



MØDEINDKALDELSE

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUD-
DANNELSE 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 SAGSNR.: 19012109-1
DIREKTETLF.: 38 66 99 31 SAGSRP.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J.NR./REF.: DATO: 20. februar 2019

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

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

Mødet afholdes:

Mandag den 25. februar 2019 kl. 09.00 – senest 16.00

**DGI Byen
Konferenceafdelingen
Tietgensgade 65
1704 København**

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Preben Cramon
Rådsformand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:

Preben Cramon (formand)
 Martin Magelund Rasmussen (Region Hovedstaden) – **indtil kl. 12.00**
 Kirsten Wisborg (Region Hovedstaden) – **AFBUD**
 Søren Rask Bredkjær (Region Sjælland) – **kommer ca. kl. 12.00**
 ?? (Region Sjælland)
 Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
 Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
 Sidse Marie Hemmingsen Arnfred (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)
 Karen Hansen (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden - PLO)
 Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland) – **AFBUD**
 Kasper Kjær Gasbjerg (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
 Jonas Olsen (Uddannelsessøgende Region Sjælland - YL) – **AFBUD**
 Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)
 Helene Hvidman (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)
 Doris Østergaard (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet - Københavns Universitet)
 Jette Led Sørensen (PKL) – **AFBUD**
 Thomas Schiøler (Landssygehuset Færøerne)
 Konsulent Trine Saida (Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland) – **AFBUD**

Lise Møller (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Birgitte Rønn (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Tobias Kongstad Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Barbara Bøgsted Knudsen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Karin Skjønnemann (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Christina Nielsen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Nanna Helmer (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Mette Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
 Lene Nørgaard (Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland)
 Helle Knudsen (Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland)
 Lisbet Garmann (Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland)

Deltagende PKL

Gerhard Tiwald - Akutmedicin
 Anne-Mette Hejl - Neurologi
 Barbara Holzknacht - Klin. Mikrobiologi
 Elisabeth Albrecht-Beste - Radiologi
 Helle Thy Østergaard – Anæstesiologi
 Rikke Borre Jacobsen - Anæstesiologi
 Janne Wilmar - B&U Psykiatri
 Jørgen Thode - Klin. Biokemi
 Lars Thorbjørn Jensen - Klin. Fys.
 Kirsten Holm - Pædiatri
 Mikkel Bing Christensen - Klin. Farmakologi
 Mikkel Helleberg Dorff - Intern Medicin: Hæmatologi
 Randi Beier Holgersen - Kirurgi
 Rikke Bølling - Urologi
 Trine Lindhardt Plesner - Patologisk Anatomi
 Pia Niemann Kannegaard - KBU
 Nina Bjarnason - KBU

TIDSPLAN

09.00 – 09.15	Ankomst – der er kaffe, the og brød fra kl. 08.30
09.15 - 09.20	Velkomst ved formand Preben Cramon
09.20 - 09.40	”Et bud på optimering af uddannelsen” v/overlæge Mette Lindelof, Neurologisk afd., SUH Roskilde
09.40 - 12.00	Erfaringer fra Videreuddannelsesregion Nord 1 v/UKO Gitte Eriksen, AUH
12.00 - 13.00	Frokost
13.00 - 14.00	Erfaringer fra Videreuddannelsesregion Nord 2 v/UKO Gitte Eriksen, AUH
14.00 - 14.30	Kaffe/the m. kage
14.30 - 16.00	Ordinært møde

TEMAMØDE – hvordan kvalitetsudvikles den lægelige videreuddannelse (09.20 – 14.00)

”Et bud på optimering af uddannelsen” v/overlæge Mette Lindelof, Neurologisk afd., SUH Roskilde (20 min.)

”UKO funktionen – hvad er det og hvad gør den godt for?” v/UKO Gitte Eriksen, AUH (25 min.)

Som afslutning på indlægget kort borddiskussion om indførelse af UKO vil løfte kvaliteten af den lægelige videreuddannelse i Øst. Hvad ses som fordel/gevinst, hvad ses som ulempe/tab, hvad kan være bekymrende? (10 min.). Herefter korte input til plenum (10 min.)
i alt 45 min

Pause 15 min

”AUH model for kvalitetsmonitoring – et afsæt for udvikling og eksempler på udviklingstiltag støttet af data/monitorering og dialog – og baseret på standarder for ”god uddannelse” v/UKO Gitte Eriksen, AUH (35 min.)

Efter oplægget drøftelse i mindre grupper om hvad god uddannelse er samt bud på hvilke tiltag der kunne være ønskelige/nødvendige, samt hvilken effekt disse tiltage vil have. Hvordan tænkes effekten konstateret/målt? Afslutningsvis en kort opsamling til brug for den afsluttende diskussion. (45 min.)

Frokost 1 time

”Præsentation af opfølgning på de 3 kvalitetsmål (”kongeindikatorer”) iht. den fælles handlingsplan, som Det Regionale Råd fastlagde på sit møde den 31. maj 2016

Herefter samlet opfølgning på temamødet. Først i mindre grupper og afslutningsvis i plenum. Resultatet af drøftelserne skal gerne være,

- Fælles forståelse af hvad kvalitet i god uddannelse er
- Er ”kongeindikatorerne” tilstrækkelige til vurdering? Hvis nej, hvad kræves så?
- Hvilke uddannelsesledelsesmæssige tiltag vil kunne støtte kvalitetsudviklingen?
- Hvad efterspørges fra direktioner/afdelingsledelser/PKL/UAO/YL mm.?
- Hvordan arbejder Rådet videre?

Tidsramme 1 time.

Bilag 00.01 Beskrivelse af ”kongeindikatorer”

Dagsorden ordinært møde (14.30 – senest 16.00)

1. Godkendelse af dagsorden
2. Referat af møde 5. december 2018
3. Besættelse af PKL-stillinger i 2019 og 2020
4. Status vedr. i- og h-stillinger i Akutmedicin
5. Status for forsøgsordninger vedr. sammenhængende uddannelsesforløb samt dispensation for 6-års-frist
6. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde
7. Orienteringspunkter
 - a. Udkast til dagsorden for NRLV den 6. marts 2019
 - b. Referat af NRLV den 12. december 2018
 - c. Overblik brugt som dagsorden FU-NRLV den 5. februar 2019
 - d. Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 7. februar 2019
 - e. Udkast til referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 20. december 2018
 - f. Dagsorden VUSAM den 29. januar 2019
 - g. Dagsorden følgegruppe Generelle kurser den 6. marts 2019
 - h. Referat følgegruppe Generelle kurser den 12. december 2018
 - i. Udkast til referat af møde i Styregruppen for generelle kurser Øst 30. januar 2019
8. Nyt fra Region Sjælland og Region Hovedstaden
9. Planlægning af møde tirsdag den 28. maj 2019
10. Eventuelt

Bilag til TEMAMØDE – hvordan kvalitetsudvikles den lægelige videreuddannelse

Rådet fastlagde på sit møde den 31. maj de 3 kvalitetsmål iht. den fælles handlingsplan.

Målene er,

- **Mål 1: Den obligatoriske kompetencevurdering gennemføres**
Indikatorerne tages fra de obligatoriske spørgsmål i slutevalueringen.
Spørgsmål 5: "De planlagte kompetencevurderinger er blevet gennemført"
Spørgsmål 6: "Kompetencevurderinger er blevet efterfulgt af feedback".
Besvarelserne sker på en skala fra 1 – 6, hvor 1 er "i meget ringe grad" og 6 er "i meget høj grad".
Målopfyldeelse: Der er målopfyldeelse, hvis alle besvarelser på hvert af de to spørgsmål ligger på 5 eller derover.
- **Mål 2: Alle hovedvejledere og uddannelsesansvarlige overlæger skal gennemføre relevante vejlederkurser**
Indikator: Afdelingsledelser og Praksisuddannelseskonsulenter dokumenterer, at alle hovedvejledere og uddannelsesansvarlige overlæger har gennemført relevante vejlederkurser inden udgangen af 2016.
Målopfyldeelse: Alle hovedvejledere og uddannelsesansvarlige overlæger har gennemført relevante vejlederkurser, med udgangspunkt i Kompetencevurdering for læger, inden udgangen af 2016.
- **Mål 3: Høj kvalitet i lægelig videreuddannelse på sygehusene og i almen praksis**
Indikatorerne er de obligatoriske spørgsmål i slutevalueringen.
Besvarelserne sker på en skala fra 1 – 6, hvor 1 er "i meget ringe grad" og 6 er "i meget høj grad".
Målopfyldeelse: Der måles på såkaldte "kongeindikatorer"- altså udvalgte relevante spørgsmål, indenfor hvert af de 7 områder spørgerammen er inddelt i, altså: *introduktion, uddannelsesvejledning, daglig vejledning, arbejdstilrettelæggelse, konference/uddannelse, arbejdsklima, øvrige.* "Kongeindikatorer" er,
 - Spørgsmål 3 (uddannelsesplan) – vi ved, det er et problem for mange afdelinger/læger. Dækker tema *introduktion*
 - Spørgsmål 5 og 6 (kompetencevurdering) er allerede valgt for at dække mål 1. Dækker *uddannelsesvejledning*
 - Spørgsmål 12 (supervision) – dækker tema daglig vejledning og indgår i både *daglig vejledning og arbejdstilrettelæggelse*
 - Spørgsmål 15 dækker hvorvidt arbejdet har været tilrettelagt, så kompetencer kan nås – indgår i *arbejdstilrettelæggelse*
 - Spørgsmål 25 og 26 er generelle spørgsmål, som skal indgå – dækker tema *øvrige*

På mødet den 30. november 2016 blev udtræk visende resultatet for kvalitetsmål 1 og 3 samt udtræk over samtlige evalueringer på hhv. sygehus og i almen praksis i de to driftsregioner fremlagt og drøftet. Konklusionen var at evalueringerne generelt lever op til målet om en score på minimum 5. Der var dog også enighed om at der savnedes et mere nuanceret billede.

Sekretariatet har nu foretaget udtræk for perioden 2017 til nu svarende til udtræk i 2016. Resultatet er enten uændret score eller et marginalt højere score. Resultatet kan i bedste fald tolkes som at den lægelige videreuddannelse samlet set ikke er blevet forringet.

Kvalitetsmål 2 har Sekretariatet ikke mulighed for at opgøre, men oplysningen fremgår af inspektorrapporter. Det kan dog oplyses, at samtlige 600 tutorer i Almen Medicin i begge regioner alle har været på grundkursus, der svarer til vejlederkurset.

Bilag:

Bilag 00.02 Kvalitetsmål 1 - 2016

Bilag 00.03 Kvalitetsmål 3 - 2016

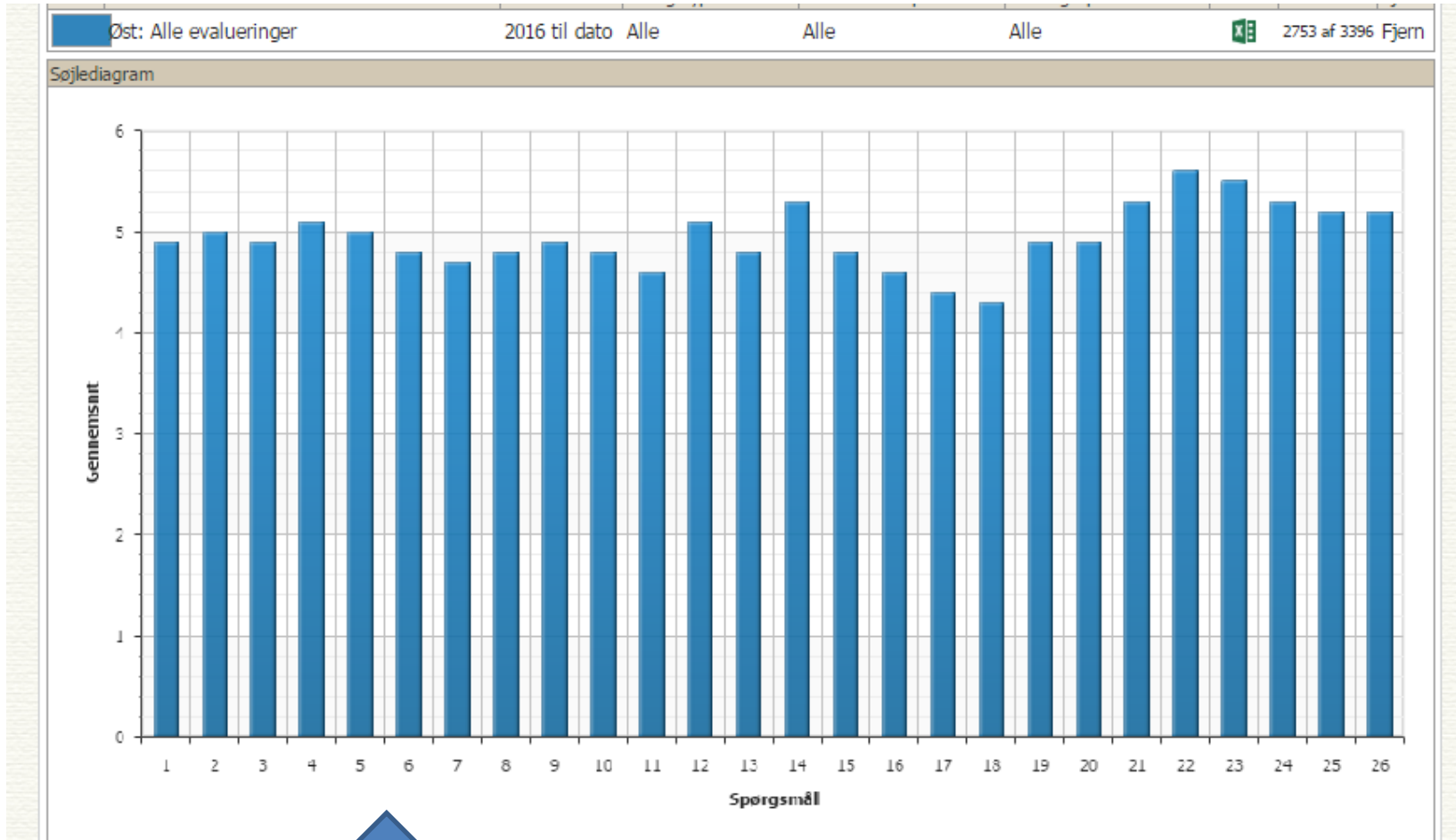
Bilag 00.04 Oversigt over den samlede evaluering 2016

