

HØRING I FORBINDELSE MED DIMENSIONERING AF SPECIAL- LÆGEUDDANNELSEN 2026-2030

Bestyrelsen, DSG november 2024

Overordnede høringsspørgsmål

– *Spørgsmål 1: Hvordan opleves den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger?*

Der er på nuværende tidspunkt ledige speciallægestillinger på de fleste hospitaler, og der mangler også praktiserende speciallæger særligt udenfor de store byer. I DSG hører vi om at der mangler speciallæger mange steder, at man ansætter "post-intro-læger", som erstatning for speciallæger og at HU-læger også udfylder speciallægefunktioner.

– *Spørgsmål 2: Er der særlige regionale forskelle i efterspørgslen og udbuddet, som den kommende dimensioneringsplan skal tage højde for?*

Ja. Der er færre speciallæger udenfor de store byer, ligesom uddannelsesmiljøet og det faglige miljø på hospitalerne udenfor er mindre udviklet. Hvis der skal uddannes speciallæger af høj kvalitet, bliver man nødt til at sikre tilstrækkeligt med speciallæger på de mindre hospitaler, som skal uddannes først og ansættes i faste stillinger på de mindre hospitaler. Det vil kræve flere uddannelsesstillinger på de store hospitaler i starten. Dertil er der allerede nu flere multisyge og ældre patienter udenfor de store byer, hvilket vil blive mere udtalt med den demografiske udvikling

– *Spørgsmål 3: Vurderes udviklingen i efterspørgslen af speciallæger de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud, jævnfør hovedscenariet i de nye prognosefremskrivinger? Med hvilken begrundelse?*

Hvis det lykkedes med en tilfredsstillende geografisk spredning af færdiguddannede speciallæger, så vil dimensioneringen passe med efterspørgslen.

– *Spørgsmål 4: Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet for speciallæger?*

Fremtidens effekt af forebyggelse samt den generelle sundhedstilstand i befolkningen, når vi bliver ældre og dermed flere danskere, må man forvente minimum samme procentdel, som er syge og har behov for sundhedsvæsenet. Hvis forebyggelse og bedre behandlinger ikke slår igennem vil der komme flere patienter og dermed større behov for speciallæger.

Andre faktorer:

- Arbejdsforhold/løn/afstand til job i det offentlige vs det private.
- Udviklingen/forskning i lægemidler/medicoteknik.
- Private sundhedstilbud.
- Lægemiddelindustriens størrelse og arbejdsforhold.

Specialespecifikke hørings spørgsmål målrettet specialebærende selskaber

– *Spørgsmål 1: Hvordan opleves den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger i specialet?*

Speciallæger

Per november 2024 er der ca. 185 speciallæger i geriatri registreret i Dansk Selskab for Geriatri (DSG) ud af 335 medlemmer, heraf er 25 pensionerede eller over 70 år, de øvrige medlemmer er under uddannelse.

Der findes ikke en officiel holdning til eller estimat over det "nødvendige" antal af speciallæger i geriatri i Danmark. Som supplement til dimensioneringsplanen er der en række andre faktorer, som skal regnes med, hvis man vil give et kvalificeret bud på behovet for speciallæger i geriatri nu og i fremtiden.

Demografi: Befolkningsprognoserne viser en generel øgning af antal ældre over 65 år og en fordobling af antallet af ældre over 80 år i de kommende 20 år (tabel 1). Allerede nu lever mange ældre med multisygdom og fremtidens ældre må formodes at have endnu mere kompleks multisygdom end nu. Behovet for speciallæger med brede kompetencer inden for helhedsvurdering af ældre må derfor også stige. Sundhedsstyrelsens Lægeprognose fra 2021–45 fremskriver et øget antal geriater fra 173 i 2021 til 497 i 2045, altså en øgning på 187% (tabel 2), hvis alle specialiseringsstillinger bliver besat. Ifølge prognosen ville der i 2025 være 226 speciallæger i geriatri, hvilket ikke er et realistisk tal pga. pensioneringer og ubesatte uddannelsesforløb. Bedste bud er, at der er ca. 190 speciallæger i geriatri i 2025, **hvilket er 36 færre end prognosen.**

Anbefalinger/andre lande: Det britiske selskab for geriatri (BGS) har tidligere anbefalet, at der er én speciallæge i geriatri per 500 borgere over 85 år i landet og i en anden anbefaling én speciallæge i geriatri per 700 borgere over 75

år. Baseret på demografien i Danmark i 2024 svarer det til 279-608 speciallæger i geriatri. Tallet vil stige med befolkningstilvæksten og der forudses et væsentlig højere behov i fremtiden. Sammenligner man med andre lande har Danmark for få speciallæger i geriatri i forhold til vores befolkningstal både nu og i fremtiden (tabel 3).

