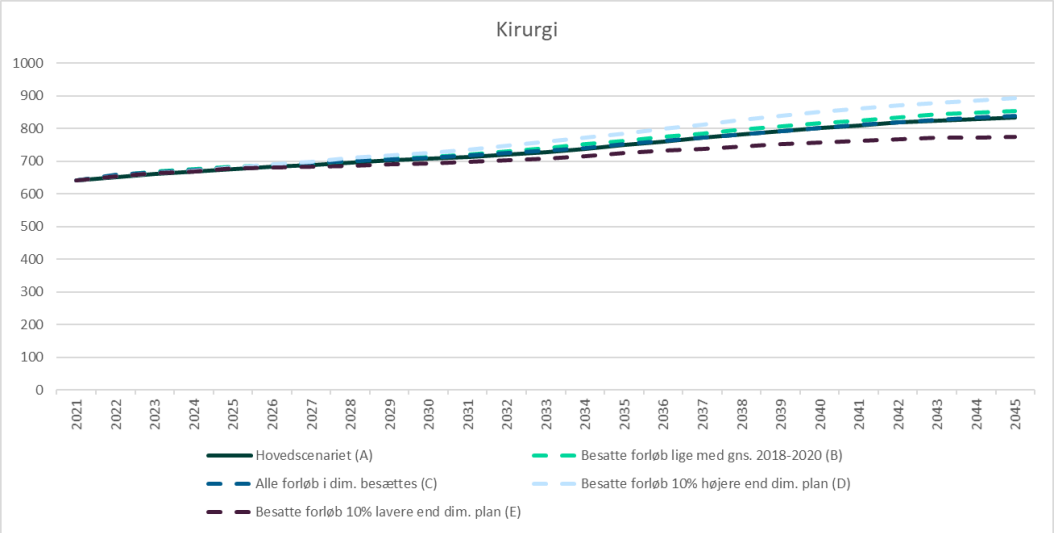
Karkirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	100	100	100	100	100
Antal i 2025	104	105	103	103	104
Antal i 2030	115	112	115	120	111
Antal i 2035	132	123	132	142	123
Antal i 2040	148	135	147	163	133
Antal i 2045	161	142	161	180	142
Vækst i antal, 2021-2045	61	42	61	80	42
Vækst i %, 2021-2045	60,8%	41,7%	60,7%	79,9%	41,5%
Gns. vækst pr. år	2,0%	1,5%	2,0%	2,5%	1,5%



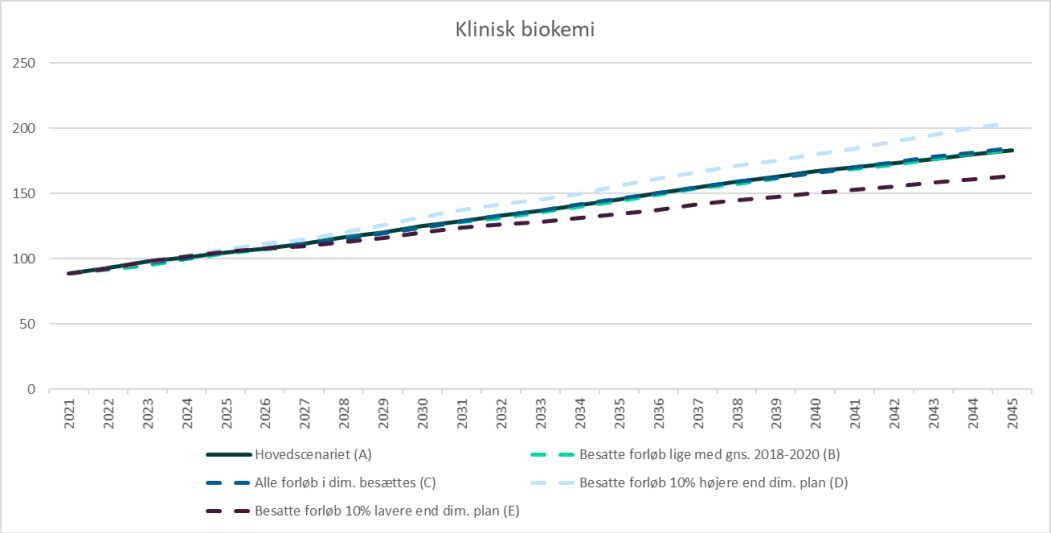
Kirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	643	642	642	643	643
Antal i 2025	676	683	682	680	678
Antal i 2030	708	714	710	725	693
Antal i 2035	749	763	752	785	725
Antal i 2040	802	817	802	851	758
Antal i 2045	833	854	838	894	776
Vækst i antal, 2021-2045	191	211	196	251	133
Vækst i %, 2021-2045	29,7%	32,9%	30,6%	39,1%	20,8%
Gns. vækst pr. år	1,1%	1,2%	1,1%	1,4%	0,8%



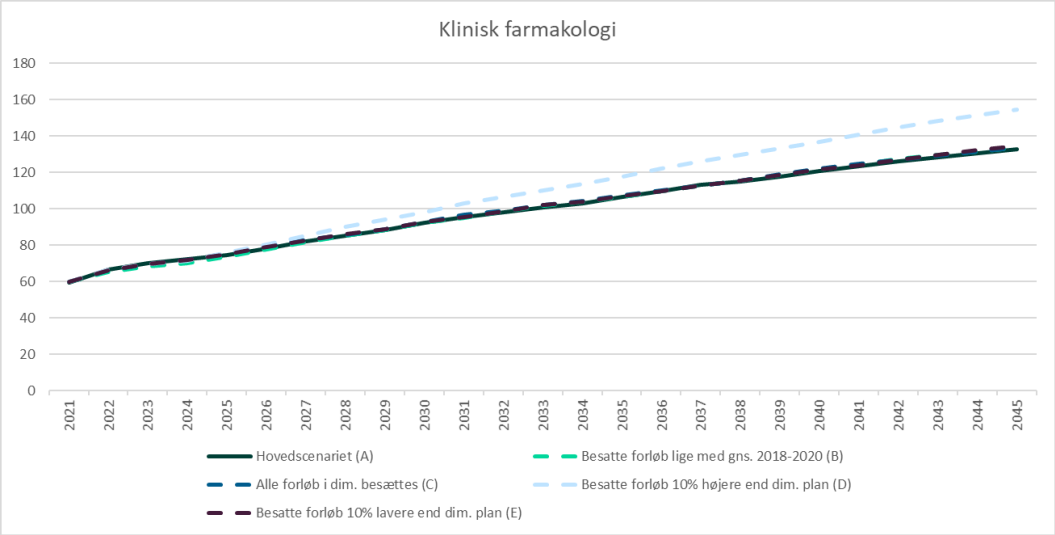
Klinisk biokemi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	89	89	89	89	89
Antal i 2025	105	104	105	107	105
Antal i 2030	125	124	124	132	120
Antal i 2035	146	144	146	156	135
Antal i 2040	167	166	166	180	151
Antal i 2045	183	183	185	204	163
Vækst i antal, 2021-2045	95	95	96	116	75
Vækst i %, 2021-2045	106,5%	106,6%	108,6%	130,4%	84,1%
Gns. vækst pr. år	3,1%	3,1%	3,1%	3,5%	2,6%



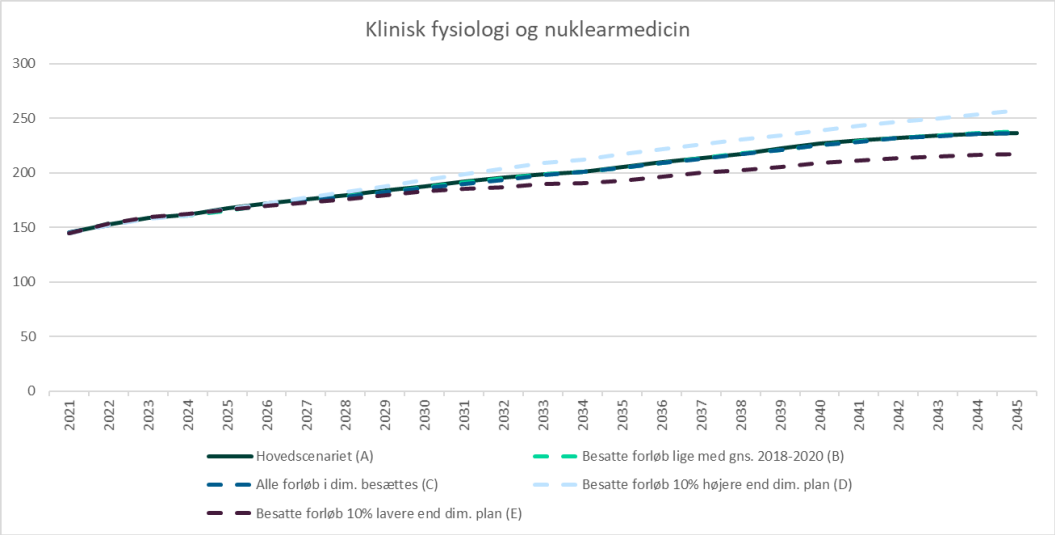
Klinisk farmakologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	60	60	60	60	60
Antal i 2025	75	74	76	76	75
Antal i 2030	92	92	93	98	93
Antal i 2035	107	107	108	118	107
Antal i 2040	121	122	122	137	122
Antal i 2045	133	134	134	155	135
Vækst i antal, 2021-2045	73	74	74	95	75
Vækst i %, 2021-2045	122,5%	123,7%	123,9%	158,6%	125,4%
Gns. vækst pr. år	3,4%	3,4%	3,4%	4,0%	3,4%



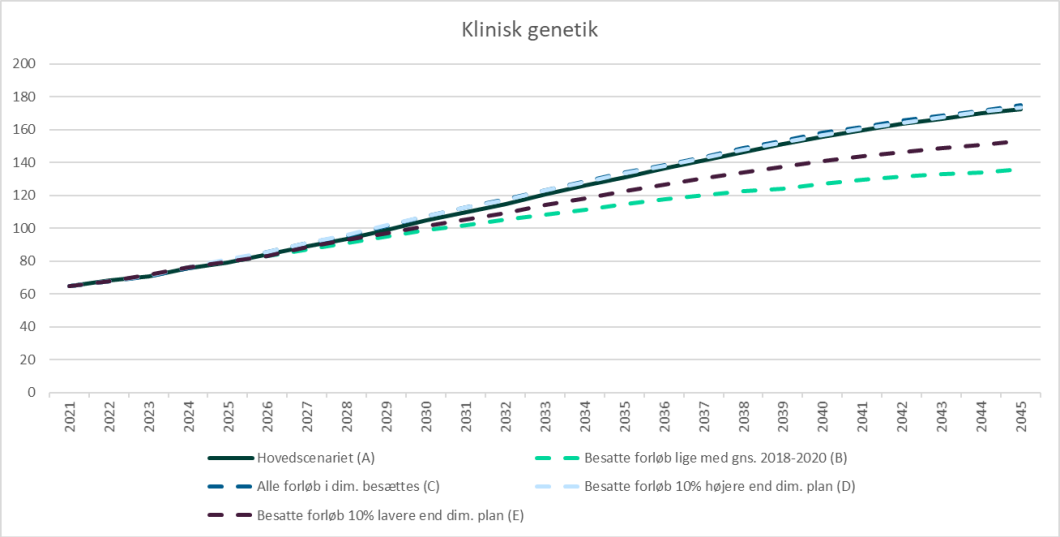
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	145	145	145	145	145
Antal i 2025	167	166	167	167	166
Antal i 2030	188	187	186	194	183
Antal i 2035	205	204	205	217	193
Antal i 2040	226	225	225	239	209
Antal i 2045	237	238	237	257	217
Vækst i antal, 2021-2045	92	93	92	112	72
Vækst i %, 2021-2045	63,3%	64,3%	63,3%	77,7%	50,0%
Gns. vækst pr. år	2,1%	2,1%	2,1%	2,4%	1,7%