Bilag 00.05 Kvalitetsmål 1 – 2017 til nu

Bilag 00.06 Kvalitetsmål 3 – 2017 til nu

Bilag 00.07 Oversigt over den samlede evaluering 2017 til nu

Kvalitetsmål 1 (spm. 5 og 6)



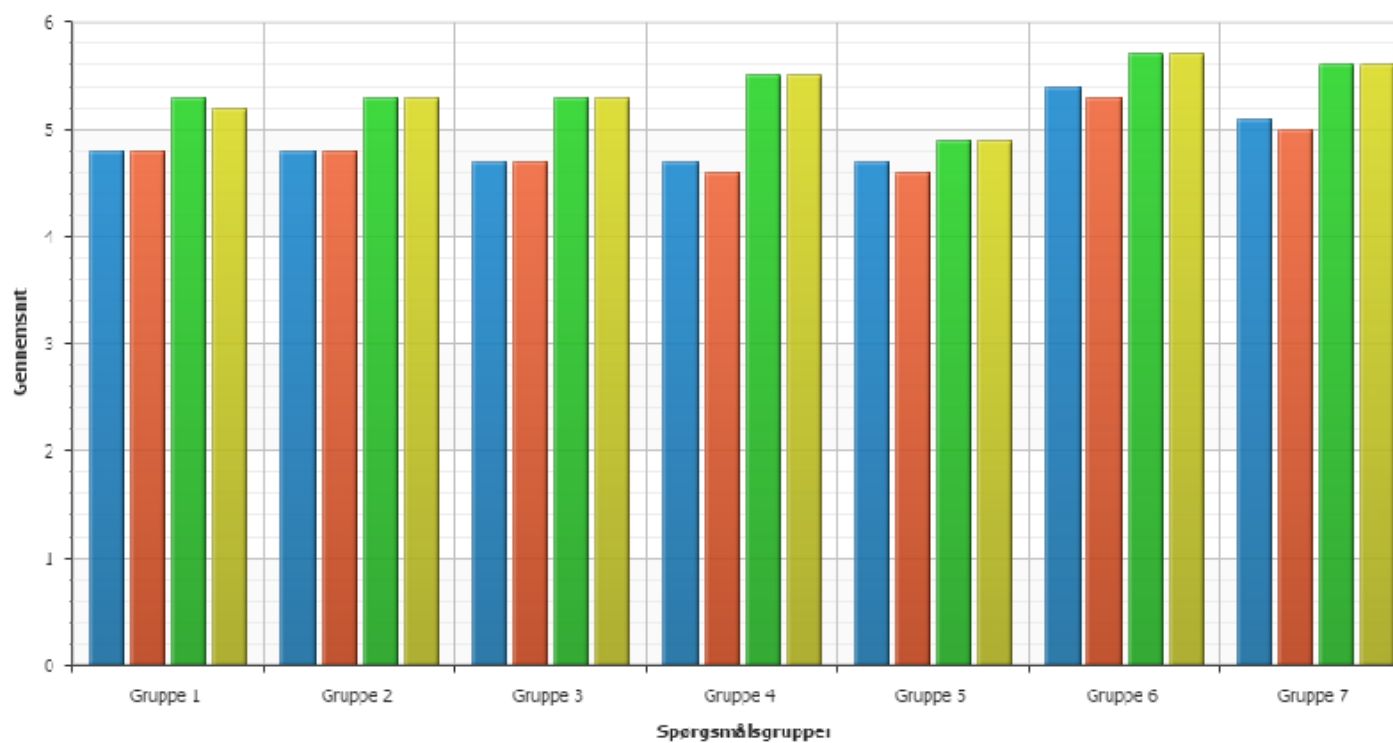
Kvalitetsmål 3 (spm. 3, 5+6, 12, 15, 25+26)



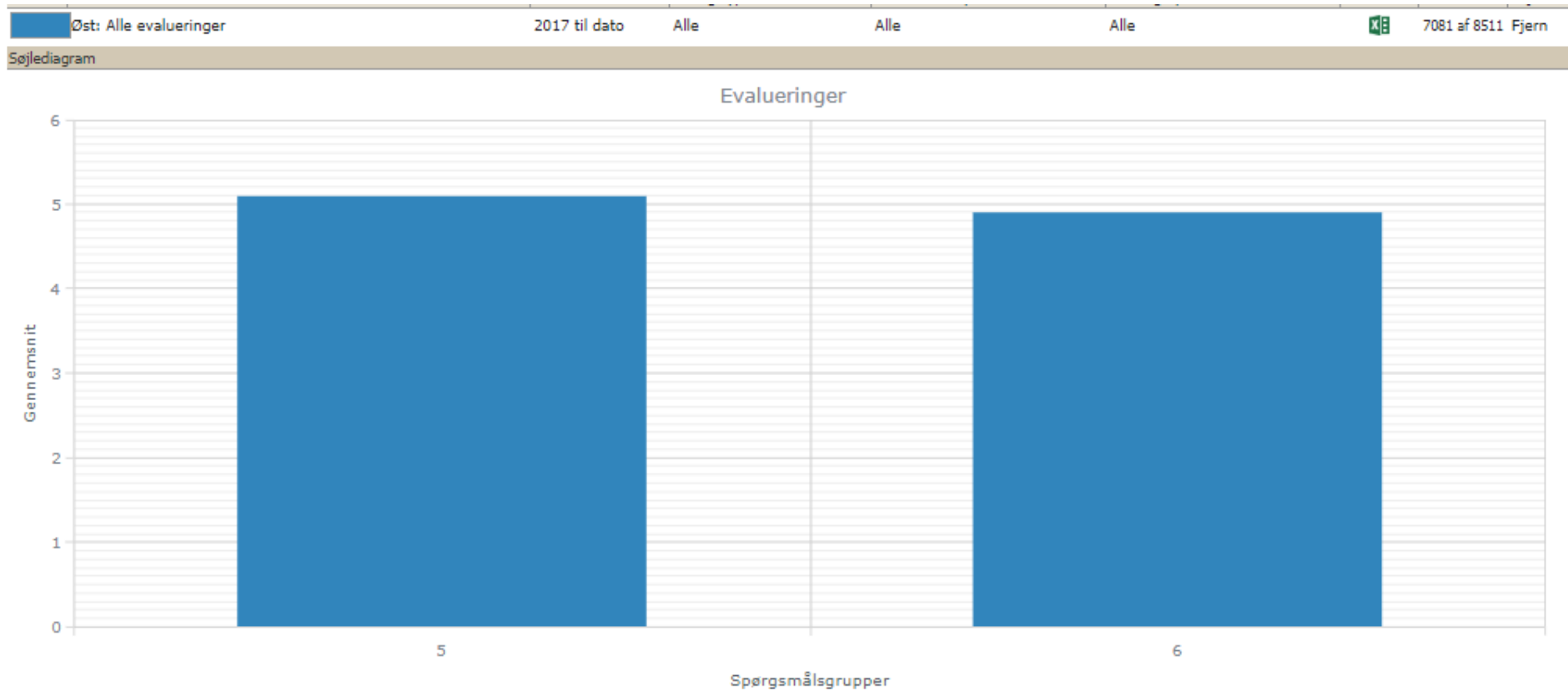
Samlet evaluering – alle spørgsmål

RH: Alle sygehuse - alle afdelinger	2016 til dato	Alle	Alle	Alle	1553 af 2038	Fjern
RSJ: Alle sygehuse - alle afdelinger	2016 til dato	Alle	Alle	Alle	602 af 681	Fjern
RH: Almen praksis - alle lægepraksis	2016 til dato	Alle	Alle	Alle	383 af 438	Fjern
RSJ: Almen praksis – alle lægepraksis	2016 til dato	Alle	Alle	Alle	207 af 233	Fjern

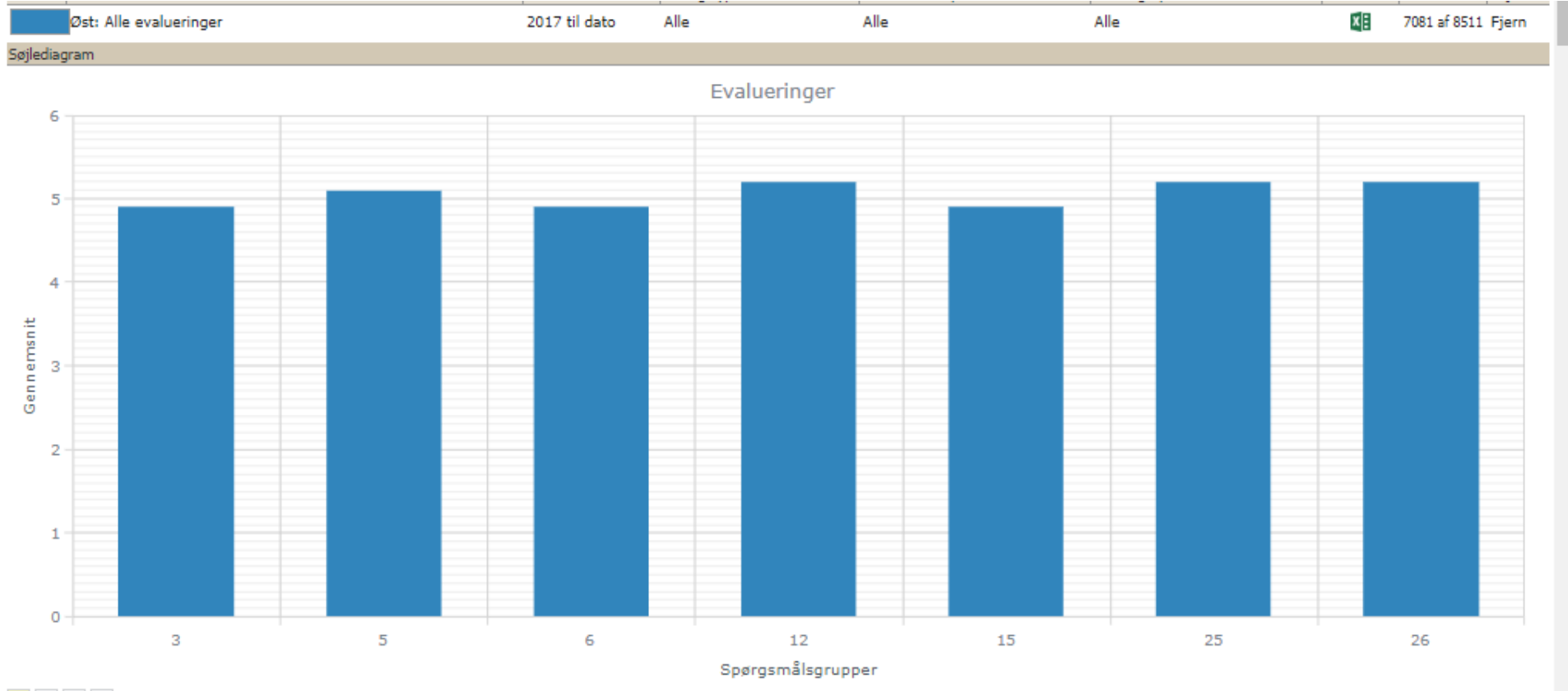
Sojlediagram



Kvalitetsmål 1 (spm. 5 og 6)



Kvalitetsmål 3 (spm. 3, 5+6, 12, 15, 25+26)



Samlet evaluering – alle spørgsmål 2017 til nu



Ad. dagsordenspunkt 1: Godkendelse af dagsorden

Sagsfremstilling:

Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 19. februar 2019.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Ad. dagordenspunkt 2: Referat af møde den 5. december 2018

Sagsfremstilling:

Referatet er endeligt godkendt den 14. januar 2019 og vedlægges til orientering.