Opgaver, der skal løses i det danske sundhedsvæsen: Der er stor variation i, hvilke opgaver, der løses af speciallæger i geriatri på de danske hospitaler nu, ligesom der er flere hospitaler uden geriatriiske tilbud. Kerneopgaverne for speciallæger i geriatri er indlagte ældre med multisygdom og skrøbelighed og ambulante funktioner til helhedsvurdering, udredning af fald og svimmelhed, demens og medicingennemgang. De geriatriiske sengeafsnit har ikke plads til alle indlagte ældre med multisygdom og skrøbelighed. Størstedelen af indlagte patienter i alle specialer er i dag ældre med kompliceret sygdom og komplekse behov. Mange af disse patientforløb vil kunne styrkes, hvis geriatriiske kompetencer inddrages. Sideløbende med den planlagte nedgang i antallet af hospitalssenge, er der oprettet omkring 3500 kommunale midlertidige pladser, hvor størstedelen bruges af ældre borgere med komplekse pleje- og behandlingsbehov. Fagligt giver det stor mening at speciallæger i geriatri inddrages i patientforløb for indlagte ældre i mange andre hospitalsspecialer (tværspecialiseret funktion) med tilsyn, rådgivning, udarbejdelse af behandlingsplaner og opfølgning. Det gives ligeledes stor faglig mening at geriatrien bidrager aktivt i det nære sundhedsvæsen (tværsektoriel funktion), med rådgivning, vidensdeling, kompetenceløft, tilsyn (fysisk/telemedicin) af udvalgte patienter efter individuelle behov og i mange tværsektorielle patientforløb.

Tværspecialiseret funktion: På nogle hospitaler er der allerede nu tværspecialiserede funktioner - mest systematisk i samarbejdet mellem ortopædkirurgien og geriatrien, hvor speciallæger i geriatri inddrages i forløb hos patienter med hoftenære brud på forskellige måder. Denne form for samarbejde vil med fordel for patientforløbene kunne udvides på alle hospitaler og til en række kliniske specialer (akutområdet, kirurgiske specialer og andre medicinske specialer). Udvides den tværspecialiserede funktion på alle hospitaler (23 i alt), vil det kræve minimum to speciallæger i geriatri per hospital, svarende til **46 fuldtidsstillinger**.

Tværsektoriel funktion: Oprettelse tværsektorielle funktioner, hvor speciallæger i geriatri skal bidrage aktivt i det nære sundhedsvæsen, hvilket forventeligt vil styrke de tværsektorielle patientforløb, vil man som minimum skulle oprette en fuldtidsstilling til hver af de 17 sundhedsråd. Hvis der ud over rådgivning, fælles konferencer og undervisning skal foretages fysiske besøg på de kommunale midlertidige pladser eller foretages patientbesøg (fysisk/video-konference) vil det være nødvendigt med minimum 2 speciallæger per sundhedsråd, svarende til **38 fuldtidsstillinger**.

Konklusion

Baseret på ovenstående tal, antagelser, anbefalinger og prognoser er der aktuelt for få speciallæger i geriatri og antallet kommer ikke til at stige tilstrækkeligt i forhold til befolkningstilvæksten. Baseres behovet alene på dimensioneringsplanen og oprettelse af nye funktioner bør der i 2025 være **120 speciallæger i geriatri** (36+46+38) flere end det er tilfældet. Baseres estimatet på faglige anbefalinger eller andre lande bør antallet være væsentlig højere. Det vurderes derfor nødvendigt med en gradvis **stigning i uddannelsesforløb** over en kort årrække og mulighed for at **skabe ekstra uddannelsesforløb ad hoc**, hvis der er et overskud af kvalificerede ansøgere. Derudover er der hospitaler i Danmark uden geriatriiske afdelinger og geografisk skævhed i ledige speciallægestillinger. Der bør derfor straks oprettes flere speciallægestillinger i alle regioner og udarbejdes en ambitiøs rekrutteringsstrategi til, hvordan vi skaber attraktive stillinger uden for de store byer, som kan tiltrække speciallæger.

– *Spørgsmål 2: Er der særlige regionale forskelle i efterspørgslen og udbuddet, som den kommende dimensioneringsplan skal tage højde for?*

Ja. Der er flere hospitaler i Danmark uden geriatri, eller hvor der kun er få speciallæger i geriatri ansat. Se supplerende oplysninger under spørgsmål 1.

– *Spørgsmål 3: Vurderes udviklingen i efterspørgslen efter speciallæger i specialet de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud, jævnfør hovedscenariet i de nye prognosefremskrivninger? Med hvilken begrundelse?*

Større, se supplerende oplysninger under spørgsmål 1.

– *Spørgsmål 4: Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet af speciallæger i specialet?*

Succesfuld rekruttering, gode arbejdsforhold, stærke faglige miljøer, fleksibel opgaveløsning, hvilke opgaver specialet får i fremtidens sundhedsvæsen, lægemiddelindustrien, forebyggelse.