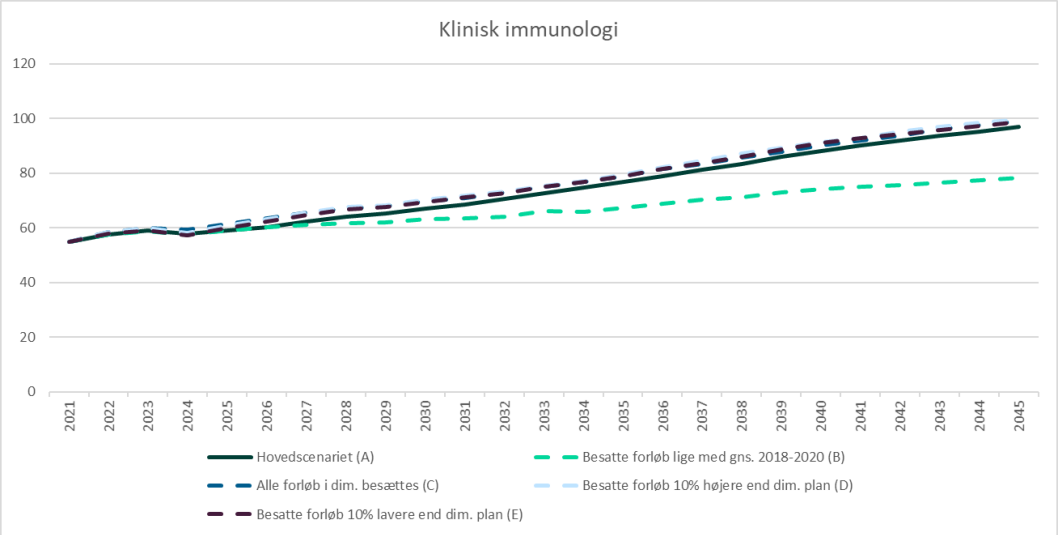
Klinisk genetik

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	65	65	65	65	65
Antal i 2025	79	80	80	81	80
Antal i 2030	105	99	107	107	101
Antal i 2035	131	114	134	133	123
Antal i 2040	155	127	158	157	141
Antal i 2045	173	136	175	173	153
Vækst i antal, 2021-2045	108	71	110	109	88
Vækst i %, 2021-2045	165,9%	109,4%	169,7%	167,4%	136,4%
Gns. vækst pr. år	4,2%	3,1%	4,2%	4,2%	3,6%



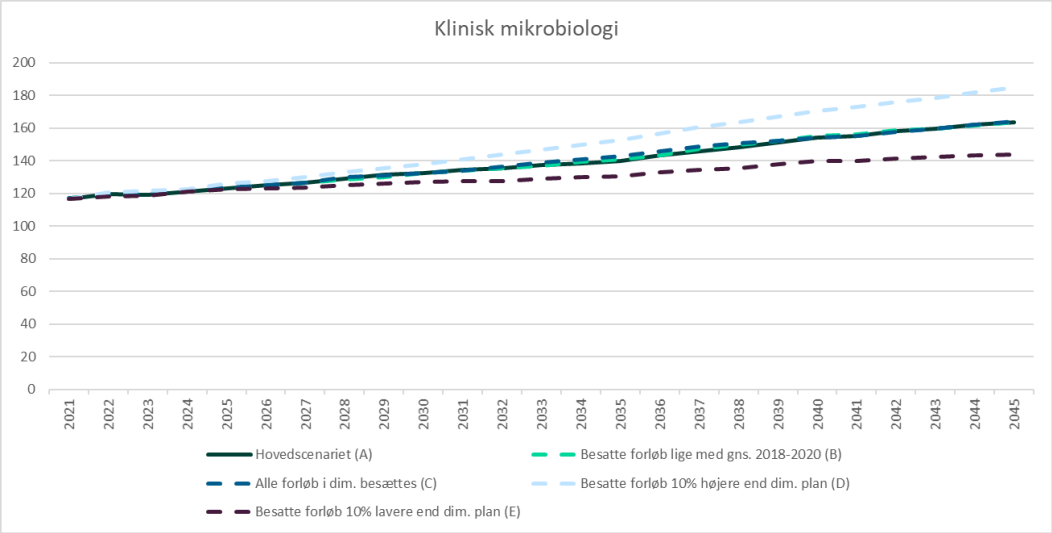
Klinisk immunologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	55	55	55	55	55
Antal i 2025	59	59	61	61	60
Antal i 2030	67	63	70	70	69
Antal i 2035	77	67	79	80	79
Antal i 2040	88	74	90	91	91
Antal i 2045	97	78	99	100	99
Vækst i antal, 2021-2045	42	23	44	45	44
Vækst i %, 2021-2045	76,5%	42,6%	79,8%	81,4%	79,4%
Gns. vækst pr. år	2,4%	1,5%	2,5%	2,5%	2,5%



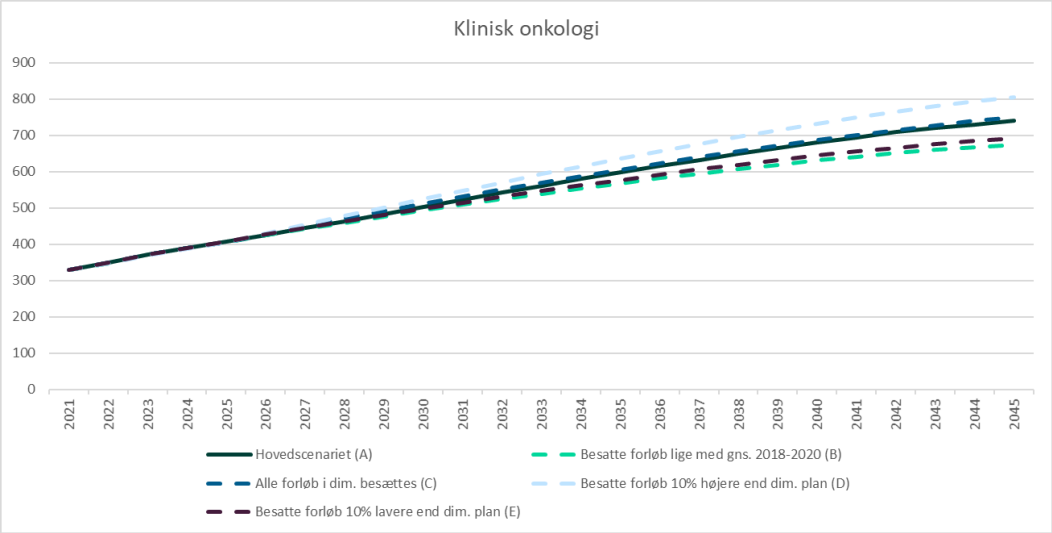
Klinisk mikrobiologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	117	117	117	117	117
Antal i 2025	123	123	124	126	123
Antal i 2030	133	132	132	138	127
Antal i 2035	140	141	143	153	131
Antal i 2040	154	155	154	170	140
Antal i 2045	164	164	164	185	144
Vækst i antal, 2021-2045	47	47	47	68	27
Vækst i %, 2021-2045	40,1%	40,0%	40,1%	58,3%	23,1%
Gns. vækst pr. år	1,4%	1,4%	1,4%	1,9%	0,9%



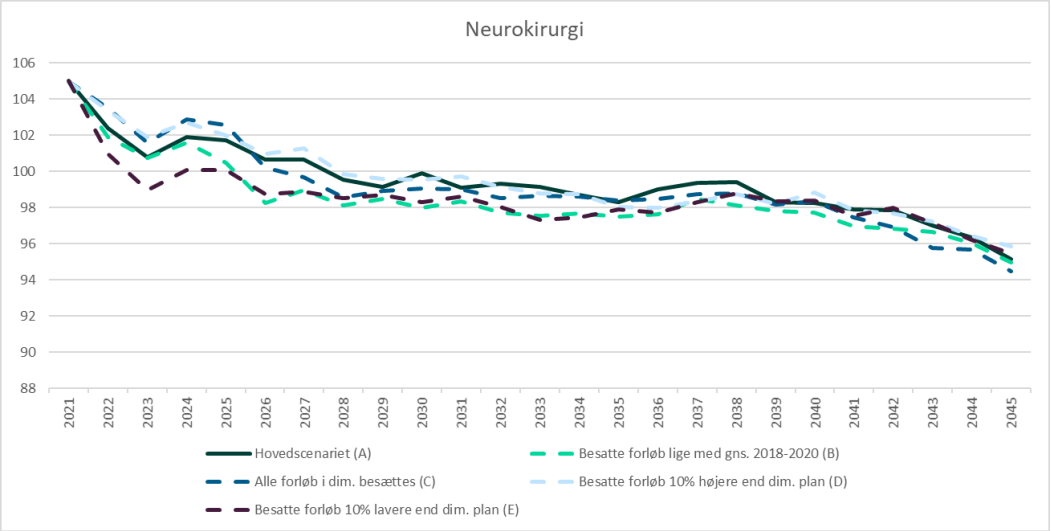
Klinisk onkologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	329	330	329	329	329
Antal i 2025	407	406	406	405	407
Antal i 2030	503	493	512	526	498
Antal i 2035	598	568	606	636	577
Antal i 2040	680	631	688	733	644
Antal i 2045	741	675	750	806	693
Vækst i antal, 2021-2045	412	345	421	477	364
Vækst i %, 2021-2045	125,2%	104,7%	127,7%	145,0%	110,6%
Gns. vækst pr. år	3,4%	3,0%	3,5%	3,8%	3,2%



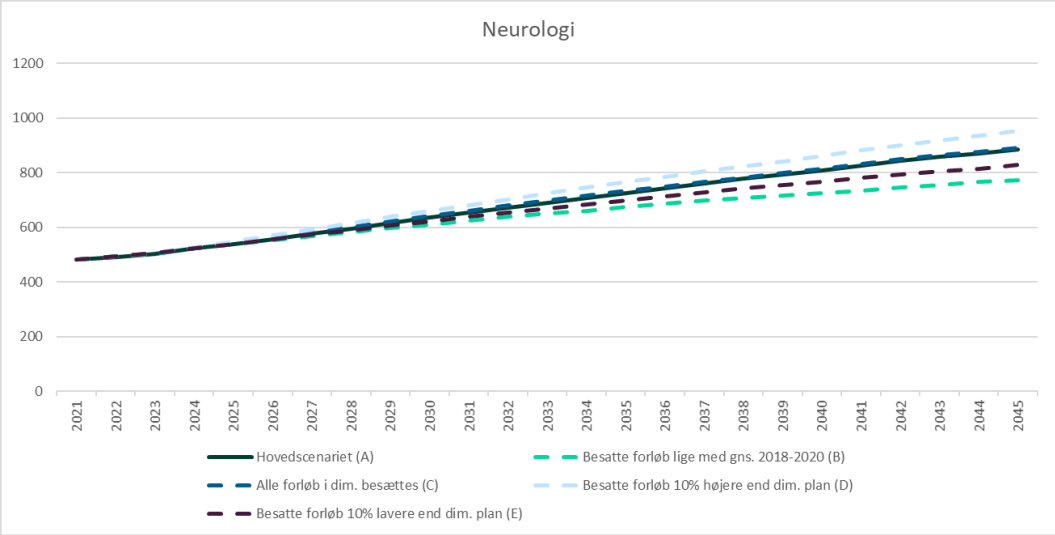
Neurokirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	105	105	105	105	105
Antal i 2025	102	100	103	102	100
Antal i 2030	100	98	99	100	98
Antal i 2035	98	98	98	98	98
Antal i 2040	98	98	98	99	98
Antal i 2045	95	95	94	96	95
Vækst i antal, 2021-2045	-10	-10	-11	-9	-10
Vækst i %, 2021-2045	-9,4%	-9,5%	-10,0%	-8,7%	-9,1%
Gns. vækst pr. år	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%	-0,4%