Bilag:

Bilag 02.01 Referat af møde den 5. december 2018.

Ad. dagordenspunkt 3: Besættelse af PKL-stillinger til besættelse i 2019 og 2020

Sagsfremstilling:

Der er aktuelt ubesatte PKL-stillinger i Thoraxkirurgi og Almen Medicin. Hvis muligt vil de blive vikarbesat for ét år. I modsat fald indstilles det, at de opslås sammen med PKL stillinger i Dermatologi, Karkirurgi og Urologi, der alle udløber den 31. januar 2020. Sekretariatet vil gerne drøfte opslag med KU med henblik på opslag af de ledige 5 lektorater til besættelse så tidligt i 2020 som muligt. Der stiles mod 5-årige ansættelser

Det Regionale Råd har desuden i perioden 1. april 2017 til og med 31. marts 2019 ansat i alt 3 særlige rådgivere for KBU på PKL-lignende vilkår og et årligt frikøb på 20 dage pr. rådgiver. Det er Sekretariatets vurdering, at ordningen generelt set både har været velfungerende og har opfyldt et behov hos alle interessenter. Sekretariatets vurdering er dog også, at funktionen bedst ville kunne varetages af to "PKL" med et frikøb til hver på 30 dage pr. år.

Såfremt ovenstående tiltrædes, skal det dels afklares, om den nuværende rådgiverfunktion for KBU skal fortsætte som en forsøgsordning i yderligere 2 år, samt hvordan evt. opslag og ansættelse skal finde sted. Herudover skal der formentlig senest på mødet i maj nedsættes et ansættelsesudvalg til de PKL-stillinger, der opslås og besættes i samarbejde med KU.

Indstilling:

Det indstilles, at Det Regionale Råd godkender indstillingen vedr. fortsat ansættelse i 2 år af særlige rådgivere for KBU og i den forbindelse beslutter, om ansættelse skal ske på samme vilkår som nu samt, at antallet reduceres fra 3 til 2 med bibeholdelse af et uændret antal frikøbsdage i forhold til nu. Af hensyn til kontinuiteten foreslås det, at det før evt. opslag undersøges, hvorvidt de allerede ansatte ønsker at fortsætte i funktionen. Hvis alle ønsker at fortsætte, indstilles det, at den videre procedure aftales mellem formanden, professor Doris Østergaard og sekretariatschefen.

Vedr. opslag af ledige PKL-stillinger i 2020 indstilles det at rådet tiltræder at opslag kan aftales med KU.

Bilag:

Ingen



REFERAT

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst

REGION HØVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

SAGSBEH.: Lise Møller SAGSNR.: 17000177-50
DIREKTE/TLF.: 38 66 99 31 SAGSRP.: 02.04.04
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk DERES J.NR./REF.: DATO: 2. januar 2019

REGION HØVEDSTADEN
CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUD-
DANNELSE 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

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

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

Mødet afholdes:

Onsdag den 5. december 2018 kl. 14.00 – 17.00

**Kirurgvillaen, opgang 59A
Lokale ”Konferencen”
Gentofte Hospital
Kildegaards Vej 28
2900 Hellerup**

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Preben Cramon
Rådsformand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:

Preben Cramon (formand)

Martin Magelund Rasmussen (Region Hovedstaden) – **AFBUD**

Lars Juhl Petersen (Region Hovedstaden) – **kommer 15.30**

Søren Rask Bredekjær (Region Sjælland) – **kommer 15.30** (vente med punkt 4)

Vagn Bach (Region Sjælland)

Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)

Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS) – **AFBUD**

Sidse Marie Hemmingsen Arnfred (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)

Karen Hansen (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden - PLO) – **AFBUD**

Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland)

Kasper Kjær Gasbjerg (Uddannelsessøgende Region Sjælland)

Jonas Olsen (Uddannelsessøgende Region Sjælland - YL)

Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)

Helene Hvidman (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)

Doris Østergaard (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet - Københavns Universitet)

Jette Led Sørensen (PKL)

? (Landssygehuset Færøerne) – **AFBUD**

Konsulent Trine Saida (Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland)

Lise Møller (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Birgitte Rønn (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Tobias Kongstad Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Dagsorden

1. Godkendelse af dagsorden
2. Udkast til referat af møde 24. september 2018
3. Tilbud til udenlandske læger
4. Rekruttering og fastholdelse
5. Ansøgning om forsøgsordninger vedr. sammenhængende uddannelsesforløb samt dispensation for 6-års-frist
6. Status vedr. i- og h-stillinger i Akutmedicin samt indstilling vedr. i-stillinger i Klinisk Onkologi
7. Dimensionering 2018 – 2020 samt 2021 - 2025
8. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde
9. Orienteringspunkter
 - a. Dagsorden for NRLV den 12. december 2018
 - b. Udkast til referat FU-NRLV den 7. november 2018
 - c. Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 13. november 2018
 - d. Referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 12. september 2018
 - e. Temadag Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 22. november 2018
 - f. Udkast referat VUSAM den 1. november 2018
 - g. Udkast til referat styregruppe logbog.net den 1. november 2018
 - h. Dagsorden følgegruppe Inspektorordning den 20. november 2018
 - i. Forslag til program for Inspektor årsmøde 12. marts 2019
 - j. Udkast til referat følgegruppe Generelle kurser den 10. oktober 2018
 - k. Besættelse af PKL-stillinger i 2019 og 2020
10. Nyt fra Region Sjælland og Region Hovedstaden
11. Planlægning af heldagsmøde mandag den 25. februar 2019
12. Eventuelt

Møde i Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse

Ad. dagsordenspunkt 1: Godkendelse af dagsorden

Sagsfremstilling:

Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 29. november 2018.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Godkendt med den tilføjelse at den eftersendte bekymringsskrivelse fra uddannelsesrådet i Psykiatri behandles under punkt 4 samt en drøftelse af specialespecifikke vejlederkurser under punktet ”Eventuelt.”

Ad. dagordenspunkt 2: Udkast til referat af møde den 24. september

Sagsfremstilling:

Referatet udsendes fejlagtigt først sammen med dagsordenen til møde den 5. december 2018.

Indstilling:

Sekretariatet indstiller, at referatet godkendes.

Bilag:

Bilag 02.01 Referat af møde den 24. september 2018.

Helge efterspurte en hurtigere fremsendelse af referater fremover, hvilket Sekretariatet vil bestræbe sig på.

Referatet godkendes med følgende to ændringer.

YL ønskede ordet ”paradoksalt” i referatets 6. afsnit på side 5 ændret. Sekretariatet har ændret til: ”Tilsvarende opleves der også problemer med forståelsen mellem danskere og svenskere.....”.

Det fremgår endvidere af referatets 4. afsnit på side 9, at ”...det kan give god mening at stille supplerende krav...” Denne passus slettes efter ønske fra YL, da det er målbeskrivelsen der definerer kravene til speciallægeuddannelsen.

Ad. Dagordenspunkt 3: Tilbud til udenlandske læger

Sagsfremstilling:

På seneste møde i Rådet var konklusionen at uanset hvor uden for Danmark læger var uddannet kunne såvel sproglige som kulturelle forhold medføre uforudsete udfordringer for en afdeling. Da problemstillingen er kompleks var det ambitionen at tilbyde en systematisk, standardiseret og koordineret indsats - gerne på tværs af de to regioner - herunder eventuelt flere sprogtests med efterfølgende handlingsplan og brug af mentorordning.

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse blev bedt om at komme med forslag til/oversigt over handlemuligheder – inkl. gode råd til håndtering af vanskelige uddannelsesforløb - som kan adressere de oplevede udfordringer med de forskellige lægegrupperinger (3. landslæger, EU-læger, nordiske læger). Materialet skulle gerne også være anvendeligt for både ledelse, UAO, vejledere og uddannelsessøgende.

Sekretariatet har dels indhentet oplysninger om den kommunale ordning til nytilkomne udlændinge over 18 år samt oplysninger fra Sprogcenter Hellerup og en privat udbyder.

Den kommunale ordning

Formålet med uddannelse i dansk som andetsprog (danskuddannelse) er at bidrage til, at voksne udlændinge opnår nødvendige dansksproglige kompetencer og viden om kultur- og samfundsforhold i Danmark, så de kan blive deltagende og ydende medborgere på lige fod med samfundets øvrige borgere. Danskuddannelse skal bidrage til, at voksne udlændinge så hurtigt som muligt efter at have fået opholdstilladelse i Danmark tilegner sig færdigheder i at forstå og anvende det danske sprog og opnår kendskab til det danske arbejdsmarked, så de derved får mulighed for at komme i beskæftigelse og bliver i stand til at forsørge sig selv.

Danskuddannelse tilbydes nyankomne udlændinge, der er fyldt 18 år og

1. har opholdstilladelse eller i øvrigt har fast, lovligt ophold i Danmark og er folkeregisteret i kommunen eller
2. har fast ophold i medfør af EU-reglerne om ophævelse af indrejse- og opholdsbegrænsninger i forbindelse med arbejdskraftens frie bevægelighed, etablering og udveksling af tjenesteydelser m.v. og har bopæl i en kommune.

En udlændings opholdsgrundlag er afgørende for karakteren af det danskuddannelses tilbud, som kommunen skal give den pågældende. I danskuddannelsesloven sondres der mellem I-kursister og S-kursister:

- Ved I-kursister forstås flygtninge og familiesammenførte med flygtninge.
- Ved S-kursister forstås udenlandske arbejdstagere, studerende m.v.

Begge grupper tilbydes danskuddannelse 1, 2 eller 3 (se nedenfor), men rammerne for tilbuddet er forskellige for de to grupper.

Udlændinge indplaceres af uddannelsesstedet på den af de tre ordinære danskuddannelser, der svarer til deres forudsætninger og behov for undervisning:

- Danskuddannelse 1: Kursister, som ikke kan læse og skrive på deres modersmål
- Danskuddannelse 2: Kursister med kort skole- og uddannelsesbaggrund
- Danskuddannelse 3: Kursister med en mellemlang eller lang skole- og uddannelsesbaggrund.

Både I-kursister og S-kursister modtager tilbud om op til 5 års danskuddannelse.

I-kursister deltager i danskuddannelse som led i et integrationsprogram og er forpligtede til at deltage i undervisningen. De kan sanktioneres, hvis de ikke deltager. Danskuddannelse for I-kursister udgør maksimalt 15 timer om ugen.

S-kursister modtager tilbud om danskuddannelse som led i et introduktionsforløb og er ikke forpligtede til at tage imod tilbuddet. S-kursister skal betale en deltagerbetaling på 2.000 kr. per modul. S-kursister skal desuden betale et depositum på 1.250 kr. for at starte på deres danskursus. Depositummet betales tilbage, når kursisten afslutter eller afbryder sit danskursus.

Personer, der har opholdstilladelse til at arbejde som au pair, skal hverken betale depositum eller deltagerbetaling.

- Prøve i Dansk 1 tages efter Danskuddannelse 1.
- Prøve i Dansk 2 tages efter Danskuddannelse 2.
- Prøve i Dansk 3 tages efter Danskuddannelse 3, modul 5.
- Studieprøven tages efter Danskuddannelse 3, modul 6.

Tilbud efter danskuddannelsesloven er gratis for udlændinge omfattet af lovens målgruppe.

Det er kommunen, som afholder udgifter til undervisning af udlændinge, der bor i kommunen. Staten refunderer 50 % af kommunens udgifter til danskundervisning efter danskuddannelsesloven for kursister, som ikke er omfattet af integrationsloven eller henvist til danskuddannelse eller arbejdsmarkedsrettet danskundervisning i medfør af lov om aktiv beskæftigelsesindsats.

Såfremt kursisten er henvist efter integrationsloven, refunderer staten 50 % af kommunens udgifter inden for et rådighedsbeløb i henhold til integrationsloven.