– *Spørgsmål 5: Er der nogle generelle bemærkninger til prognoses fremskrivning af speciallæger i specialet?*

Generelt bør dimensioneringen af speciallæger i geriatri øges, se under spørgsmål 1.

– *Spørgsmål 6: Hvor mange hoveduddannelsesforløb anbefales årligt for perioden 2026-2030, og med hvilken begrundelse?*

Aktuelt bliver der slået **24 forløb op om året**. Det er en stigning fra den tidligere lægeprognose (fra 2023), hvor man regnede med 20 forløb. Før 2022 blev der opslået 17 forløb om året. De sidste 10 år er der i gennemsnit uddannet 14 nye speciallæger hver år. Til sammenligning uddannede de øvrige medicinske specialer i 2023 flere speciallæger (fraset infektionsmedicin og nefrologi). Der er uddannet fem gange så mange radiologer, næsten tre gange så mange kardiologer, neurologer og pædiatere samt næsten fire gange så mange ortopædkirurger det samme år.

Ikke alle HU-forløb besættes. I 2023 blev 85% af forløbene besat. Til sammenligning har kardiologien en besættelsesprocent på 100%, almen medicin på 79% og endokrinologi på 94%. Samler man alle specialerne fra 2023, ses der en besættelsesprocent på 89%. Der er derfor en del af de opslåede forløb, der er ubesatte.

Baseret på ovenstående og det faktum, at der allerede er for få speciallæger i geriatri, bør der oprettes flere HU forløb nu: **minimum 3 forløb i hver uddannelsesregion (3 i alt) stigende til 5 i hver over en kort årrække (38 årlige forløb)**. Samtidig skal der ses på, hvordan man kan skabe attraktive stillinger i geriatrien i hele landet så uddannelses- og speciallægestillinger bliver besat over hele Danmark. Sundhedsstyrelsen bør indtænke tværspecialiserede og tværsektorielle funktioner, når der udarbejdes en ny lægeprognose og dimensioneringsplan. Der bør desuden allerede **nu gives mulighed for at oprette ad hoc forløb**, hvis en videreuddannelsesregion har flere ansøgere end stillinger. Bestyrelsen vurderer at geriatrien har den nødvendige kapacitet til at udanne flere uddannelseslæger i de eksisterende afdelinger. Det er helt essentielt, at der i takt med øgede HU stillinger skabes tilsvarende speciallægestillinger i hele Danmark.

Skal der uddannes flere læger, bør der sikres tilstrækkeligt med speciallæger på hvert uddannelsessted. **Man bør tilstræbe en ratio mellem uddannelseslæger og speciallæger på 1-1,5 uddannelseslæge per speciallæge.**

– *Spørgsmål 7: Hvilken ratio mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb vurderes nødvendig for dels at sikre et passende antal ansøgere til hoveduddannelsesforløbene og dels at sikre, at læger introduceres til specialet?*

Antallet af I-stillinger bør være i ratioen 1:3 til 1:4 per HU forløb. Hvilket svarer til dimensioneringen i akutmedicin. Der er flere yngre læger, der søger i forløb i geriatrien for at få kompetencer inden for udredningen/behandlingen af ældre med multisygdom og skrøbelighed, som efterfølgende får HU i andre specialer (ofte almen medicin og andre intern medicinske specialer). Det er en stor fordel for sundhedsvæsenet og patienterne, at flere læger får disse kompetencer, men der skal være I-stillinger nok til at fylde HU forløbene i Geriatri.

Kolonne1	Kolonne2	Kolonne3	Kolonne4	Ko- lonne5
Befolkningsfremskrivning 2023 for hele landet efter alder og tid				
<i>Enhed: Antal</i>				
	2024	2050	2070	
65-69 år	327.051	298.914	360.968	
70-74 år	296.132	321.047	360.723	
75-79 år	288.707	321.307	341.470	
80-84 år	179.468	287.986	269.042	
85-89 år	94.094	199.147	191.963	
90-94 år	35.325	93.467	124.317	
95-99 år	9.194	27.940	47.306	
100-104 år	1.082	4.079	7.419	
105 år og derover	39	164	370	
sum 65+- årige	1.231.092	1.554.051	1.703.578	
sum 80+-årig	319.202	612.783	640.417	

Tabel 1. Prognose og data fra Danmarks Statistik

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: gastroenterologi og hepatologi	245	284	324	368	414	452	84%
Intern medicin: geriatri	173	226	290	362	436	497	187%

Tabel 2. Gældende lægeprognose, Sundhedsstyrelsen

Antal ældremedicinere

Land	Ratio	Alder	2024	2050	2070
Schweitz	1500	per 80+	213	409	709
Østrig	450	per 80+	709	1362	2363
Island	820	per 80+	389	747	1297
England (BCS anbefaling)	700	per 75+	608	934	1405
England (BCS anbefaling)	500	per 85+	279	650	1589

Tabel 3 behovet for ældremedicinere i forhold til anbefalinger/forhold i andre lande i relation til befolkningsprognose (tabel 1)