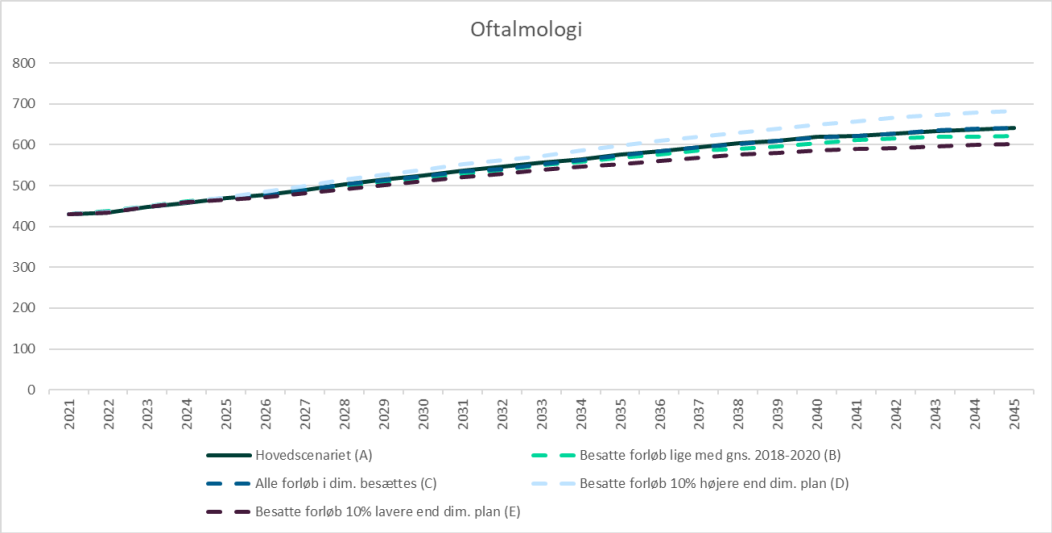
Neurologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	482	482	482	482	482
Antal i 2025	538	540	541	548	539
Antal i 2030	635	611	641	661	622
Antal i 2035	725	673	733	765	699
Antal i 2040	809	724	815	862	767
Antal i 2045	885	772	892	953	829
Vækst i antal, 2021-2045	403	291	410	471	347
Vækst i %, 2021-2045	83,5%	60,4%	84,9%	97,6%	71,9%
Gns. vækst pr. år	2,6%	2,0%	2,6%	2,9%	2,3%



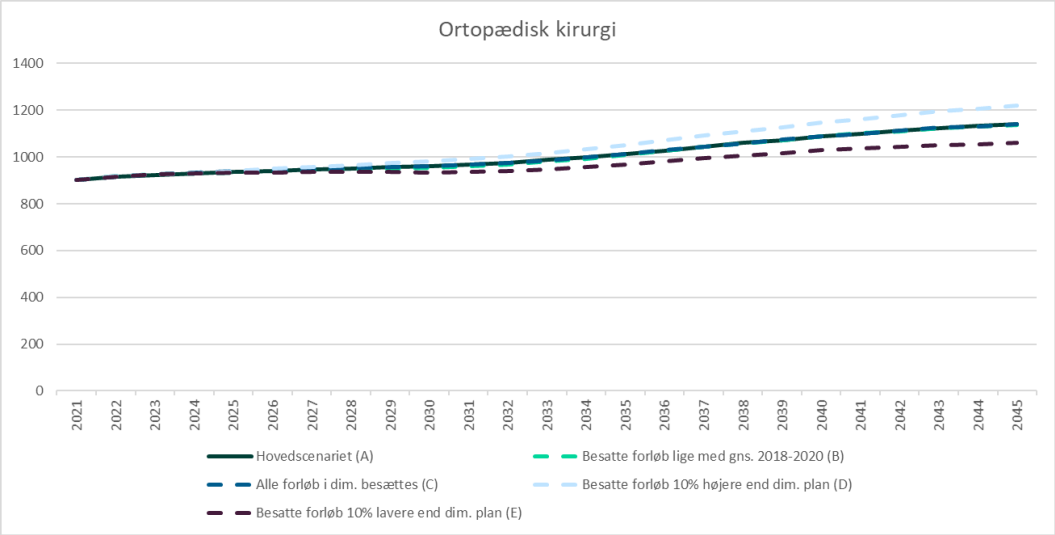
Oftalmologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	430	430	431	431	431
Antal i 2025	469	470	469	472	466
Antal i 2030	526	520	523	539	510
Antal i 2035	576	568	574	598	552
Antal i 2040	619	605	618	649	587
Antal i 2045	641	621	641	682	601
Vækst i antal, 2021-2045	211	191	210	251	170
Vækst i %, 2021-2045	48,9%	44,4%	48,8%	58,4%	39,6%
Gns. vækst pr. år	1,7%	1,5%	1,7%	1,9%	1,4%



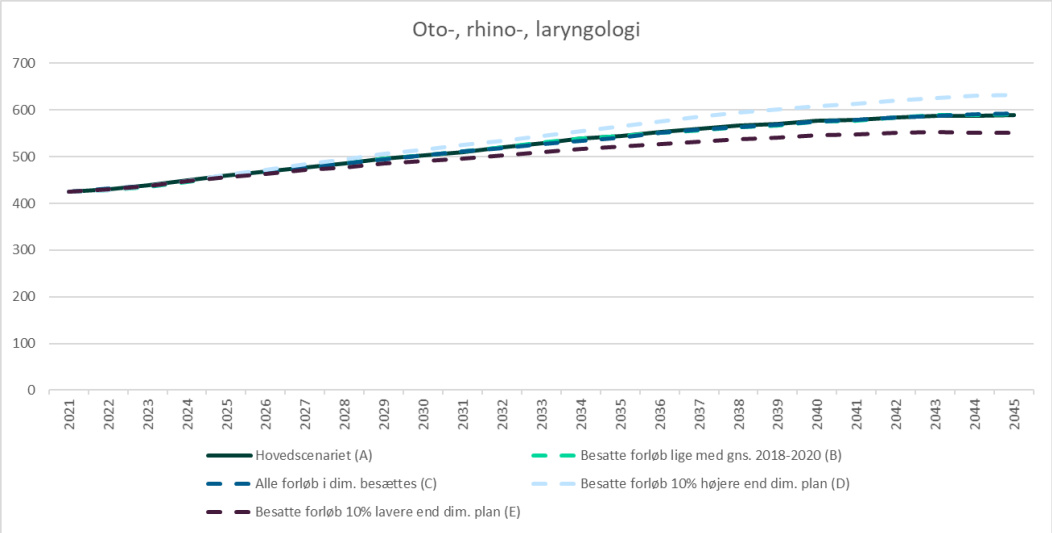
Ortopædisk kirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	902	902	902	902	902
Antal i 2025	936	934	942	941	933
Antal i 2030	960	954	961	981	934
Antal i 2035	1.013	1.010	1.011	1.050	967
Antal i 2040	1.088	1.087	1.088	1.147	1.028
Antal i 2045	1.140	1.138	1.141	1.220	1.060
Vækst i antal, 2021-2045	239	236	239	318	158
Vækst i %, 2021-2045	26,5%	26,2%	26,5%	35,3%	17,6%
Gns. vækst pr. år	1,0%	1,0%	1,0%	1,3%	0,7%



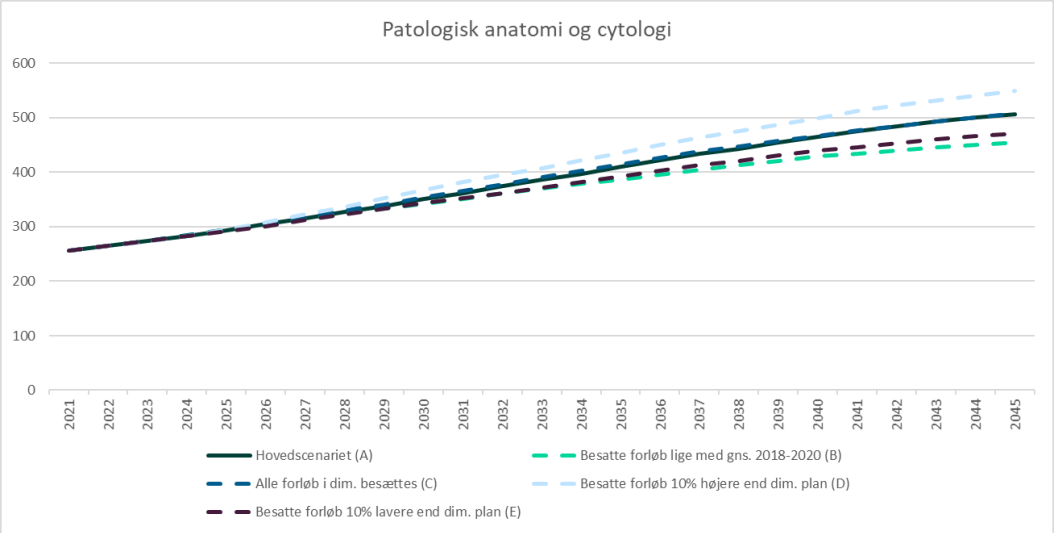
Oto-, rhino-, laryngologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4
Antal i 2021	425	425	425	425	425
Antal i 2025	459	457	459	461	456
Antal i 2030	503	502	502	514	490
Antal i 2035	545	544	542	564	521
Antal i 2040	578	575	575	609	545
Antal i 2045	590	591	592	633	551
Vækst i antal, 2021-2045	165	167	168	208	126
Vækst i %, 2021-2045	38,9%	39,3%	39,5%	48,8%	29,8%
Gns. vækst pr. år	1,4%	1,4%	1,4%	1,7%	1,1%