For at etablere sig som udbyder af danskuddannelse skal udbyderen indgå en driftsaftale med en kommune efter reglerne i danskuddannelsesloven eller være etableret som et kommunalt sprogcenter. I dag har kommunerne indgået aftaler med private og selvejende sprogcentre samt etableret egne kommunale sprogcentre.

Ministeriets orienteringsskrivelse til kommuner og sprogudbydere vedlægges som bilag 03.01

Sprogcenter Hellerup

Tilbuddet her svarer overordnet til den kommunale ordning men er specielt målrettet læger. Beskrivelsen af det konkrete forløb, der er et fuldtidsstudie på ½ år fremgår af vedlagte bilag 03.02

Alle skal betale et depositum på 1250kr. før de starter. Depositummet er for hele danskuddannelsen og de får pengene tilbage, når de har afsluttet uddannelsen.

Når en kursist placeret på modul 1 skal de betale 2.000 kr. for det første modul. Herefter betaler de 2.000 kr. hver gang de består en modultest. Dvs. de betaler 2.000 kr. 5 gange (Modul 1-5).

Før lægedansk: Går fra Modul 1 til Modul 3 og de betaler samlet set 6.000 kroner.

Lægedansk: Består af Modul 4 og Modul 5. Kursisterne betaler 2.000 kr. for hvert modul, i alt 4.000 kr. Kommunerne betaler 875 kr. om ugen i alt 22.750 kr. for 26 uger.

Der er ingen prisforskel for kursisterne om de går på alm. danskursus eller lægedansk. De betaler kun modultakst som er 2.000 kr. per modul. Kommunerne dækker resten.

Hvis de er selvbetaler på Lægedansk, så koster det 2.000 per modul (4.000 for to moduler) og 22.750kr. for 26 uger. I alt 26,750 kr.

Privat udbyder – Mikkel Lindhardt Bølling

Mikkel Lindhardt Bølling har selv rettet henvendelse til Sekretariatet med det vedlagte tilbud (bilag 03.03). Han oplyser supplerende, at han er uddannet i dansk med retorik fra Københavns Universitet.

Han har et indgående kendskab til og en mangeårig erfaring fra Studieskolen i København med sprogundervisning af højtuddannede udenlandske akademikere og universitetsstuderende i dansk på højt niveau (PD3- og Studieprøve-rettet undervisning). Han har desuden en langvarig og omfattende erfaring i at afholde PD3-prøver, hvor læger og tandlæger fra ikke-EU-lande skal opnå karakteren 10, som minimum i mundtlighed og 7 i den skriftlige del, hvis de skal kunne have mulighed for at praktisere i Danmark.

Det er på denne baggrund han har udviklet supervisionskonceptet samt PD3-træningen, der vil kunne sikre, at udenlandske læger bliver i stand til at beherske et godt dansk.

Mikkel Lindhardt Bølling har sit eget firma med én fast tilknyttet medarbejder, der har samme baggrund og kompetencer som han selv. Derudover har firmaet en række erfarne, danskfagligt uddannede konsulenter tilknyttet, som kan træde til efter behov.

Øvrige tilbud

Såvel Lægeforeningen som Yngre Læger overvejer lokale aktiviteter i de respektive regioner. Indholdet drøftes med repræsentanter for de udenlandske læger på baggrund af konkrete henvendelser.

Vedr. Akutkurser og manglende godkendelse

Mellem 2 og 5 kursister årligt får ikke godkendt kompetence 2 (genoplivning) i løbet af Akutkurset. Der er en næsten ligelig fordeling mellem de to driftsregioner. Kompetencen opnås generelt efter lidt mere træning.

2- 3 kursister årligt får ikke godkendt kompetence 9 (patienttransport) i løbet af Akutkurset i Region Hovedstaden. I Region Sjælland er antallet mellem 9 og 18. Flertallet af de læger, der ikke opnår kompetencen under kurset, er læger ansat i evalueringsansættelse eller læger med anden sproglig baggrund end dansk.

I begge situationer tages kontakt til UAO og LO på den afdeling, hvor lægen er ansat. Ofte viser det sig, at lægen helt generelt har sproglige udfordringer og ikke sjældent også faglige udfordringer. Der aftales altid en handlingsplan, og i de fleste tilfælde opnår lægen kompetencen/kompetencerne. I nogle tilfælde kan evalueringsansættelse ikke godkendes – men det skyldes så ikke alene, at Akutkurset ikke kan godkendes.

Hjælp til afdelinger og uddannelseslæger

Der er ikke målrettede tilbud hverken i form af kurser eller oplysende materiale. Ud over den rådgivning der ydes fra Sekretariatet henvises til håndbogen udarbejdet af Videreuddannelsesregion Syd (bilag 03.04).

Videreuddannelsesregion Syd udbyder fra marts 2019 et kursus for udenlandsk uddannede speciallæger, der skal fungere som vejledere i Danmark. Kurset skal give et overblik over den lægelige videreuddannelse og fif/redskaber vedrørende vejledning, feedback og kompetencevurdering. Derudover muligheden for at undre sig sammen. Ligeledes udbydes fra marts 2019 et kursus i forebyggelse af uheldsmæssige uddannelsesforløb.

CAMES udbyder et kursus til UAO og et kursus til vejledere. Begge kurser adresserer alle problemstillinger indenfor den lægelige videreuddannelse men fokuserer ikke specielt på udenlandske lægers integration i afdelingerne. Herudover tilbydes et kursus i konflikthåndtering.

CUK udbyder også et kursus til UAO og et kursus til vejledere. Herudover afholdes en årlig temadag for ledende og uddannelsesansvarlige overlæger.

Lægeforeningen tilbyder en mentorordning samt generelle ledelseskurser. Herudover kan det enkelte medlem få en karrierevejledende samtale hvor alle aspekter af lægens liv kan berøres.

I Region Midtjylland tilbydes gratis sprogtræning til udenlandske læger under uddannelse, som ikke har lært tilstrækkeligt dansk via de kommunale tilbud. Forudsætningen for deltagelse i denne sprogundervisning er, at den uddannelsesansvarlige overlæge vurderer, at lægens sprogsvækheder er af en sådan karakter, at forventet udvikling i kompetenceniveau er vanskelig. Alle forløb starter med en sprogscreening, der afdækker problemets karakter og omfang. Indholdet af undervisningsforløbet kan variere herefter. Det er den ansættende afdeling, der skal ansøge om sprogtræningen til uddannelseslægen. Region Midtjylland, Koncern HR, Sundhedsuddannelser har afsat ca. 100.000 kr. årligt til aktiviteter, der har til formål at bedre de kommunikative færdigheder.

Egentlig sprogscreening af læger tilbydes herudover så vidt vides kun af Videreuddannelsesregion Syd på Sygehus Lillebælt.

Indstilling:

Det indstilles, at Rådet drøfter, om der skal arbejdes videre mod mere systematiske tilbud samt i givet fald hvordan og af hvem, der konkret arbejdes videre.

Bilag:

Bilag 03.01 Orienteringsskrivelse til kommuner og udbydere af danskuddannelse fra Udlændinge- og Integrationsministeriet

Bilag 03.02 Information om Lægedansk fra Sprogcenter Hellerup

Bilag 03.03 Information om privat sprogtræning fra Mikkel Lindhardt Bøhling

Bilag 03.04 Håndtering af u hensigtsmæssige uddannelsesforløb

Lise redegjorde indledningsvist for de tilbud, der er til rådighed, og hvad de koster, jf. indkaldelsen hvor tilbuddene er beskrevet.

YL mente, at der er behov for en form for ensretning eller fælles retningslinjer for hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland, så mulighederne ikke afgøres af, hvilken afdeling, speciale eller region lægen er ansat i, eller hvilken kommune lægen bor i. Begge regioner har retningslinjer, men i praksis er det de enkelte afdelinger, der bestemmer, hvorfor tilbuddene er uensartede.

Det er afdelingsledelsen, der har ansvar for at sikre, at den enkelte læge har tilstrækkelige mundtlige og skriftlige kompetencer til at fungere i den kliniske hverdag. Optimalt set burde der være en resourceperson med de rette kompetencer, som afdelingerne kunne kontakte med henblik på sprogscreening, hvis der opleves et behov herfor. Herefter kan lægen sendes videre i enten kommunalt eller privat regi. Rådet har dog ikke kompetence til at definere, hvem denne resourceperson skal være.

I Region Hovedstadens Psykiatri er der mulighed for at konsultere en sprogkonsulent.

Det er generelt i evalueringsansættelserne, at de sproglige problemer erkendes, idet vurderingen af sproglige færdigheder indgår i den samlede vurdering. Hvis afdelingen samlet vurderer lægen positivt, får lægen autorisation. YL udtrykte dog bekymring for, hvorvidt sprogvurderingen er tilstrækkeligt fintmasket til at opfange sprogproblemerne, eksempelvis ift. ”sikker kommunikation”.

Afslutningsvist gav flere udtryk for, at der udover fælles retningslinjer inkl. mulighed for sprogscreening burde etableres en mentorordning. Dette vil – afhængig af det endelige regionale tilbud – behandles på et senere møde i Rådet.

Beslutning: Rådet indstiller, at Region Hovedstaden og Region Sjælland med afsæt i ovenstående udarbejder et tværregionalt tilbud eller etablerer ensartede tilbud.

Ad. Dagordenspunkt 4: Rekruttering og fastholdelse

Sagsfremstilling:

På seneste møde i Rådet var der enighed om at forsøge at afdække hvilke forhold, der er faciliterende hhv. hæmmende for både den generelle trivsel og uddannelsen. Herudover skulle Sekretariatet afdække i hvor høj grad uddannelseslæger havde deltidsansættelse.

På det nylig afholdte PKL-seminar var der en særlig seance vedr. forhold, der hhv. faciliterede og hæmmede uddannelsen. Konklusionerne på denne seance var:

Faciliterende forhold

- Godt arbejdsmiljø (blive set, hørt, accepteret og respekteret)
- Ledelsesopbakning på alle niveauer
- Godt uddannelsesnetværk mellem uddannelsessøgende, vejledere, UKYL, UAO og PKL
- Patient-/kliniknær supervision og feedback
- Lægefaglige konferencer med fokus på læring
- Skemalagt uddannelsesfunktion under hensyn til behov og bemanning
- God detaljeret målbeskrivelse / kompetencestyret uddannelse
- Mulighed for dialog om behov samt fleksibilitet i selve forløbene (plads til forskning, udlandsophold, life/work balance mm.)

Hæmmende forhold

- Høje produktionskrav
- Tidspres
- Omstruktureringer inkl. fusioner idet patientgrundlag ændres, og flytninger giver uro
- Øget skærmtid medførende mindre patientkontakt og mindre tid til uddannelse og refleksion
- Klinisk arbejde med ingen el. få andre personalegrupper – f.eks. stuegang/ambulatorium uden sygeplejerske (hindrer også det tværfaglige samarbejde)
- Opgaveglidning (mindre lægefagligt meningsfuldt arbejde)
- Varierende kompetenceniveau blandt vejledere

Ovenstående forhold indgår også i YL rapporten om Fremtidens psykiatere, der vedlægges som bilag. YL udsender senere en rapport om Fremtidens Almen Mediciner.

Sekretariatets vurdering er, at et evt. fokusgruppe interview, som der blev foreslået på seneste møde, ikke vil bidrage til væsentlig ny viden og faciliterende og hæmmende forhold.

Uddannelseslæger på deltid

Sekretariatet har foretaget en optælling pr. 15. november. Optællingen er behæftet med nogen usikkerhed, men giver et indtryk af omfanget.

KBU 4 læger i Reg. H ud af 480. Alle af personlige grunde.

Almen Med. 9 læger i Reg. H ud af 246. Alle af personlige grunde.

Anæstesi 2 læger ud af 103. 1 af personlige grunde, 1 pga. forskning.

Dermatologi 3 læger ud af 19. 1 af personlige grunde, 2 pga. forskning.

Gyn.Obst. 4 læger ud af 59. Alle pga. forskning.

Endokr. 10 læger ud af 35. 2 af personlige grunde, 8 pga. forskning.

Gastromed. 3 læger ud af 37. 1 af personlige grunde, 2 pga. forskning.

Geriatrici 2 læger ud af 38. Begge pga. forskning.

Hæmatologi 3 læger ud af 24. 1 af personlige grunde, 2 pga. forskning.

Inf.med. 4 læger ud af 21. Alle pga. forskning.

Kardiologi 6 læger ud af 56. Alle pga. forskning.

Lungemed. 1 læge ud af 30. Pga. forskning.

Nefro. 3 læger ud af 24. 1 af personlige grunde, 2 pga. forskning.