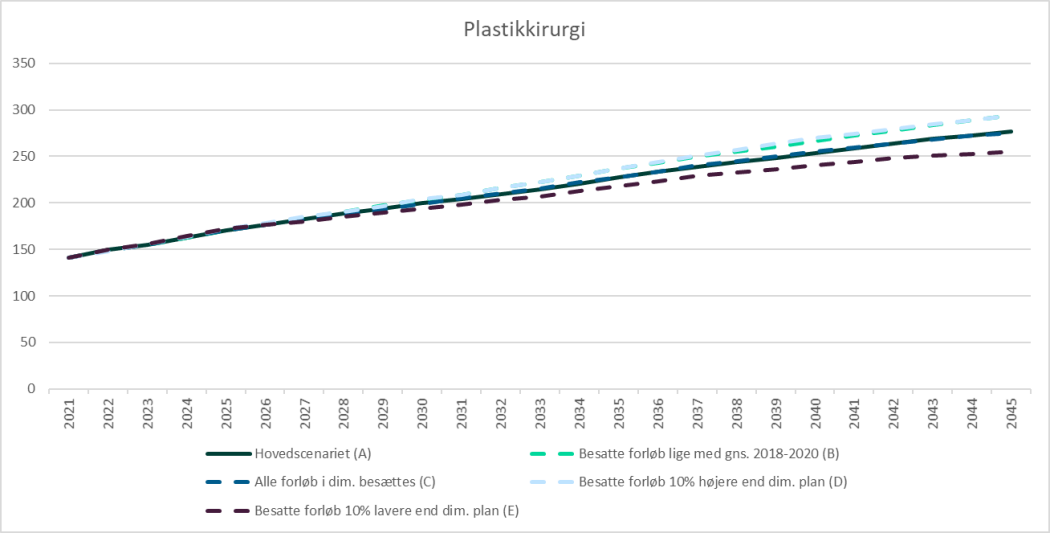
Patologisk anatomi og cytologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	256	256	256	256	256
Antal i 2025	294	295	294	295	292
Antal i 2030	350	342	353	367	343
Antal i 2035	410	387	415	436	393
Antal i 2040	465	429	467	500	439
Antal i 2045	507	454	508	550	471
Vækst i antal, 2021-2045	251	198	253	294	215
Vækst i %, 2021-2045	98,2%	77,5%	98,8%	114,9%	84,2%
Gns. vækst pr. år	2,9%	2,4%	2,9%	3,2%	2,6%



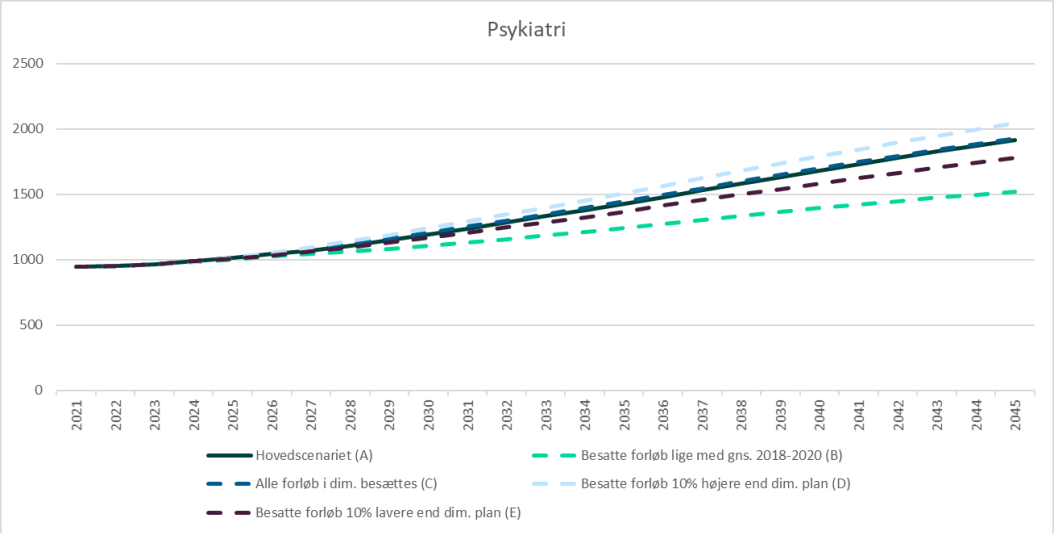
Plastikkirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	141	141	141	141	141
Antal i 2025	171	170	171	172	172
Antal i 2030	200	204	199	204	194
Antal i 2035	227	237	228	237	218
Antal i 2040	253	267	255	270	240
Antal i 2045	276	294	275	294	255
Vækst i antal, 2021-2045	135	153	134	153	114
Vækst i %, 2021-2045	95,5%	108,1%	94,9%	108,3%	80,4%
Gns. vækst pr. år	2,8%	3,1%	2,8%	3,1%	2,5%



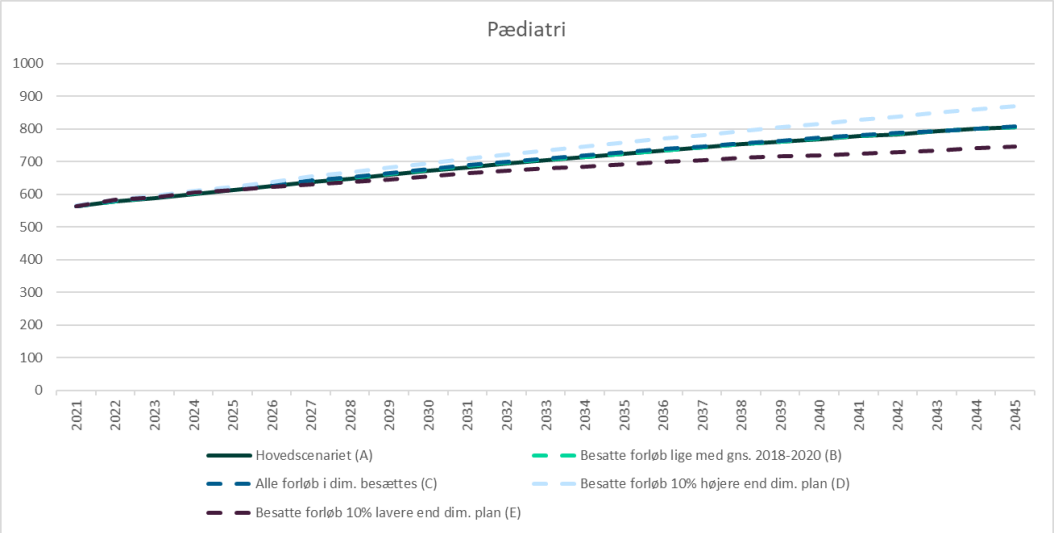
Psykiatri

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	945	944	945	944	944
Antal i 2025	1.016	1.004	1.014	1.015	1.009
Antal i 2030	1.191	1.107	1.204	1.240	1.167
Antal i 2035	1.430	1.244	1.444	1.510	1.367
Antal i 2040	1.683	1.395	1.699	1.790	1.583
Antal i 2045	1.914	1.522	1.927	2.044	1.778
Vækst i antal, 2021-2045	970	577	982	1.100	834
Vækst i %, 2021-2045	102,7%	61,1%	104,0%	116,6%	88,4%
Gns. vækst pr. år	3,0%	2,0%	3,0%	3,3%	2,7%



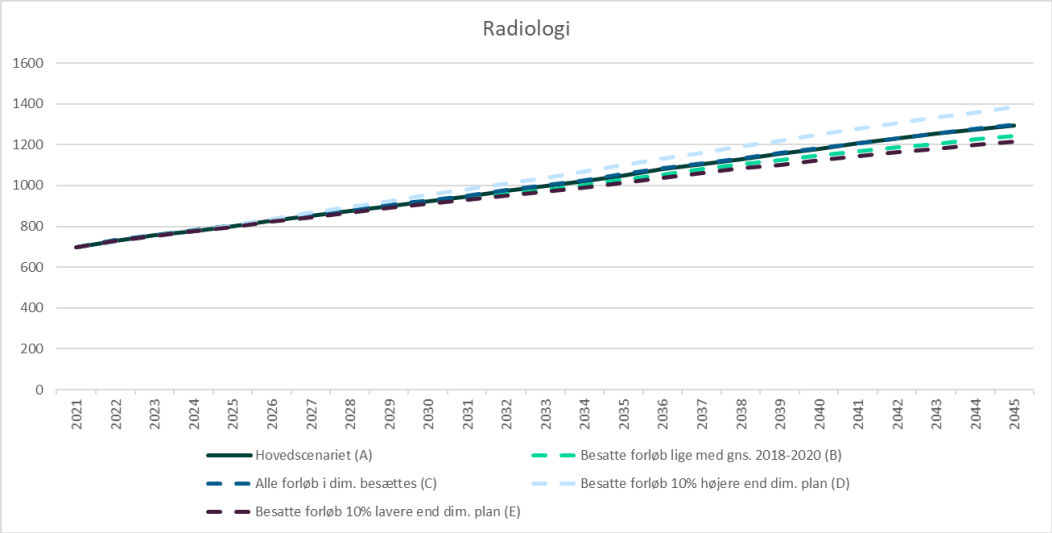
Pædiatri

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	564	564	564	565	565
Antal i 2025	614	615	618	624	614
Antal i 2030	672	674	677	694	655
Antal i 2035	723	723	728	759	691
Antal i 2040	769	770	773	816	719
Antal i 2045	806	807	807	869	746
Vækst i antal, 2021-2045	241	242	243	304	182
Vækst i %, 2021-2045	42,8%	42,9%	43,1%	53,8%	32,2%
Gns. vækst pr. år	1,5%	1,5%	1,5%	1,8%	1,2%



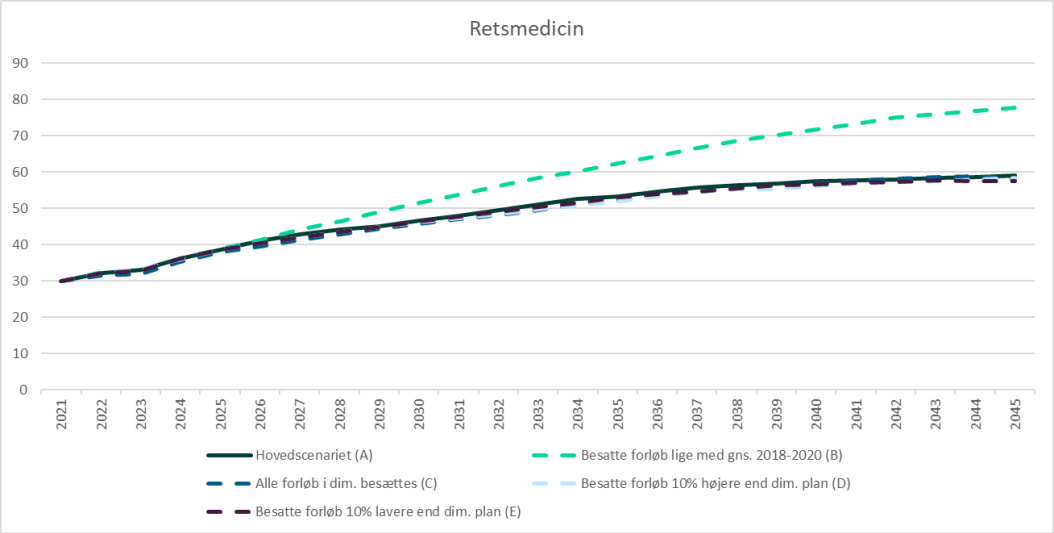
Radiologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	696	696	696	696	696
Antal i 2025	801	806	802	804	796
Antal i 2030	924	916	928	953	910
Antal i 2035	1.050	1.028	1.055	1.099	1.014
Antal i 2040	1.180	1.146	1.185	1.250	1.124
Antal i 2045	1.293	1.242	1.297	1.383	1.215
Vækst i antal, 2021-2045	597	546	601	686	519
Vækst i %, 2021-2045	85,7%	78,5%	86,3%	98,6%	74,6%
Gns. vækst pr. år	2,6%	2,4%	2,6%	2,9%	2,3%



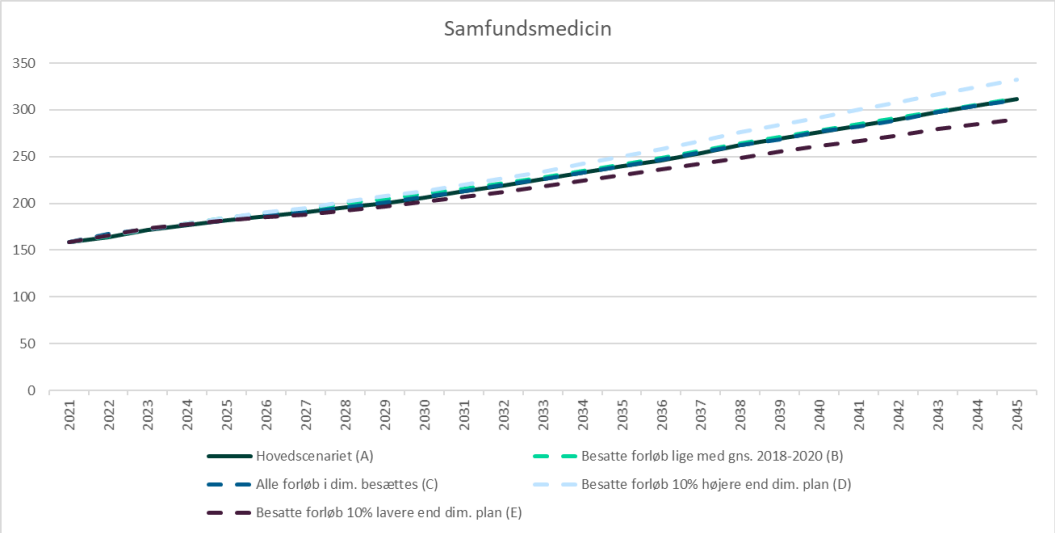
Retsmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	30	30	30	30	30
Antal i 2025	38	39	38	39	39
Antal i 2030	46	51	46	46	46
Antal i 2035	53	62	52	52	53
Antal i 2040	57	72	57	56	57
Antal i 2045	59	78	58	58	58
Vækst i antal, 2021-2045	29	48	28	28	28
Vækst i %, 2021-2045	97,4%	159,1%	93,9%	94,9%	92,3%
Gns. vækst pr. år	2,9%	4,0%	2,8%	2,8%	2,8%



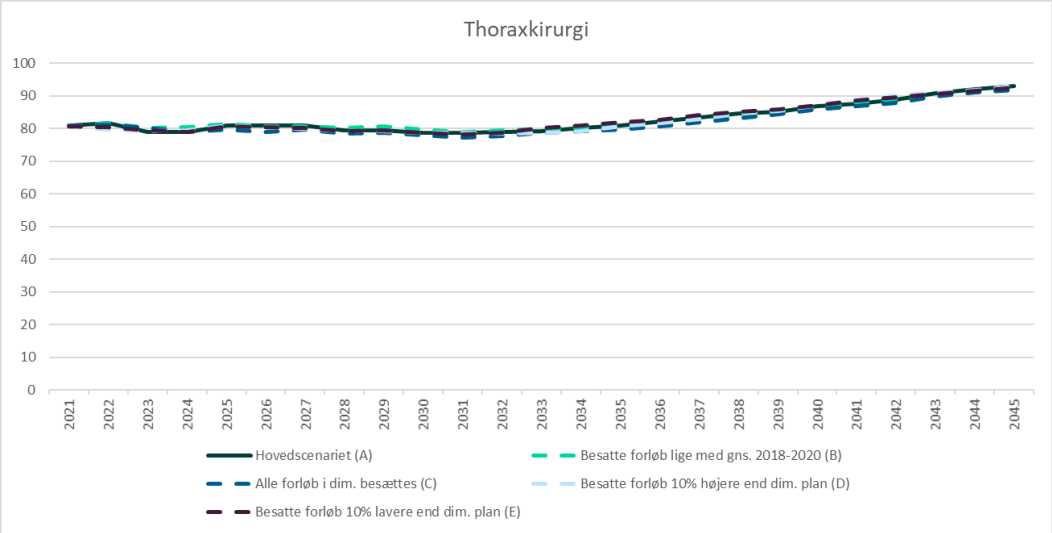
Samfundsmedicin

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	159	159	159	159	159
Antal i 2025	182	185	182	184	182
Antal i 2030	206	210	207	213	202
Antal i 2035	240	242	240	250	230
Antal i 2040	276	278	277	292	261
Antal i 2045	312	312	311	332	290
Vækst i antal, 2021-2045	153	153	152	173	132
Vækst i %, 2021-2045	96,1%	96,6%	95,5%	109,1%	82,8%
Gns. vækst pr. år	2,8%	2,9%	2,8%	3,1%	2,5%



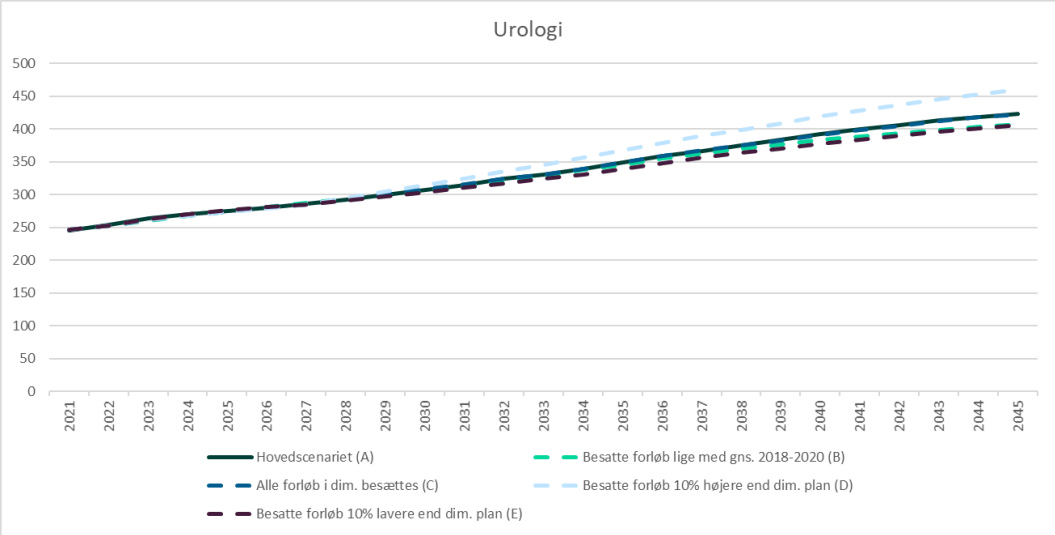
Thoraxkirurgi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	81	81	81	81	81
Antal i 2025	81	82	80	81	81
Antal i 2030	79	80	78	79	79
Antal i 2035	81	81	80	81	82
Antal i 2040	87	86	86	87	87
Antal i 2045	93	93	92	93	93
Vækst i antal, 2021-2045	12	12	11	12	12
Vækst i %, 2021-2045	15,2%	14,7%	13,6%	15,3%	14,7%
Gns. vækst pr. år	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%



Urologi

	Hovedscenariet (A)	Scenarie B	Scenarie C	Scenarie D	Scenarie E
Antal i 2021	246	247	247	246	246
Antal i 2025	275	274	274	274	276
Antal i 2030	307	306	308	314	304
Antal i 2035	349	346	349	368	339
Antal i 2040	392	384	391	419	377
Antal i 2045	424	407	422	460	406
Vækst i antal, 2021-2045	178	160	176	214	160
Vækst i %, 2021-2045	72,2%	65,1%	71,2%	86,9%	64,8%
Gns. vækst pr. år	2,3%	2,1%	2,3%	2,6%	2,1%



Bilag 14: Sammenligning af vækst/fald mellem Lægeprognose 2018-2040 og Lægeprognose 2021-2045 i hovedscenariet (ekskl. orlov)

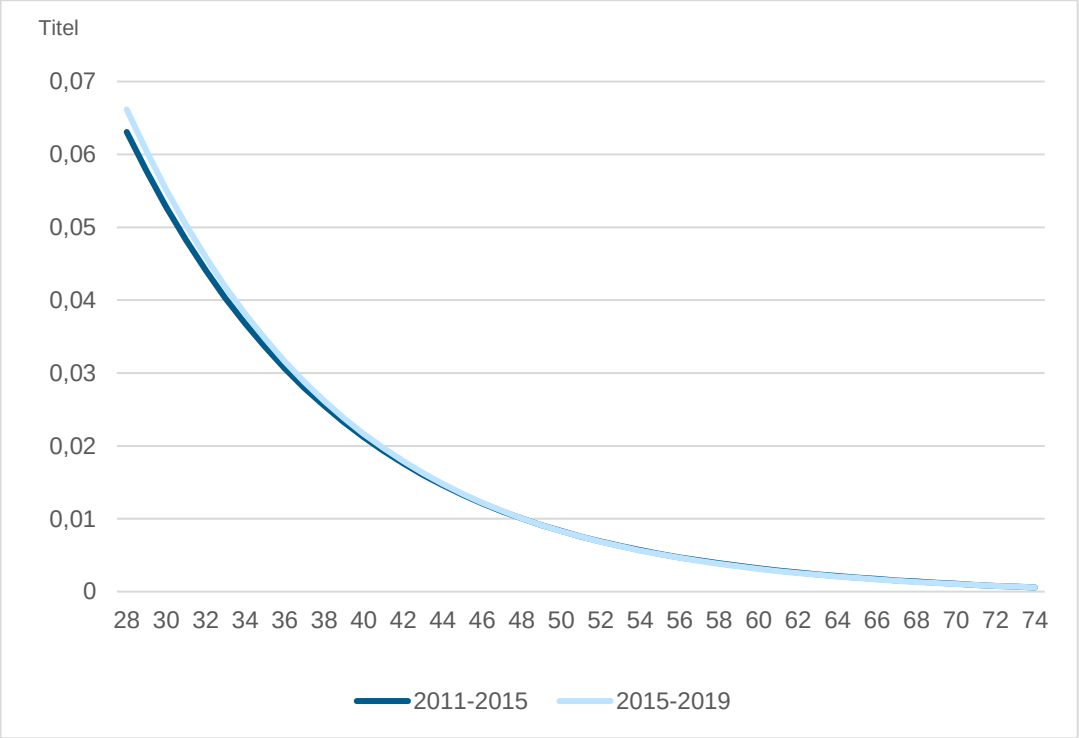
Speciale	Vækst/fald Lægeprognose 2018-2040	Vækst/fald Lægeprognose 2021-2045
Almen medicin	51%	79%
Anæstesiologi	24%	32%
Arbejdsmedicin	109%	116%
Børne- og ungdomspsykiatri	122%	150%
Dermato-venerologi	56%	60%
Gynækologi og obstetrik	27%	43%
Intern medicin	-90%	-45%
Intern medicin: endokrinologi	57%	69%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	62%	84%
Intern medicin: geriatri	174%	186%
Intern medicin: hæmatologi	74%	77%
Intern medicin: infektionsmedicin	78%	89%
Intern medicin: kardiologi	40%	48%
Intern medicin: lungesygdomme	95%	128%
Intern medicin: nefrologi	66%	79%
Intern medicin: reumatologi	78%	91%
Karkirurgi	57%	65%
Kirurgi	14%	29%
Klinisk biokemi	86%	104%
Klinisk farmakologi	145%	123%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	69%	61%
Klinisk genetik	164%	170%
Klinisk immunologi	70%	76%
Klinisk mikrobiologi	39%	41%
Klinisk onkologi	134%	127%
Neurokirurgi	-4%	-10%
Neurologi	60%	84%
Oftalmologi	43%	48%
Ortopædisk kirurgi	22%	25%
Oto-rhino-laryngologi	39%	38%
Patologisk anatomi og cytologi	69%	99%
Plastikkirurgi	73%	93%
Psykiatri	38%	100%
Pædiatri	45%	43%
Radiologi	50%	85%

Speciale	Vækst/fald Lægeprognose 2018-2040	Vækst/fald Lægeprognose 2021-2045
Retsmedicin	163%	102%
Samfundsmedicin	67%	97%
Thoraxkirurgi	-15%	13%
Urologi	45%	70%

Note: Akutmedicin indgik ikke i prognosens fremskrivninger i Lægeprognose 2018-2040, idet specialet blev oprettet i 2018 og indgik derfor ikke i Bevægelsesregistret 2015.