Reuma. 1 læge ud af 38. Ukendt grund.

Kirurgi 3 læger ud af 66. 1 pga. forskning.

Neurologi 6 læger ud af 54. 5 af personlige grunde, 1 pga. forskning.

Ort.kir. 1 læge ud af 73. Personlige grunde.

Psyk. + BU 16 læger ud af 102. 12 af personlige grunde, 4 pga. forskning.

Pædiatri	4 læger ud af 54. 2 af personlige grunde, 2 ukendt.
Samf.med.	5 læger ud af 25. 4 af personlige grunde, 1 pga. forskning.
Urologi	2 læger ud af 29. Alle pga. forskning.

Indstilling:

Det indstilles, at Rådet genoptager drøftelsen af den generelle trivsel sat i relation til det fremtidige behov for lægelig arbejdskraft.

Bilag:

Bilag 04.01 YL rapport om Fremtidens psykiatere

Under dette punkt blev først behandlet den eftersendte bekymringskrivelse fra uddannelsesrådet i Psykiatri.

Der var stor ros til uddannelsesrådet i psykiatri for at have udarbejdet og fremsendt dokumentet.

Specialets postgraduate kliniske lektor (PKL), Sidse Arnfred Hemmingsen, indledte med at gennemgå henvendelsen fra uddannelsesrådet, som kan deles op i tre punkter:

a) Ny målbeskrivelse med øgede krav til kompetencevurdering/kvaliteten af uddannelsen:

Afdelingerne har svært ved at honorere kravene til struktureret supervision i klinikken og sikre tilfredsstillende rammer for uddannelsen, hvilket udfordrer kvaliteten af den kliniske uddannelse i specialet. Uddannelsesrådet foreslår bl.a., at uddannelsesaktiviteter sidestilles med driftsmål, at der oprettes et specialespecifikt vejlederkursus og, at uddannelseslægerne sikres én dag om ugen til den kliniske uddannelse – altså en dag uden rent driftsmæssige opgaver.

b) Sundhedsplatformens (SP) negative indvirkning på speciallægeuddannelsen i psykiatri:

SP har resulteret i mindre tid til uddannelsesrelevante aktiviteter i den kliniske hverdag samt tab af det faglige indhold i dokumentation og kommunikation. Herudover tager kurser og opdatering i SP tid fra psykiatri- og lægefaglig oplæring. Uddannelsesrådet foreslår, at der er mulighed for at diktere i udvalgte situationer, at der indføres sekretærhjælp til administrative opgaver samt, at der arbejdes på at tilpasse SP, så det daglige arbejde smidiggøres.

c) Specialpsykologer (SPU) i psykiatrien har negativ indflydelse på uddannelsen i psykiatri:

SPU målbeskrivelsen er tæt på identisk med målbeskrivelsen for speciallægerne. SPU har ikke vagtforpligtelse og er derfor altid til stede på hverdage i dagtid, hvilket har resulteret i en allokering af de diagnostiske interviews, den psykopatologiske udredning og de terapeutiske forløb til SPU'erne, selvom det er centrale elementer i speciallægeuddannelsen i psykiatri. Konsekvensen af denne ændring i opgavevaretagelsen er, at lægerne har svært ved at opnå kompetencerne, ligesom uddannelsen gradvis udvandes, da lægernes opgaver reduceres til at stå for den medicinske behandling, den somatiske udredning og behandling hørende under psykiatriloven. Uddannelsesrådet foreslår, at der udarbejdes en fælles ramme for begge regioners psykiatrienheder beskrivende samarbejdet mellem SPU og læger, så uddannelseslægerens kompetenceudvikling sikres.

Ad a) Ny målbeskrivelse og uddannelsens kvalitet:

Søren Bredkjær oplyser, at psykiatriledelserne ser med stor alvor på situationen og anerkender, at der opleves et stort pres psykiatrien, som også presser speciallægeuddannelsen. De to vicedirektører i hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland har allerede drøftet spørgsmålet og vil fremadrettet drøfte spørgsmålet med Sundhedsstyrelsen, uddannelsesrådet i psykiatri i Region Øst, de ledende overlæger, de uddannelsesansvarlige overlæger og de uddannelseskoordinerende yngre læger. Psykiatriledelserne vil fremadrettet have fokus på problemet og inddrage relevante parter. PKL efterspurgte en form for taskforce, som kan arbejde videre med sagen og løfte det op i det Nationale Råd,

så man sikrer, at der sker noget. Det handler om rettidig omhu, da problemet ikke bliver mindre med tiden. Vejlederne ønsker ikke at tage uddannelseslægerne som gidsler, så de godkender kompetencerne, selvom alle vurderinger ikke er gennemført iht. målbeskrivelsen.

Det blev også anbefalet, at tage problemstillingen op i det videnskabelige selskab, der er ansvarlig for målbeskrivelsen.

Preben oplyste, at de nationale udviklingsmål gør det muligt at benytte uddannelse som mål på linje med driften, så det kan der arbejdes videre med. Hvad angår en ugentlig uddannelsesdag, så er det noget de respektive ledelser må tage stilling til.

Ad. b) Sundhedsplatformen:

Neurologisk afdeling, Roskilde har kørt et forsøg med talegenkendelse ift. SP og meldingen er, at det har været en succes. Det kunne være en mulighed for psykiatrien på sigt, da det ikke kan indføres fra den ene dag til den anden. Man kender også talegenkendelse fra udlandet. De generelle udfordringer med SP er ikke noget, som kan løses i Rådets regi.

Ad c) Specialpsykologer (SPU):

Søren Bredkjær indledte med at fastslå, at SPU blev indført, fordi der var et behov grundet stor mangel på psykiatere – både speciallæger og uddannelsessøgende. Erfaringen er, at SPU har løftet et stort stykke arbejde. Det er en faggruppe, som kan bruges indenfor visse områder, men ikke alle. Psykiatrilæden indgår gerne i en dialog om, hvordan samarbejdet kan forbedres, men holdningen er, at der er brug for SPU. Der afholdes snart en større konference i Region Sjælland, hvor SPU skal drøftes. SPU skal også drøftes i Region Hovedstaden.

Vagn Bach nævnte den generelle tendens til, at der flyttes arbejdsopgaver fra lægerne til andre faggrupper, så det handler ikke kun om psykiatere og SPU, men er udtryk for en mere generel udfordring, som vi skal forholde os til. Flere mente, at andre specialer (fx Gyn/obs vs. jordemødre) har en mere klar opgave- og kompetencedeling, end det er tilfældet for SPU og psykiatere. Der er klart behov for udarbejdelse af en systematisk beskrivelse af opgave- og kompetencefordeling herunder også på hvilke områder, SPU har et ansvar ift. supervision og vejledning af lægerne. Det opfordres regionerne at arbejde videre med. Det kunne også være hensigtsmæssigt at inddrage BU Psykiatrien.

YL problematiserede, at der er oprettet en 4-årig uddannelse, som ligger så tæt på speciallægeuddannelsen i psykiatri, uden at de på sigt har samme opgaver. I praksis er antallet af uddannelsesstillinger udvidet, hvilket har resulteret i, at et i forvejen presset speciale nu presses yderligere og udvandes, da SPU dels overtager en række centrale uddannelsesrelevante arbejdsopgaver, og dels fordi SPU ligger beslag på vejledning og supervision fra speciallæger i den kliniske dagligdag. Det ville være bedre, om ressourcerne blev brugt på at forbedre uddannelsen for læger.

Overordnet set er der brug for, at speciallægeuddannelsen ligestilles SPU rent uddannelsesmæssigt.

Beslutning: Psykiatrilædelserne i hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland samarbejder med PKL, uddannelsesrådet i psykiatri, afdelingsledelser og uddannelsesansvarlige overlæger på at forbedre speciallægeuddannelsen i psykiatri. Det Regionale Råd vil følge udviklingen.

Rekruttering og fastholdelse:

Sekretariatet har pr. 15. november optalt, hvor mange læger der har deltid. Tallene er behæftet med noget usikkerhed, da data ikke umiddelbart kan valideres. Det mest overraskende er Almen Medicin, hvor forventningen var, at langt flere var på deltid.

Lise orienterede fra PKL-seminaret, hvor der på opfordring af Rådet blev drøftet fremmende og hæmmende faktorer for god uddannelse. Svarene er en syntese af de svar PKL-erne har fået med fra diskussioner i deres uddannelsesråd.

Lægerne vil gerne have et godt arbejdsmiljø, de vil gerne føle sig set og hørt.

Når der er et meget stort produktionspres, opleves det ikke som den lægegerning/lægeliv man uddannede sig til. Med mere PC-tid – giver det mindre tid til ptt kontakt, som generelt er det lægerne efterspørger og ser som rigtigt lægearbejde.

YL efterspurgte et idékatalog, der kan være med til at skabe de gode rammer om uddannelsen. Hvis det skal lykkes, så kræver det også, at vi inddrager driften og gør plads til uddannelse, der kan være ting vi skal tænke om. Det blev foreslået, at kataloget blev udarbejdet af PKL-gruppen. Lise oplyste, at PKL-gruppen tidligere har udarbejdet et lignende katalog til inspiration for det gode uddannelsesforløb. Den trænger sikkert til en revidering.

Den store udfordring er, at overbevise den afdeling, hvor uddannelsen ikke fungerer, at de ved hjælp af en ”lille indsats” kan opnå et stort udbytte. Man kan ikke det hele på én gang. Flere og flere ”gode” eller velfungerende afdelinger oplever i stigende grad de hæmmende forhold, hvilket er bekymrende.

Ledelsesopbakning op alle niveauer er en forudsætning for at ændre situationen og sikre, at også uddannelse prioriteres i den travle hverdag. Dette kræver, at uddannelse indtænkes i drift ligesom der skal gøres op med opfattelsen af, at man kun lærer noget, hvis opgaven har betegnelsen uddannelse.

Beslutning: Emnet skal være et tema på heldagsmødet den 25. februar.

Ad. dagordenspunkt 5: Ansøgning om forsøgsordninger vedr. sammenhængende uddannelsesforløb samt dispensation for 6-års-fristen

Sagsfremstilling:

Efter sidste møde fremsendte Sekretariatet vedlagte ansøgning om sammenhængende uddannelsesforløb samt om dispensation for 6-års-fristen i forbindelse med gennemført godkendt i-stilling ved ansættelse på de fleste sygehuse samt i Psykiatrien i Region Sjælland.

Sundhedsstyrelsen har den 23. november mundtligt orienteret om, at Sundheds- og Ældreministeriet har imødekommet ansøgningen. En foreløbig skriftlig orientering er modtaget den 26. november.

De studerende, der vælger sidste år af kandidatdelen i Region Sjælland, starter der den 1. februar 2019. De kan altså tidligst påbegynde KBU den 1. februar 2020. Hvis proceduren for disse forløb skal svare til ordningen på Færøerne skal tilmelding til KBU være ansøgt senest 1. marts 2019. Til orientering og inspiration vedlægges såvel en generel beskrivelse af ordningen på Færøerne samt ansættelsesproceduren for disse forløb.

Indstilling:

At Rådet tager godkendelsen af det ansøgte til efterretning samt at Region Sjælland orienterer om den videre proces herunder hvordan tilbud om KBU i sammenhæng med kandidat planlægges opslået samt om der planlægges med kriterier for tildeling af forløb. Der bedes endvidere orienteret om, der er lovmæssige problemer ved opslag af forløb til en afgrænset gruppe.

Vedr. forlængelse af 6-årsfristen vil information blive bragt såvel under FAQ på Sundhedsstyrelsens hjemmeside som under 6-års-fristen på Sekretariatets hjemmeside

Bilag:

Bilag 05.01 Ansøgning om sammenhængende uddannelsesforløb til SST

Bilag 05.02 Godkendelse af forsøgsordninger i VUR Øst

Bilag 05.03 Beskrivelse af KBU-ordningen på Færøerne

Bilag 05.04 Ansættelsesprocedure for KBU læger Torshavn

Ansøgningen er godkendt af Sundheds- og Ældreministeriet, der også har udsendt pressemeddelelse. Denne godkendelse betyder, at det juridiske grundlag er i orden.

Der er 18 ud af 24 mulige tilmeldt sidste år af kandidatstudiet i Region Sjælland. Disse 18 vil blive tilbudt KBU i Region Sjælland. Hvis de vælger det, vil de udgå af den generelle lodtrækning til KBU forløb – ligesom Færøernes ordning. Af hensyn til opslag af forløb på www.basislaege.dk skal ansøgning om disse forløb ske senest 1. marts 2019.

Af den godkendte ansøgning fremgår det tillige, at 10 KBU-forløb er sammenhængende med introstilling. Det skal derfor også planlægges, hvordan og hvem der kan få dette tilbud.