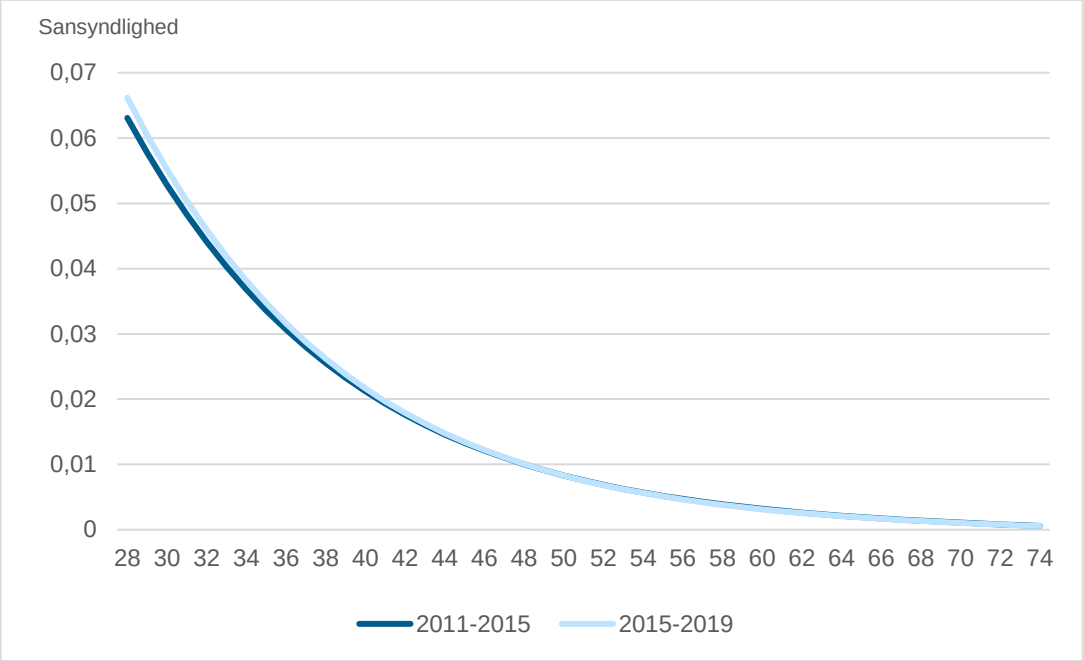
Bilag 15: Ændringer i orlovstilbøjelighed og pensionstilbøjelighed

Ændringer i orlovstilbøjelighed for kvinder - fra arbejdsstyrke til orlov



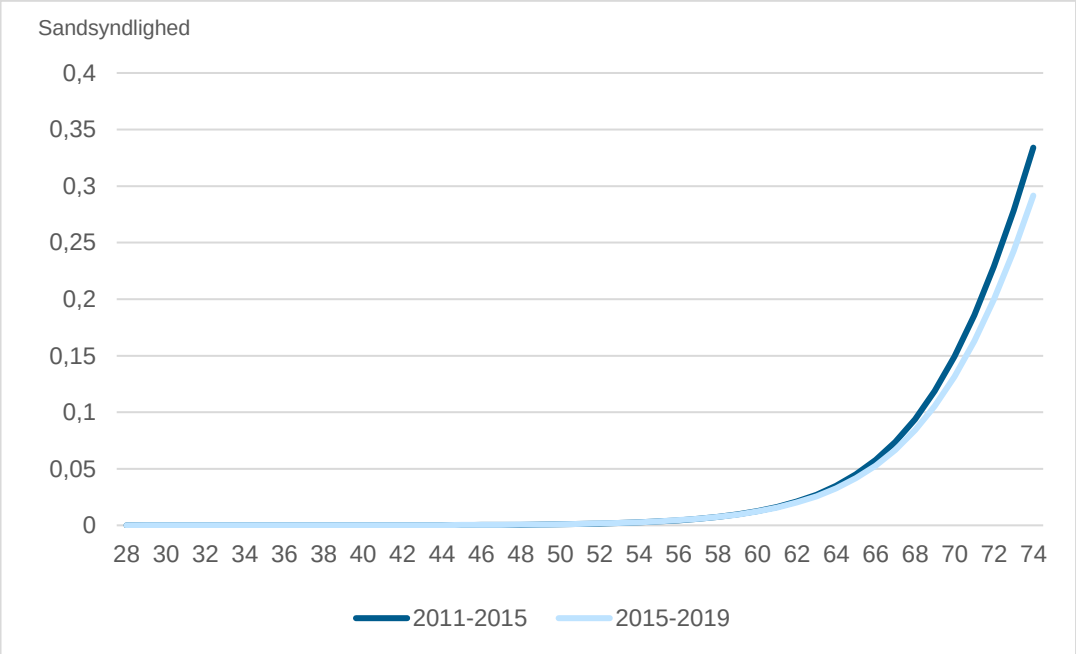
Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Ændringer i orlovstilføjelighed for mænd – fra arbejdsstyrke til orlov



Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Ændringer i pensionstilbøjelighed for mænd - fra arbejdsstyrke til pension



Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Bilag 16: Faktaboks 1: Estimation af overgangsandsynligheder

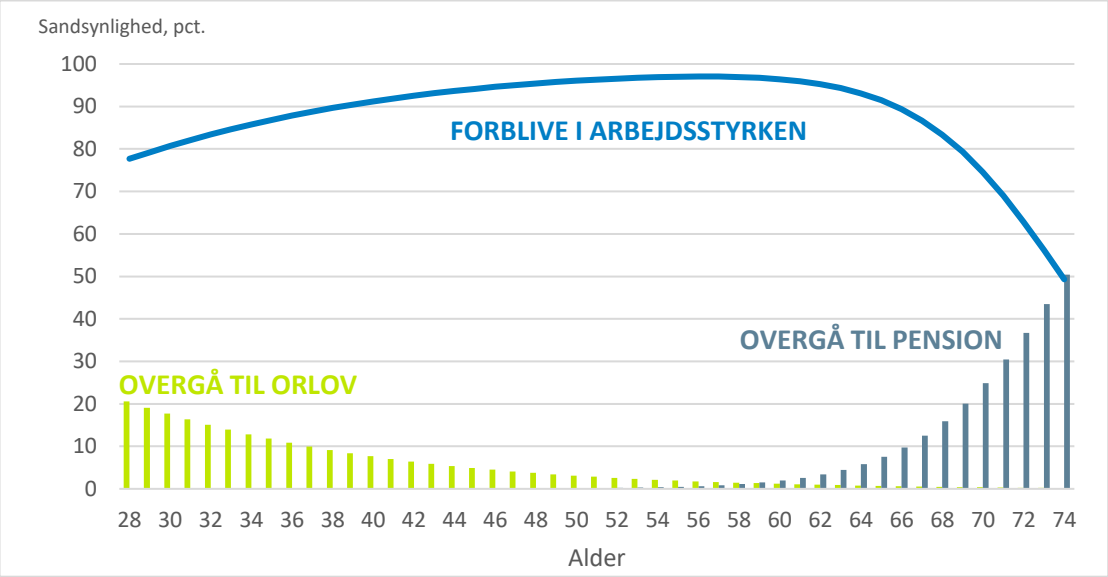
Overgangsandsynlighederne estimeres i en multinomial logistisk regression. Det er en statistisk model, der bliver brugt, når den variabel, der undersøges, har mere end to udfald. Fx hvis udfaldet af en behandling ikke er 'syg' eller 'rask', men i stedet er 'syg', 'syg uden symptomer' og 'rask'. I den model, der bliver brugt i lægeprognosen, bestemmes tilknytningen til arbejdsmarkedet (fire kategorier) ud fra alder (kontinuert), køn og speciallægeanerkendelse (binær). Modellen kan bruges til at beregne de forventede sandsynligheder for, at hvert af de forskellige udfald sker.

I lægeprognosemodellen bruges ikke testresultatet fra den multinomiale logistiske regressionsmodel, men alene de beregnede sandsynligheder til at simulere overgangene på arbejdsmarkedet.

Modellen estimerer sandsynligheden for hvert af udfaldene på samme tid; det vil sige, at modellen estimerer fx sandsynligheden for, at en 45-årig mandlig speciallæge, der pt. er i arbejdsstyrken, næste år: (1) forbliver i arbejdsstyrken, (2) går på orlov eller (3) pension eller kategoriseres som (4) øvrige uden for arbejdsstyrken. Summen af sandsynlighederne for de forskellige overgange summere til 1 (100 pct.). For en læge i en given alder og et givent køn vil summen af sandsynlighederne for overgang fra 'arbejde til arbejde' + 'arbejde til orlov' + 'arbejde til uden for arbejdsstyrken' + 'arbejde til pension' være lig med 1 (100 pct.).

Bilag 17: Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke

Illustration på overgangssandsynligheder for kvindelige speciallæger i arbejdsstyrke



Kilde: Bevægelsesregisteret 2015-2019, Sundhedsdatastyrelsen

Note: For alle aldre er der 1-2 pct. sandsynlighed for at forlade arbejdsmarked.

Bilag 18: Faktaboks 2: Trækning fra en uniform fordeling

En uniform fordeling er kendetegnende ved, at alle udfald i dets udfaldsrum har lige stor sandsynlighed for at blive udtrukket. Er udfaldsrummet mellem 0,00 og 1,00 er der lige så stor sandsynlighed for at trække 0,01 som at trække 0,99. Sandsynlighe-den for at trække et tal, der er under 0,65 vil i dette udfaldsrum være 65 pct. Den uniforme fordeling benyttes til at bestemme arbejdsmarkedsstatus.

Eksempel

Udfaldsrummet *i arbejdsstyrken (ARB), uden for arbejdsstyrken (UAR), pension (PEN)* og *orlov (ORL)* er fordelt med sandsynlighederne 78 pct., 2 pct., 4 pct. og 16 pct. akkumuleres til fire intervaller:

I: [0;78], **II:**]78;80], **III:**]80;84] og **IIII:**]84;100]

Falder trækningen i interval **I** vælges *ARB*, falder den i interval **II** vælges UAR og så fremdeles. I modellen udføres denne trækning for hver læge i hvert prognoseår for at bestemme situationen for året.

Bilag 19: Faktaboks 3: Eksempel på mikrosimulation af lægens arbejdsmarkeds-status

Eksemplet tager udgangspunkt i en kvindelig læge, der i 2019 er 35 år. Den kvindelige læge er i arbejde og hendes situation er dermed, at hun er i arbejdsstyrken.

I anden række ses kvindens status i 2020. Sandsynligheden for at, en 36-årig (et år ældre end i 2019) kvindelige læge forbliver i arbejde er 87,8 pct. Den grønne markering indikerer, at denne arbejdsmarkedstilknytning blev trukket for 2020, jf. trækningsmetoden beskrevet i faktaboks 2 i bilag 16. I 2022 ændres den kvindelige læges tilknytning til arbejdsmarkedet. For en 38-årige kvindelige læge i arbejdsstyrken er der 9,2 pct. sandsynlighed for orlov. Dette udfald trækkes. I 2023 trækkes der fra de sandsynligheder, der hører til en 39-årig kvinde på orlov. I trækningen vender den kvindelige læge tilbage til arbejdsstyrken.

			Overgangsandsynligheder, pct.				
År	**Alder**	**Status forrige år**	**ARB**	**ORL**	**PEN**	**UAR**	**Status indeværende år**
2019	35	-					**ARB**
2020	36	ARB	87,8	10,9	0,0	1,3	**ARB**
2021	37	ARB	88,8	10,0	0,0	1,2	**ARB**
2022	38	ARB	89,6	9,2	0,0	1,2	**ORL**
2023	39	ORL	88,4	8,6	0,3	2,7	**ARB**
…	…						

Fortsatte modellen til 2049 ville den kvindelige læge være 65 år og i dette eksempel er lægen stadig i arbejde. I 2051 er lægen 67 år og har 12,5 pct. sandsynlighed for at gå på pension. Dette udfald trækkes. Hun er herefter med 100 pct. sandsynlighed på pension i resten af prognosen, da pension er et endeligt stadie i lægeprognosemodellen.

År	**Alder**	**Status forrige år**	**ARB**	**ORL**	**PEN**	**UAR**	**Status indeværende år**
…	…						
2049	65	ARB	91,4	0,7	7,5	0,3	**ARB**
2050	66	ARB	89,3	0,6	9,7	0,3	**ARB**
2051	67	ARB	86,7	0,6	12,5	0,3	**PEN**
2052	68	PEN	0,0	0,0	100,0	0,0	**PEN**
2053	69	PEN	0,0	0,0	100,0	0,0	**PEN**

Bilag 20: Specialernes normerede uddannelseslængde for HU-forløb i speciallæge-uddannelsen, indberettede kandidatalder, fiktive kandidatalder og indplacering i specialegruppe i prognosemodellen

Speciale	HU-længde år	Indberettede gns. kandi-datalder år (2021)	Gns. fiktive kan-didatalder år	Speciale-gruppe Nr.
Akutmedicin*	5	3,7	4,3	1
Almen medicin	4,5	4,1	4,1	1
Anæstesiologi	4	5,1	6,2	2
Arbejdsmedicin	4	4,8	10,4	4
Børne- og ungdomspsykiatri	4	5,4	7,5	3
Dermato-venerologi	4	6,3	7,4	3
Gynækologi og obstetrik	4	6,1	7,3	3
Intern medicin: endokrinologi	5	6,1	8,1	4
Intern medicin: gastroentero-logi og hepatologi	5	5,8	6,7	2
Intern medicin: geriatri	5	4,7	4,8	1
Intern medicin: hæmatologi	5	5,9	6,6	
Intern medicin: infektionsmedicin	5	6,9	8,4	4
Intern medicin: kardiologi	5	5,8	7,8	3
Intern medicin: lungesygdomme	5	4,2	6,1	2
Intern medicin: nefrologi	5	4,8	6,2	2
Intern medicin: reumatologi	5	4,4	6,3	2
Karkirurgi	5	3,3	5,1	2
Kirurgi	5	5,0	5,6	2
Klinisk biokemi	4	5,6	7,2	3
Klinisk farmakologi	4	8,0	6,8	2
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	4	4,6	7,1	3
Klinisk genetik	4	6,4	8,0	4
Klinisk immunologi	4	5,3	7,0	2
Klinisk mikrobiologi	4	6,8	7,7	3
Klinisk onkologi	5	4,6	7,2	3

Speciale	HU-længde år	Indberettede gns. kandi-datalder år (2021)	Gns. fiktive kan-didatalder år	Speciale-gruppe Nr.
Neurokirurgi	4	6,5	6,1	2
Neurologi	4	5,3	6,7	2
Oftalmologi	4	4,5	5,7	2
Ortopædisk kirurgi	4	4,7	5,7	2
Oto-rhino-laryngologi	4	5,5	6,2	2
Patologisk anatomi og cytologi	4	5,6	7,1	3
Plastikkirurgi	5	4,5	7,5	3
Psykiatri	4	5,0	6,6	2
Pædiatri	4	6,0	8,2	4
Radiologi	4	4,5	5,7	2
Retsmedicin	4	10,0	6,8	2
Samfundsmedicin	4	9,6	8,5	4
Thoraxkirurgi	5	5,7	5,4	2
Urologi	5	4,9	5,5	2

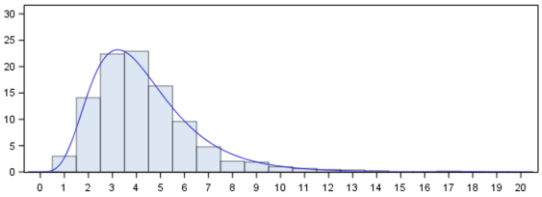
Specialegruppeopdeling er foretaget efter længden af den fiktive kandidatalder: Gruppe 1 mindre end 5 år; gruppe 2 større end eller lig 5 år men mindre end 7 år; gruppe 3 større end eller lig 7 år men mindre end 8 år; gruppe 4 større end eller lig 8 år.

Kilde: Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister og indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner.

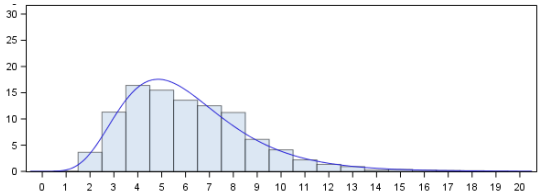
Bilag 21: Fordelingen af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialgrupper, 2008-2019

Fordelingen af fiktiv kandidatalder ved start på HU-forløbet, specialegrupper, 2008-2019

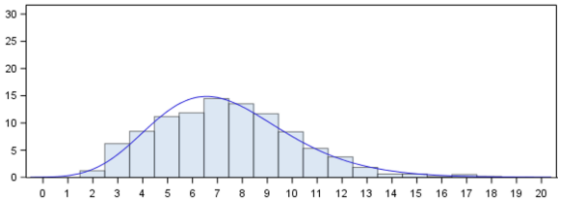
44a. Gns. kandidatalder mindre end 5 år



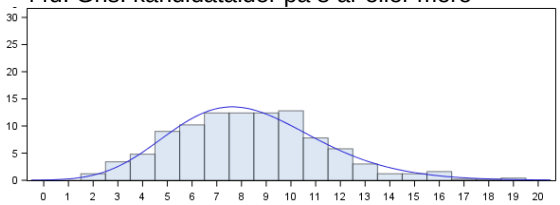
44b. Gns. kandidatalder større end eller lig 5 år men mindre end 7 år år



44c. Gns.kandidatalder større end eller lig 7 år men mindre end 8 år år



44d. Gns. kandidatalder på 8 år eller mere



Kilde: Bevægelsesregisteret 2008-2019, Sundhedsdatastyrelsen

Note: På 1. aksen angives den fiktive kandidatalder, mens hyppighed i pct. angives på 2. aksen.

Bilag 22: Beregning af 2020X

- Hvis antallet af besatte forløb i 2020 er mindre end Dimensioneringsplan for 2021 laves end beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2020x
    - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i 2019-2020 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2020x lig dimensioneringen
    - Ellers sættes 2020x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2019-2020.
- Hvis antallet af besatte forløb i 2020 er større end eller lig dimensioneringsplan laves en beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2020x
    - Hvis antallet af besatte forløb i 2019 er større end eller lig med dimensioneringen sættes 2020x lig dimensioneringen
    - Hvis antallet af besatte forløb i 2019 er mindre end dimensioneringen laves en beregning af 2020x
        - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2019-2020 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2020x lig dimensioneringen
        - Ellers sættes 2020x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2019-2020.

<u>Formel for beregning af 2020x</u>

A= Antallet af besatte forløb i 2020
B= Antallet af besatte forløb i 2019
C= Antallet af dimensionerede forløb i specialet i Dimensioneringsplan for året 2021

2020x=HVIS(A<C;HVIS(((B+A)/2)>=C;C;((A+B)/2));HVIS(B>=C;C;HVIS(((A+B)/2)>=C;C;((A+B)/2))))

<u>Fordelingen følger nedenstående principper (jf. oversigt A – Bilag 4)</u>

For hvert år beregnes en vækst i antallet af kandidater i forhold til året før. Dog for 2021 beregnes væksten i forhold til antal besatte forløb i 2020x.

Væksten i antallet af kandidater i forhold til året før fordeles ud fra, hvor mange stillinger der i det enkelte speciale blev besat året før holdt op imod det samlede antal af ubesatte stillinger samt antallet af ubesatte stillinger for det enkelte speciale. På den måde tages der i fordelingen af væksten højde for specialernes størrelse og de rekrutteringsvanskeligheder som specialerne har. Fra 2025 og frem er alle forløb i modellen besat.

Væksten fordeles efter følgende formel:

Antal besatte stillinger i det aktuelle år = Antal besatte stillinger året før + (dimensioneringsplan – antal besatte stillinger året før) * (væksten/det samlede antal ubesatte stillinger året før)

Eksempel: Almen medicin

I 2020x blev der besat 274 forløb ud af de dimensionerede 350 i 2021. Det betyder at 76 forløb ikke blev besat. Differencen mellem det forventede antal kandidater til, der påbegynder en speciallægeuddannelse i 2021 (961) og antal besatte forløb i alt i 2020x (903) er 58. Samtidig er antallet af ubesatte forløb i 2020x142.

I 2021 bliver antallet af besatte forløb dermed beregnet som:

274 + (350-274) * (58/142) = 305.

Tabel 26 Eksempel på fordelingen

					2021	**2022**
Forventet antal kandidater der begynder hoveduddannelsesforløb					961	1.014
Vækst					58	53
speciale	Dim. Plan 2021	**2019**	**2020**	**2020X**	**2021**	**2022**
Akutmedicin	38	8	21	14,5	24	30
Almen medicin	350	256	291	274	305	327
Anæstesi	54	56	53	54	54	55
Arbejdsmedicin	9	5	4	5	6	8
Børne- og ungdomspsykiatri	24	29	20	24	24	25
I alt	**1.044,5**	**893**	**937**	**903**	**961**	**1.014**

Note: Akutmedicin er indarbejdet i Dimensioneringsplan 2021.

RSI SKABELON: NYT LOGBOG.NET OG EVALUER.DK
STATUSRAPPORT NR. 14: APRIL 2022

Identifikation

RSI pejlemærke	Nyt logbog.net og evaluer.dk
Deadline	31. oktober 2022
Projekt identifikation	Nyt logbog.net og evaluer.dk
Styregruppeformand	Mads Skipper (udvikling) madsskip@rm.dk, 6146 3137 (Region Midtjylland) Lise Møller (driftsfase) lise.m@regionh.dk, 3866 9931 (Region Hovedstaden)
Projektleder	Bertil Selde Krogh berkro@rm.dk 3052 0517 (Region Midtjylland) Barbara Bøgsted Knudsen bbk@regionh.dk, 3866 9938 (Region Hovedstaden)
Godkendelse	Per mail af Mads Skipper d. 29. april 2022

Realisering

Pejlemærket er realiseret, når nyt logbog.net og evaluer.dk er i drift i alle regioner.