Alle i Rådet ønsker, at ordningen bliver en succes. Derfor ønskede Rådet konkret viden om hvordan ansøgnings- og udvælgelsesproces tilrettelægges. Denne viden vil tillige give mulighed for bred og ensartet information om ordningen. Som overordnet ansvarlig for uddannelsen i Region Øst og afsender af ansøgningen finder Rådet det vigtigt at have indsigt i også de administrative forhold omkring implementeringen af ordningen.

I Rådets drøftelser indgik derfor følgende temaer:

- 1) Hvordan de kandidatstuderende, der ønsker KBU i Region Sjælland, kan prioritere/vælge KBU-forløb
- 2) Hvorledes den kandidatstuderende tillige ansøger om kombination med intro, samt efter hvilke kriterier de 10 udvælges
- 3) Hvornår og hvordan det senest afgøres hvilken i-stilling, der tilbydes.

Region Sjælland vil gerne drøfte processerne med de kommende kandidatstuderende for at sikre størst mulig tilfredshed med ordningen. Sekretariatet har derfor aftalt med formanden, at Sekretariatet udarbejder et udkast til beskrivelse af det formelle omkring selve processen. Dette udkast kan bruges som en del af grundlaget for drøftelsen med de kommende kandidatstuderende. Den endelige proces sendes til alle, således at den også kan offentliggøres på Sekretariatets hjemmeside.

Lise efterspørger retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen i forhold til opfølgning, rapportering osv. om ordningen.

Ordningen vil blive løbende evalueret og evalueringer vil tilgå Rådet.

Ad. dagordenspunkt 6: Status vedr. i- og h-stillinger i Akutmedicin samt indstilling vedr. i-stillinger i Klinisk Onkologi

Sagsfremstilling:

a) Status Akutmedicin

Aktuelt er der besat 17 ud af de i alt 25 klassificerede i-stillinger. Stillingerne er fordelt på Køge, Holbæk, Nykøbing F, Hvidovre, Bispebjerg og Herlev. Pr. 26. november er der ikke yderligere stillinger i opslag i Videreuddannelsesregion Øst.

Uddannelsesrådet arbejder med forslag til sammensætning af i alt 16 h-forløb. De første 8 forløb planlægges til opslag pr. 1. november 2019. Forløbene tænkes sammensat af primært længevarende ansættelser på minimum to akutafdelinger suppleret med ansættelse på helst bred intern medicinsk afdeling samt børneafdeling. Herudover arbejdes med en række fokuserede ophold af forskellig varighed. Aktuelt afholder uddannelsesrådet møder med PKL for de specialer, der enten via ansættelse eller fokuseret ophold planlægges at indgå i uddannelsen. Møderne skal gerne lede til en fælles forståelse af såvel indhold som længde af ophold/ansættelse. Der arbejdes mod at et forslag kan præsenteres på heldagsmødet og senest kan vedtages på det ordinære møde i Rådet den 28. maj 2019.

Uddannelsesprogrammer for Nykøbing F og Herlev vedlægges.

Sekretariatet har modtaget i alt 38 ansøgninger om hel eller delvis meritoverførsel. De 16 er færdigbehandlede.

b) Udvidelse af i-stillingsantallet i Klinisk Onkologi

Uddannelsesrådet har med baggrund i ønske om bredere rekrutteringsgrundlag foreslået en udvidelse af antallet af i-stillinger til det maksimale iht. gældende dimensioneringsplan. Begge driftsregioner har godkendt indstillingen – Region Sjælland dog med et økonomisk forbehold.

Indstilling:

Det indstilles at Rådet tager orienteringen vedr. Akutmedicin til efterretning samt godkender indstillingen vedr. i-stillinger i Klinisk Onkologi.

Bilag:

Bilag 06.01 Godkendt uddannelsesprogram Herlev

Bilag 06.02 Godkendt uddannelsesprogram Nykøbing F

Bilag 06.03 Indstilling til fordeling af introduktionsstillinger i Klinisk Onkologi

Ad a) Akut medicin:

YL oplyste, at der i de andre regioner er set et stort frafald fra i-stillingerne. Her i regionen er én faldet fra.

Vedr. uddannelsessammensætningen i h-forløb forventes denne at foreligge til næste møde. Jette informerede fra møde mellem akutmedicinsk uddannelsesråd og inviterede PKL-er fra ”interessent” specialer. den 3. december.

Der havde været gode og produktive diskussioner, men de inviterede havde haft en opfattelse af, at specialet endnu ikke var afklaret om den fremtidige sammensætning af forløb. Psykiatrien var ikke inviteret til dette møde.

Lise: Oplyste, at hun har informeret PKL om, at Rådet kunne ønske, at en ansættelse i Psykiatri indgik i h-forløbene. Uddannelsesrådet finder umiddelbart, at de ser meget psykiatri, hvorfor de ikke ser samme behov for at en regulær ansættelse i psykiatri. Det er baggrunden for, at Sidse ikke var inviteret. Psykiatrien har ikke et regulært ansættelsesforhold i de andre regioner.

Det forventes ikke, at uddannelsesforløbene bliver helt ens på landsplan. For Videreuddannelsesregion Nord kan sammensætningen ses [her](#)

Videreuddannelsesregion Syd er endnu ikke afklarede om forløbssammensætning.

Ad b) Indstilling vedr. i-stillinger i klinisk onkologi blev godkendt.

Ad. dagordenspunkt 7: Dimensionering 2018-2020 samt 2021-25

Sagsfremstilling:

Dimensioneringsplanen 2018-2020 omfatter som tidligere nævnt en yderligere udvidelse af specialet Almen Medicin. Fordelingen af disse ekstra forløb har været drøftet i AMUR (uddannelsesrådet for Almen Medicin). AMUR foreslår at det overordnede fordelingsprincip med 55% til Region H og 45% til Region S opretholdes. Der arbejdes således mod at dimensioneringen for Videreuddannelsesregion Øst er:

2018	114 h-forløb. 62 forløb i Reg. H og 52 forløb i Reg. S
2019	129 h-forløb. 70 forløb i Reg. H og 59 forløb i Reg. S
2020	131 h-forløb. 72 forløb i Reg. H og 59 forløb i Reg. S

I Region H tænkes forløbene placeret på Nordsjællands Hospital, Herlev-Gentofte Hospital, Amager-Hvidovre Hospital og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital.

I Region S tænkes forløbene placeret relativt centralt.

Dimensioneringsplanen 2021-2025 Region Hovedstaden bedes kort orientere om indlægget på Temadagen den 22. november herunder arbejdet med efterspørgselsprognose.

Indstilling:

Rådet bedes tage orienteringen til efterretning samt drøfte hvorledes der skal arbejdes videre med påvirkning af den kommende Dimensioneringsplan 2021-2025.

Bilag:

Bilag 07.01 Martin Magelund Rasmussens oplæg på Temadagen 22. november

Processen om næste dimensioneringsplan er gået i gang med udarbejdelsen af en ny lægeprognose, der går frem til 2040. Der er fortsat kun tale om en udbudsprognose ikke en efterspørgselsprognose. Prognosen offentliggøres i foråret 2019.

Prognose- & Dimensioneringsudvalget afholdt temadag den 22. november til inspiration for udvalgets arbejde. Temadagen viste, at der er et ønske om inddragelse af efterspørgselsprognoser, spørgsmålet er bare hvordan.

Vedr. dimensioneringen er der ønsker om større grad af fleksibilitet, udtryk som fra slet ingen ramme til mere regional mulighed for at fylde rammen efter behov.

Dimensioneringsarbejdet påbegyndes før sommerferien 2019. Øst håber på en forøgelse af antal H-forløb, da antallet af kandidater fra universiteterne allerede nu overgår antal H-forløb med 3-400/år.

Ad. Dagordenspunkt 8: Indkomne inspektorrapporter mm. siden sidste møde

Sagsfremstilling:

a) Der er siden mødet i marts indkommet 7 inspektor rapporter. Der er 2 rapporter, der kan karakteriseres som "særligt gode" og 5 som "gode".

I flere rapporter udtrykkes en bekymring for Sundhedsplatformen som "tidsrøver".

"Grønne – særligt gode" rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 11. september 2018 på Øjenafdelingen, SUH Roskilde (bilag 08.01)

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 12. september 2018 på Øjenafdelingen, Næstved Sygehus (bilag 08.02)

”Grønne – gode” rapporter:

Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 1. maj 2018 i enhederne Plan og EUB, SST (bilag 08.03)

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 23. august 2018 på Anæstesiologisk Afdeling, Nykøbing F Sygehus (bilag 08.04)

Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 28. august 2018 på Kirurgisk Afdeling, Landssygehuset i Torshavn (bilag 08.05)

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 3. september 2018 på Klinisk Biokemisk Afdeling, BFH (bilag 08.06)

Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 3. oktober 2018 på Hud- og Allergiafdelingen, GEH (bilag 08.07)

- b) Der vedlægges oprindelig rapport samt handleplan modtaget den 29. oktober fra UAO på Kardiologisk samt Endokrinologisk/Nefrologisk afdeling, NOH Hillerød. Handleplan er også sendt til SST (bilag 08.08 og 08.09).
- c) Vedr. flytning af første år i h-forløbet af Anæstesiologi på Nykøbing F. Da den akutte kirurgiske funktion fortsat ikke er tilstrækkelig til at sikre opnåelse af de relevante og krævede kompetencer for uddannelseslægerne i Anæstesiologi det første år, indstilles det, at ansættelselementet indtil videre placeres på anden afdeling – formentlig SUH Køge.
- d) YL-medlemmer har anmodet om en drøftelse Bornholm ifht. KBU alene i vagt, herunder varetælgelse af 1813. Der vedlægges status fra de 2 ledende overlæger på Bornholms Hospital (bilag 08.10).

Indstilling:

At de indkomne rapporter samt underpunkt b), c) og d) tages til efterretning kommenteres.

Vedr. Kirurgisk afdeling Torshavn er der spurgt ind til hvilket uddannelsesprogram, der konkret anvendes. Umiddelbart virker det som om, afdelingen er vurderet ud fra en meget ”kirurgisk” vinkel og i mindre grad fra en ”KBU” vinkel.

Vedr. Hud- og Allergiafdelingen, GEH kunne denne afdeling også være placeret i ”Særligt gode rapporter”. Det er vurderingen af rollen ”Medicinsk ekspert” der har været udslagsgivende for placering.

Bilag

Bilag 08.01 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 11. september 2018 på Øjenafdelingen, SUH Roskilde

Bilag 08.02 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 12. september 2018 på Øjenafdelingen, Næstved Sygehus

Bilag 08.03 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 1. maj 2018 i enhederne Plan og EUB, SST

Bilag 08.04 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 23. august 2018 på Anæstesiologisk Afdeling, Nykøbing F Sygehus

Bilag 08.05 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 28. august 2018 på Kirurgisk Afdeling, Landssygehuset i Torshavn

Bilag 08.06 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 3. september 2018 på Klinisk Biokemisk Afdeling, BFH

Bilag 08.07 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 3. oktober 2018 på Hud- og Allergiafdelingen, GEH

Bilag 08.08 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 20. marts 2018 på Kardiologisk, nefrologisk, endokrinologisk afdeling - Nordsjællands Hospital

Bilag 08.09 Handlingsplan udarbejdet af UAO på Kardiologisk samt Endokrinologisk/Nefrologisk afdeling, NOH Hillerød

Bilag 08.10 Status fra Bornholms Hospital

Grundet tidsnød blev punktet kun kort gennemgået.

YL havde dog en bekymring vedr. forholdene på Bornholm. Pr. 1. september 2018 blev det meldt ud, at en del af ”1813”-opgaverne overgik til KBU-lægerne. Nu forlyder det, at denne ordning tilbageføres, hvilket er positivt. Tilbage står det generelle spørgsmålet om KBU-læger, der er uden adgang til direkte supervision under vagt. Dette ønskes drøftet på et senere møde. Ud over Bornholm findes problemet også i psykiatrien. Hvordan skal Rådet forholde sig til det?

Preben vil drøfte Bornholm med Anne Marie Hellebæk. Lise oplyste, at der lige nu afholdes en lang møderække mellem de forskellige hospitalsdirektioner og Bornholm, med henblik på at sikre, at der fremover vil være en speciallæge til stede ved vagt. Denne møderække er færdig før jul, hvorfor man må forvente, at der kommer en tilbagemelding i starten af det nye år.

Lars tilføjede, at der arbejdes mod en model, hvor de forskellige afdelinger på Bornholm i højere grad integreres på afdelingerne i Reg H. Det vil betyde, at lægen vil være til stede på hospitalet, da de jo ikke har lægebolig

Ad. Dagordenspunkt 9: Orienteringspunkter

Sagsfremstilling:

- a. Dagsorden for NRLV den 12. december 2018
- b. Udkast til referat FU-NRLV den 7. november 2018
- c. Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 13. november 2018
- d. Referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 12. september 2018
- e. Temadag Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 22. november 2018
- f. Udkast referat VUSAM den 1. november 2018
- g. Udkast til referat styregruppe logbog.net den 1. november 2018
- h. Dagsorden følgegruppe Inspektorordning den 20. november 2018
- i. Forslag til program for Inspektor årsmøde 12. marts 2019
- j. Udkast til referat følgegruppe Generelle kurser den 10. oktober 2018
- k. Besættelse af PKL-stillinger i 2019 og 2020

Indstilling:

Vedr. e) Temadagen ”Inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde”.

Temadagen var meget velbesøgt med engagerede deltagere. Hovedkonklusionerne blev, at en form for efterspørgselsprognoser ville være positivt. Herudover blev der ønsket mere fleksibilitet både i forhold til dimensionering som i forhold til mulighed for speciale- og karriereskift. Sidst men ikke mindst blev det ønsket, at ”det almindelige” fik større plads på alle uddannelsesniveauer og ligeledes blev afspejlet i målbeskrivelser.

Vedr. l) Besættelse af PKL-stillinger i 2019 og 2020

Der er indkommet én ansøgning til den ledige PKL-stilling i Samfundsmedicin pr. 1. januar 2019. Ansættelsessamtale afholdes den 20. december.

Pr. 1. januar 2019 vil der fortsat være ledige PKL-stillinger i Almen Medicin og Thoraxkirurgi. Den 1. april 2019 udløber ansættelsen af de 3 særlige rådgivere for KBU og den 1. februar 2020 udløber funktionsperioden for PKL i Dermatologi, Karkirurgi og Urologi.

Da de særlige rådgivere alene er ansat af Det Regionale Råd foreslås det, at der senest på mødet i februar tages stilling til om den nuværende ordning skal fortsætte eller nedlægges samt om ansættelsesform evt. skal ændres. På samme møde vil der være forslag om næste stillingsopslag.

Punkterne behandles i øvrigt på anmodning.

Bilag:

Bilag 09.01 Dagsorden for NRLV den 12. december 2018

Bilag 09.02 Udkast til referat FU-NRLV den 7. november 2018

Bilag 09.03 Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 13. november 2018

Bilag 09.04 Referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 12. september 2018

Bilag 09.05 Temadag Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 22. september 2018

Bilag 09.06 Udkast til referat VUSAM den 1. november 2018

Bilag 09.07 Udkast til referat styregruppe logbog.net den 1. november 2018

Bilag 09.08 Dagsorden følgegruppe Inspektorordning den 20. november 2018

Bilag 09.09 Forslag til program for Inspektorårsmøde den 12. marts 2019

Bilag 09.10 Referat følgegruppe Generelle kurser den 10. oktober 2018

Pga. det fremskredne tidspunkt blev intet behandlet.

Ad. dagordenspunkt 10: Nyt fra Region Sjælland og Region Hovedstaden

Sagsfremstilling:

De to regioner orienterer kort om nyheder.

Pga. det fremskredne tidspunkt blev punktet sprunget over.

Ad. dagordenspunkt 11: Planlægning af heldagsmøde den 25. februar 2019

Sagsfremstilling:

Mødet er planlagt som heldagsmøde i tidsrummet kl. 09.00 til senest 16.00. Mødet afholdes i DGI Byen.

Indstilling:

Rådet bedes komme med forslag til evt. tema udover forslag til forløbssammensætning af h-forløb i Akutmedicin samt de faste punkter.

”Hvordan skabes det gode læringsmiljø?” blev foreslået som tema – se punkt 4. Herudover forslag om, hvordan i sikrer kvaliteten af den lægelige videreuddannelse i Region Øst. Under det ordinære møde ønskes opfølgning vedr. Psykiatrien og Bornholm.

Ad. dagordenspunkt 12: Eventuelt

Ordet er frit

Preben Cramon har modtaget flere henvendelser vedr. etablering af specialespecifikke vejlederkurser. Spørgsmålet er, om Rådet ser specialespecifikke vejlederkurser som et supplement til de generelle kurser eller om de generelle kurser i begge regioner er ”tilbuddet”.

Lise oplyste, at flere specialer har egne vejlederkurser, men de har selv været med til at udvikle det, og det er specialet selv, der også sikrer undervisere til kurserne. Specialerne kan henvende sig til

Doris Østergaard mhp. etablering af kurser. Der er tidligere ydet penge til lokaler og forplejning – resten, herunder underviser betaler man selv.

Der er ofte lavet kurser i forbindelse med implementering af nye kompetencevurderingsredskaber for at sikre ensretning i brugen af værktøjerne.

Kim mente, at flere specialer kan samles om et kursus, fx de skærende specialer.

Rådet fastholdt, at de generelle kurser er ”tilbuddet”. Hvis specialer ønsker et specialespecifikt kursus af 1 dags varighed som supplement kræver det, at der foreligger et helt konkret forslag inkl. budget, så det kan forelægges begge regioner. Det er jo regionerne, der i givet fald skal betale.

Lars Juhl Pedersen skifter fra nytår job til Sundhedsstyrelsen. Preben takkede Lars for hans arbejde i Rådet. Lise deltog i afskedsreception den 19. december og medbragte gave fra Rådet.

Kommende møder

Mandag den 25. februar kl. 09.00 – 16.00 (NRLV 6. marts)

Tirsdag den 28. maj kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 12. juni)

Tirsdag den 1. oktober kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 9. oktober)

Mandag den 25. november kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 11. december)

Ad. dagordenspunkt 4: Status vedr. i- og h-stillinger i Akutmedicin

Sagsfremstilling:

Der er pr. 1. marts ansat i alt 19 læger i intro-stillinger. De 10 er ansat i Region Sjælland og de resterende 9 i Region Hovedstaden.

Vedr. h-forløb er det fortsat planen at have de første forløb i opslag til besættelse pr. 1. november 2019. Der er planlagt heldagsmøde med deltagelse af såvel uddannelsesrådet som af de ledende overlæger den 21. februar. Der er dog foruroligende få tilmeldinger og mange afbud til dette møde, der har været planlagt længe. Sekretariatet har derfor bedt alle LO om at sende deres ønsker for antal årsværk samt en beskrivelse af, hvad deres afdeling kan tilbyde af kompetencer jvf. målbeskrivelsen. Herudover er de bedt om forslag til samarbejdsafdelinger på eget sygehus/hospital indenfor tilstødende specialer.

Der vedlægges det foreløbige forslag til overordnet sammensætning af h-forløb. Der stiles fortsat mod en egentlig indstilling til behandling på næste møde.

Indstilling:

Det indstilles at Rådet kommenterer det overordnede forslag.

Bilag:

Bilag 04.01 Forslag til overordnet sammensætning af h-forløb i Akutmedicin

Ad. dagordenspunkt 5: Status for forsøgsordninger vedr. sammenhængende uddannelsesforløb samt dispensation for 6-års-frist

Sagsfremstilling:

I et samarbejde mellem Region Sjælland, Sekretariatet og Sundhedsstyrelsen er der ved at blive udarbejdet en endelig beskrivelse for proceduren i forbindelse med de kandidat/KBU-forløb og kandidat/KBU/intro-forløb, der er omfattet af forsøgsordningen. Proceduren beskriver både opslag, ansøgning, indstilling til ansættelse samt tidsplan i forhold til den ordinære KBU-runde. Arbejdet ventes færdigt primo/medio marts 2019.

Sekretariatet har endnu ikke dispenseret for 6-års-fristen i forbindelse med ansøgning om hoveduddannelsesforløb. Måske bliver det aldrig aktuelt – se bilag 07.01

Indstilling:

Det indstilles at Rådet tager orienteringen til efterretning.

Bilag:

Ingen.

Ad. Dagordenspunkt 6: Indkomne inspektorrapporter mm. siden sidste møde

Sagsfremstilling:

- a) Der er siden mødet i december indkommet 9 inspektor rapporter. Der er 2 rapporter, der kan karakteriseres som ”særligt gode”, 4 som ”gode” og 3 som ”mindre gode”.

”Grønne – særligt gode” rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 26. september 2018 på Børne- og Unge afdelingen, NOH (bilag 06.01)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 1. november 2018 på Hjertemedicinsk afdeling, BFH (bilag 06.02)

”Grønne – gode” rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 15. november 2018 på Onkologisk Klinik, RH (bilag 06.03)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 23. oktober 2018 på Billeddiagnostisk Afdeling, NOH (bilag 06.04)

Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 7. november 2018 på Onkologisk og Palliativ afdeling, NOH (bilag 06.05)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2018 på Psykiatrisk Center Glostrup (bilag 06.06)

”Gule – mindre gode” rapporter:

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 24. oktober 2018 på Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus (bilag 06.07)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 12. og 13. juni 2018 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden (bilag 06.08)

Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 11. september 2018 Psykiatrienheden Vest, Region Sjælland (bilag 06.09)

- b) Der vedlægges handleplan modtaget den 8. februar 2019 fra klinikchefen på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden (bilag 06.10)
Til orientering vedlægges også pixibog for YL (bilag 06.12 – titlen skal ikke tages for pålydende)
- c) Der vedlægges handleplan modtaget den 8. februar fra LO og UAO Psykiatrien Vest (bilag 06.11).

Indstilling:

At de indkomne rapporter samt underpunkt b) og c) tages til efterretning og evt. kommenteres.

Bilag

Bilag 06.01 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 26. september 2018 på Børne- og Unge afdelingen, NOH

Bilag 06.02 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 1. november 2018 på Hjertemedicinsk afdeling, BFH

Bilag 06.03 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 15. november 2018 på Onkologisk Klinik, RH

Bilag 06.04 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 23. oktober 2018 på Billeddiagnostisk Afdeling, NOH

Bilag 06.05 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 7. november 2018 på Onkologisk og Palliativ afdeling, NOH

Bilag 06.06 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. oktober 2018 på Psykiatrisk Center Glostrup

Bilag 06.07 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 24. oktober 2018 på Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

Bilag 06.08 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 12. og 13. juni 2018 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

Bilag 06.09 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 11. september 2018 Psykiatrienheden Vest, Region Sjælland

Bilag 06.10 Handlingsplan udarbejdet af klinikchefen på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

Bilag 06.11 Handlingsplan udarbejdet af LO og UAO Psykiatrien Vest

Bilag 06.12 Pixibog for YL Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 18. december 2018 15:29
Til: Asger Heldager Pedersen; CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Jesper Andersen; Mia Ortved Bjerager; Jonas Bent Egebart; formand@paediatri.dk; vidsekretaer@paediatri.dk; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 26. september 2018 på Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/nordsjaellands-hospital/~media/6339A2B99334434995ABB59D804372A6.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Rutinebesøg på en pædiatrisk afdeling med almen pædiatriske funktioner og regionsfunktion i gastroenterologi, neonatologi, reumatologi og neurologi. Afdelingen har uddannelsesforpligtelse i pædiatri (5 i intro- og 5 i hoveduddannelse) og almen medicin (8 i hoveduddannelse). Ved sidste besøg var introduktion til ambulatoriefunktionen, stuegangsfunktionen og læringsværdien af konferencerne indsatsområder. Det har været muligt for afdelingen på kreativ vis at imødekomme disse indsatsområder, samt at fastholde de allerede implementerede uddannelsesmæssige tiltag på et højt niveau i afdelingen.

Ved selvevalueringen forud for inspektorbesøget deltog relevante parter. Dette var også tilfældet ved inspektorbesøget, herunder deltagelse fra hospitalsledelsen. Inspektorerne ratede samstemmende med selvevalueringen alle temaer positivt, 7 temaer som 'tilstrækkelig' og 9 temaer som 'særdeles god'. Dog vurderede afdelingen temaet 'Forskning – Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning' som utilstrækkeligt. Inspektorerne argumenter i rapporten for at hæve denne vurdering til 'tilstrækkelig' grundet afdelingens store forskningsaktivitet og prioritering af to deltidsansatte forskere, og de to forhold at de yngre læger bliver inddraget i det omfang, de har interesse, samt muligheden for at lave forskningstræningsopgave i afdelingen.

Inspektorerne har bemærket, at afdelingen er en særdeles kompetent uddannelsesafdeling med mange enestående uddannelsesmæssige tiltag, herunder gode rammer for superviserende speciallæger inkl. supervision på subspecialistniveau, målrettet undervisning til mellemvagter og temadage i de forskellige subspecialer.