Månedens status

Overordnet	Styregruppen har fundet det afgørende, at det øjeblikkeligt afklares, om der kan findes yderligere finansiering, så projektet kan komme i mål med en kvalitet, der ikke forringer administrationen, brugeroplevelsen og fremdriften i og omkring uddannelsen af læger. Der er med RSI-sekretariatet aftalt, at ændringsanmodning behandles primo maj og at sagsfremstilling behandles af SD-kredsen medio maj.	

Leverancer	Leverandøren og projektledelse yder en stor indsats for at opnå et bedre samarbejde.	
Tid	Tidsplanen er presset, da udviklingsopgaver må omprioriteres under afklaring om yderligere finansiering er muligt.	

Penge	Styregruppen har besluttet at søge yderligere finansiering til projektet. Den nuværende finansiering er ikke overskredet og styregruppen er meget opmærksomme på, at dette ikke sker.	
Ressourcer	Leverandør og projektledelsen anvender forsat de af projektet tildelte ressourcer fuldt ud.	

Bemærk at overordnet status kun kan være grøn, hvis der er grøn status på alle 4 underkategorier.

Risici

(Konsekvens 1-5 x Sandsynlighed 1-5 = Værdi)

Id.nr.	Risiko	Kommentar	Status	Værdi sidst	Værdi ny
1	At budgettet overskrides grundet primær leverandør	Budgettet er ikke overskredet, men der skal søges om yderligere finansiering til 2000 timer.		5x4=20	5x4=20
2	At budgettet overskrides grundet sekundære leverandører	Der er ingen sekundære leverandører involveret på nuværende tidspunkt.		5x1=5	5x1=5
3	At tidsplan skrider – grundet stram tidsplan	Der er fokus på skarp prioritering af opgaver i projektet, mens ambitionen forsat er at sikre god kvalitet i den endelige løsning, men det virker forsat muligt at nå i mål som planlagt.		5x3=15	5x3=15
5	At tidsplan skrider – grundet manglende godkendelse	Projektet har igennem noget tid presset på for at få indgået en databehandleraftale, men der mangler forsat en godkendelse.		5x3=15	5x3=15

6	At tidsplan skrider – grundet afhængighed af samarbejdspartnere Danske Regioner/regionerne			2x2=4	2x2=4
7	At tidsplan skrider – grundet problemer med implementering (overførsel af data fra nuværende leverandør Dansk Telemedicin)			5x3=15	5x3=15
8	At datagrundlaget (uddannelseslæger og forløb) ikke fungerer grundet samling af data fra flere steder			5x3=15	5x3=15
9	At datagrundlaget (organisation og uddannelsesgivende) ikke fungerer grundet dårlig datastruktur og manglende ressourcer i regionerne			5x3=15	5x3=15
10	At systemet skal justeres grundlæggende grundet 'Revision af speciallægeuddannelsen'			3x2=6	3x2=6
11	At alle systemets moduler ikke leveres som planlagt ved eventuel involvering af sekundære leverandører			3x1=3	3x1=3
12	At systemet ikke kan håndtere alle interessenters behov	Projektledelsen planlægger at tage hånd om emnet i kommunikationsplanen og implementeringsplanen.		2x4=8	2x4=8
14	Samarbejde med leverandøren Visma A/S	Der er forsat opmærksomhed fra begge parter på at styrke samarbejdet.		5x2=10	5x2=10
16	Minimum funktionalitet og kvalitet i slutproduktet	Minimum Viable Product er redefineret og der er redegjort for MVP 2 og herunder en prioritering af opgaver, som er godkendt af styregruppen.		3x4=12	3x4=12

Nye risici	
Ændrede risici	
Lukkede risici	

Korrigerende handlinger

Projektstyregruppen	
RSI-styregruppen	Får ændringsanmodning til behandling primo maj

Nykøbing F. Sygehus' indsats mod psykiske belastninger i hverdagen nomineres til pris

Trusler, vold og traumatiske oplevelser i hverdagen udfordrede det psykiske arbejdsmiljø og sygefraværet på Nykøbing F. Sygehus. En fokuseret indsats har skabt så mærkbare forbedringer, at den nu er nomineret til Arbejdsmiljøprisen 2022 i kategorien Psykisk arbejdsmiljø.

Som de fleste hospitaler i landet kæmper Nykøbing F. Sygehus med konsekvenserne af corona, pukkelafvikling, personalemangel og sygeplejerskekonflikten. Det har øget presset på de ansatte og gjort behovet for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø helt tydeligt.

"Som frøen, der ikke opdager, at vandet begynder at koge omkring den, har stigende psykiske belastninger udviklet sig til et vilkår i hverdagen og til noget, man selv skulle håndtere. Det måtte vi ændre," siger Annette Majgaard, der er arbejdsmiljøkonsulent på Nykøbing F. Sygehus.

Hun er projektleder på KOBLING. En arbejdsmiljøindsats der blev sat i værk i 2020 i samarbejde med det private Institut for Belastningspsykologi og støttet af puljemidler fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR).

"Indtil nu har det været meget forskelligt, hvordan, og om, de ansatte har talt om konkrete hændelser, hvor de har oplevet psykiske spidsbelastninger. For eksempel efter en ualmindelig hård dag eller i mødet med voldelige eller truende patienter," fortæller Majgaard.

Alle har et breaking point – men forebyggelse hjælper

Med undertitlen "Vi er hinandens arbejdsmiljø" har KOBLING skærpet både ansatte og lederes opmærksomhed på begrebet belastningspsykologi. Det er også en ramme for løbende at håndtere og forebygge psykiske overbelastninger i hverdagen på sygehuset.

"Gennem KOBLING er vi blevet opmærksomme på, at alle har et breaking point. Indsatsen træner os i at spotte tegn på psykisk overbelastning hos os selv og hos kolleger og på at handle på det. Vi har fået et fælles sprog at tale ud fra. Forebyggelse af mental slagside er nu en holdsport," siger Annette Majgaard.

Både ledere og ansatte oplever, at KOBLING har en aflastende effekt på hverdagen. Det er også vigtigt for at kunne fastholde og tiltrække personale, pointerer KOBLINGs projektleder.

Imponerende indsats

Den systematiske tilgang får stor ros af Arbejdsmiljørådets formand, Cristina Lage.

"Det er en imponerende indsats med fokus på hele paletten af det psykiske arbejdsmiljø. Sygehuset har arbejdet videnbaseret og med afsæt i et samarbejde mellem ledelse, tillidsrepræsentanter og arbejdsmiljørepræsentanter. Der er skabt blik for faresignaler og et fælles sprog for, hvordan man sammen skaber et godt psykisk arbejdsmiljø. Der er iværksat en virkelig omfattende indsats, der har et forebyggende fokus," siger Arbejdsmiljørådets formand.

Om Nykøbing F. Sygehus
Nykøbing F. Sygehus er et af Region Sjællands fire akutsygehuse. Sygehuset er et uddannelsessted for alle faggrupper i sundhedsvæsenet og har ca. 1.300 ansatte.

- Nomineret til Arbejdsmiljøprisen 2022 i kategorien Psykisk arbejdsmiljø
- Adresse: Fjordvej 15, 4800 Nykøbing F.
- Kontakt: Annette Majgaard, Arbejdsmiljøkonsulent, T: 93 57 03 13, E: amajg@regionsjaelland.dk

Om Arbejdsmiljøprisen
Arbejdsmiljøprisen uddeles af Arbejdsmiljørådet til fire arbejdspladser, der gør noget særligt for arbejdsmiljøet, og som kan inspirere andre. De 12 nominerede arbejdspladser og de fire vindere udvælges af en dommerkomité, der består af repræsentanter fra DA, FH, KL, Lederne og Akademikerne og formand for Arbejdsmiljørådet Cristina Lage.

- Vinderne af Arbejdsmiljøprisen 2022 kåres torsdag d. 19. maj i DGI Byen i København.
- Information og tilmelding på arbejdsmiljøprisen.dk.
- Kontakt: Amalie Ebler Blichfeld, Arbejdsmiljørådets sekretariat, T: 72 20 86 32, M: aeb@amr.dk

Om Arbejdsmiljørådet
I Arbejdsmiljørådet mødes arbejdsgivere og arbejdstagere om den fortsatte udvikling af et bedre arbejdsmiljø i Danmark.

En af Arbejdsmiljørådets kerneopgaver er at rådgive beskæftigelsesministeren om tiltag på arbejdsmiljøområdet. Læs mere om vores arbejde på amr.dk.

Nominerede til Arbejdsmiljøprisen 2022

Arbejdsulykker
- HKScan Danmark A/S
- Kemp & Lauritzen
- Elopak Denmark A/S

Kemi og vådt arbejde
- EFApaint A/S
- Scantox A/S
- HOUNÖ A/S

Psykisk arbejdsmiljø
- Nykøbing F. Sygehus
- Økonomiforvaltningen i Københavns Kommune
- EWII A/S

Muskel- og skeletbesvær
- Lidl Danmark
- NH Jespersen
- Aalborg Kommunes Kirkegårde og Krematorium

- Resultat af statusmøde den 31. marts 2022

  ”Yngre Læger anerkender den udvikling Akutafdelingen har haft og de mange tiltag de er lykkes med. Dog er vurderingen at afdelingen ikke er helt i mål.”
- Forstærket introduktion for alle
- Hver vagthavende læge bærer nu færre ”hylere”
- Morgenkonferencen er optimeret med mere læringsindhold
- Journal club er etableret og velfungerende
- Ansvar for Skadestuen er flyttet til Ortopædkirurgisk afd.
- 2 vejlederkurser er afholdt
- Nyt møde aftalt til 21. juni

Ad. dagordenspunkt 9: Evalueringer og anonymitet
Sagsfremstilling:
Den manglende totale anonymitet i www.evaluer.dk har været drøftet i Rådet tidligere. Der har været enighed om, at fuld anonymitet aldrig kan opnås samt, at formålet med evalueringer er at fremme en dialog mellem afdeling og uddannelsessøgende om kvaliteten af uddannelsen samt forbedringsforslag.
Yngre læger oplever dog stadig, at kritiske og mere negative evalueringer ikke modtages konstruktivt, men italesættes ved f.eks. konferencer. Der er tillige eksempler på, at uddannelseslægen er bedt om at ændre sin evaluering.
Sekretariatet har tilbudt at modtage indberetning af sådanne hændelser mhp. at dels kontakte afdelingen og dels drøfte problematikken i uddannelsesrådet.

Indstilling:
Rådet bedes drøfte evt. tiltag.

Ad. dagordenspunkt 10: Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL
Sagsfremstilling:
De to regioner samt PKL orienterer kort om nyheder.
Region Sjælland bedes give en status for Lægeuddannelsen på SUH samt de sammenhængende uddannelsesforløb.
PKL bedes give kort referat af PKL-seminar den 25. april 2022.

Indstilling:
Rådet bedes tage orienteringen til efterretning.

Ad. dagordenspunkt 11: Planlægning af ordinært møde torsdag den 2. juni 2022
Sagsfremstilling:
Mødet er planlagt som et ordinært møde i tidsrummet kl. 14.00 til senest 17.00.
Ud over opfølgning på konferencen den 22. juni og status for revisionsarbejdet forventes et oplæg vedr. flexforløb 2023 samt mødekalender 2023.

Indstilling:
Rådet bedes foreslå yderligere punkter.

Ad. dagordenspunkt 12: Eventuelt
Ordet er frit

Kommende møder
Mandag den 12. september 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 21. september)
Torsdag den 1. december 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 14. december)