Vi finder det positivt, at afdelingen har tværfaglig scenarietræning, og at det gennem forskellige tiltag er lykkedes for afdelingen at difference mellem de forskellige uddannelsesbehov, der er hos de forskellige grupper af uddannelsessøgende læger.

Inspektorerne har fastlagt 4 indsatsområder med en tidshorisont på 1-48 måneder på områder, der skal sikre, at der bliver draget en konklusion på de kliniske problemstillinger ved konferencer, indførelse af masterclasses, en bedre feedback-kultur, samt sikre fastholdelse af de etablerede uddannelses tiltag på sit nuværende høje niveau. Sundhedsstyrelsen finder, at de fremsatte indsatsområderne er relevante og kan optimere og udvikle afdelingens videreuddannelse.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år (ultimo 2022).

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002357
Afdelingsnavn	Børneafdelingen
Hospitalsnavn	Nordsjællands Hospital, Hillerød
Besøgsdato	26-09-2018

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	<p>Superviserende læger med få andre funktioner end at give supervision til uddannelsessøgende læger.</p> <p>Sikring af supervision på subspecialist niveau for hoveduddannelseslæger i pædiatri.</p> <p>Undervisning af mellemvagter til sikring af niveauet mellem introduktionsstillingen og før hoveduddannelsen.</p> <p>Temadage i de forskellige subspecialer med deltagelse af de uddannelsessøgende læger.</p>
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	1
Speciallæger	14
Uddannelsessøgende læger	6
Andre	5 yngre læger i uklassificerede stillinger og 4 sygeplejersker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Jesper Andersen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Mia Bjerager/Malgorzata Wason
Inspektør 1	Erik Østergaard
Inspektør 2	Anja Klamer
Evt. inspektør 3	Stine Dydensborg Sander

Der er tale om en afdeling, hvor uddannelse og sikring af et godt uddannelsesmiljø er en fast forankret del af afdelingens kultur. Afdelingen har et solidt uddannelsesteam med mangeårig erfaring i uddannelsesarbejde, og afdelingen lykkes til stadighed i rekruttering af yngre læger med særlig interesse indenfor uddannelse. Uddannelsesteamet har bredt den gode uddannelse ud i hele organisationen, så nye initiativer samt fastholdelse af eksisterende initiativer drives af uddannelsesteamet, mens afdelingens samlede speciallægegruppe systematisk sikrer supervision og kompetenceevaluering af de uddannelsessøgende læger. Arbejdet i afdelingen er tilrettelagt således, at der er selvstændig supervisionsfunktion i ambulatoriet, hvor den superviserende læge har få selvstændige patientkontakter. I børnemodtagelsen er der i dagtid og om aftenen en senior læge (speciallæge eller HU-læge i pædiatri i sidste del af sit forløb) til at sikre flow og supervision, disse læger har ikke andre funktioner end at være tilstede i børnemodtagelsen. De uddannelsessøgende læger angiver, at det altid er muligt at få relevant rådgivning. Dette er uafhængigt af om den yngre læge arbejder i børnemodtagelsen, er på stuegang eller i ambulatoriet. Afdelingens gruppe af speciallæger skal anderkendes for deres "åben dør" kultur, hvor der altid er plads til den yngre kollega, også selvom dagligdagen kan opleves som presset.

Afdelingen har siden sidst lavet en særlig indsats overfor læger i hoveduddannelse i pædiatri. Denne gruppe er i sidste del af deres forløb (H3) taget ud af 1813 funktionen (vagtlægefunktion for børn), hvilket opleves som et uddannelsesmæssigt løft, hvor fokus bliver på de mere syge børn, der har behov for indlæggelse eller ambulatant opfølgning i afdelingen. Ligeledes angives muligheden for daglig supervision på subspecialistniveau som en uddannelsesmæssig gevinst.

Afdelingen giver undervisning på flere niveauer. Der er undervisning 3 dage om ugen samt dagens case på daglig basis. Hver måned er der en temadag, hvor der er afsat ½ dag til undervisning i et enkelt subspecialt. De yngre læger har afsat tid i deres ambulatorieprogrammer til deltagelse i denne undervisning. Der er journal club én gang om måneden, hvor der skal diskuteres en artikel. Denne undervisning er endnu knapt så velfungerende, da det ofte er få læger som har læst artiklen. Der er scenarietræning i den akutte patient med deltagelse af læger og sygeplejersker. Herudover bliver der lavet særlig undervisning for mellemvagterne, så læger i den sidste del af deres introduktionsstilling, første del af deres hoveduddannelse eller er i uklassificeret stilling får relevant undervisning til støtte i varetagelsen af mellemvagsopgaven. Afdelingen er således på sjældnen vis lykkedes med at tilgodese uddannelsesbehovet hos de forskellige grupper af uddannelsessøgende læger.

På direktionsniveau angives uddannelse også at have stort fokus med bl.a. årlige temadage om uddannelse. Samtidigt arbejdes der med oprettelse af flere forskningsstillinger med særligt fokus på dele stillinger, hvor læger både forsker og deltager i det kliniske arbejde på afdelingen.

Afdelingens selvevalueringsrapport er udarbejdet med deltagelse af både yngre læger (12) og speciallæger (9). Rapporten fremstår mere negativ end det billede de uddannelsessøgende læger og tilstedeværende speciallæger gav af afdelingen ved inspektorbesøget.

Selvevalueringsrapporten er lavet efter en travl sommerferieperiode, hvilket muligvis har haft en

betydning. Oplæring i rollen som professionel, akademiker, arbejdstilrettelæggelsen samt afdelingens læringsmiljø blev af afdelingen vurderet som tilstrækkeligt, men fremstår særdeles godt ved besøget. Afdelingen vurderede punktet forskning som utilstrækkeligt. Afdelingen har en stor forskningsaktivitet, de yngre læger bliver inddraget i det omfang, de har interesse og hoveduddannelseslægerne i pædiatri kan lave forskningstræning i afdelingen, hvis de har behov for dette. Afdelingens forskningsmiljø er prioriteret med to deltidsansatte forskere. Punktet forskning fremstår derfor som tilstrækkeligt.

Den samlede konklusion fra inspektorb besøget er, at afdelingen arbejder systematisk med uddannelse og udviklingen af et godt uddannelsesmiljø til gavn for de uddannelsessøgende læger i afdelingen.

Opfølgning på tidligere indsatsområder:

Yngre læger introduceres systematisk til ambulatoriefunktionen. Det er ikke lykkedes at få samlet de yngste lægers stuegangsfunktion i blokke. Hoveduddannelseslægerne i pædiatri har fået mere stuegangsfunktion og den opleves som tilfredsstillende, særligt i H3 forløbene. I forhold til vagthypighed, ambulatoriefunktion samt kursusdage til yngre læger skønnes det ikke muligt at tilrettelægge arbejdet bedre i forhold til stuegangsfunktionen på nuværende tidspunkt. Ingen yngre læger oplevede, at de havde svært ved at opnå deres kompetencer. Flere læger giver udtryk for at læringsværdien af 1813 vagterne er begrænset, men samtidig har det givet en ekstra speciallæge i vagt om aftenen, hvilket opleves som en uddannelsesmæssig ressource. Inspektorerne oplevede ikke længere frustration i afdelingen i forhold til 1813 ordningen. Det er lykkedes afdelingen at fastholde de gode uddannelsesinitiativ trods omstrukturering i arbejdsgange i forbindelse med indførelsen af Sundhedsplatformen.

Indsatsområder til næste gang:

1.

1. Konferencernes læringsværdi	Kan øges fra tilstrækkelig til særdeles god, hvis der kommer en fast ordstyrer, der kan sikre at der bliver draget en konklusion på de kliniske problemstillinger, der diskuteres.	6 mdr.	
2. Indførelse af masterclass	Master class til særlig kompetence evaluering og undervisning til læger i	3 mdr.	

	hoveduddannelse i pædiatri indenfor logbogens subspecialist kompetencer.		
3. Direkte feed-back	Oparbejdning af en bedre feed-back kultur, hvor yngre læger efterspørger feed-back og seniorer læger giver feed-back målrettet den enkelte udd. læges behov. Afdelingen har mange supervisionsfunktioner, hvor feed-back med fordel kan bruges endnu mere.	3-6 mdr.	
4.	Fastholdelse af eksisterende uddannelsesinitiativ, så de vedbliver at have nuværende høje niveau.	1-48 mdr.	

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 30. november 2018 13:41
Til: DSIM; CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Ida Gustafsson; Ole Peter Kristiansen; BBH-FRH-FP-Direktion; dcs@cardio.dk; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 1. november 2018 på Hjerteafdeling Y, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/bispebjerg-hospital/~media/398A87F918BD40F49C794247112CA229.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Besøget må anses som et førstegangsbesøg, efter de kardiologiske afdelinger på Bispebjerg og Frederiksberg er blevet sammenlagt. Afdelingen har uddannelsesforpligtelse for uddannelsessøgende i KBU-forløb (6 i KBU), intern medicin: kardiologi (8 i intro- og 3 i hoveduddannelse), intern medicin: geriatri (1 i hoveduddannelse) samt almen medicin (4 i hoveduddannelse).

Inspektorerne har bemærket, at indsatsområderne ved sidste besøg på kardiologisk afdeling på Bispebjerg næsten alle er implementeret i den nye fusionerede afdeling.

Ved selvevalueringen forud for inspektorbesøget deltog relevante parter. Dette var også tilfældet ved inspektorbesøget, herunder deltagelse fra hospitalsledelsen.

Inspektorerne ratede samstemmende med selvevalueringen alle temaer positivt, 7 temaer som 'tilstrækkelig' og 9 temaer som 'særdeles god' fraset temaet 'Medicinsk ekspert – Læring i rollen som medicinsk ekspert', som inspektorerne vurderede et niveau lavere som 'tilstrækkelig'.

Inspektorerne roser afdelingen for det særdeles gode og trygge uddannelsesmiljø med god mulighed for sparring og supervision på alle niveauer.

Inspektorerne har fastlagt 4 indsatsområder med en tidshorisont på 3-12 måneder på områder, der skal sikre uddannelseslægerne systematik i vejledersamtaler, at hoveduddannelseslægerne i kardiologi får vejlederkursus, at de uddannelsessøgende læger får læring i speciallægeambulatorierne samt funktionsbeskrivelser for UKYL og UAO.

Sundhedsstyrelsen støtter inspektorerne i alle indsatsområderne og finder det især vigtigt, at det sikres at vejledersamtaler afholdes og at vejlederne er godt klædt på til samtalerne.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om 4 år (ultimo 2022).

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00000760
Afdelingsnavn	Hjertemedicinsk afdeling Y
Hospitalsnavn	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Besøgsdato	01-11-2018

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	-----
----------------------------	-------

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	1
Speciallæger	8
Uddannelsessøgende læger	13
Andre	3

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Ida Gustafsson
Uddannelsesansvarlig overlæge	Ole Peter Kristiansen
Inspektør 1	Axel Brandes
Inspektør 2	Elsebeth Friis
Evt. inspektør 3	Nilani Ramshanker

Konklusion og kommentar til besøg	Overordnet har afdelingen et særdeles godt uddannelsesmiljø med gode muligheder for sparring og supervision på alle niveauer, selvom der er tale om en meget travl afdeling med mange patientkontakter, spredning på flere matrikler og vagtfunktioner af de yngre læger i betydeligt omfang. Uddannelsesmiljøet er trygt. Der er en gennemgående god og uformel tone såvel blandt lægerne som tværfagligt.
Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status på rollerne som kommunikator, medicinsk ekspert og akademiker: de foreslåede tiltag fra besøgt i november 2010 er blevet implementeret 2. Vagtstrukturen er ændret siden besøget i 2010, hvilket har givet større mulighed for supervision. 3. Der holdes en middagskonference på Frederiksberg Hospital. På BBH holdes der ad hoc-konferencer i mindre fora med gode muligheder for sparring og supervision. 4. Vejlederfunktionen er overvejende lagt på speciallægerne. Se venligst indsatsområderne nedenfor. 5. De yngste uddannelsessøgende læger deltager nu i forundersøgelsesambulatorier.

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Større systematisering af vejledersamtalerne	Det foreslås, at vejlederen allerede før start i afdelingen kontakter den uddannelsessøgende for at aftale den første vejledersamtale, som skal foregå indenfor de første to uger. Ved denne vejledersamtale aftales opfølgende samtale, således at den kan	Ca. 3 måneder

		skemalægges i god tid.	
2	HU-lægerne i kardiologi skal deltage i vejlederfunktionen	Det foreslås, at HU-lægerne i kardiologi er vejleder for en KBU-læge minimum én gang under deres ophold i afdelingen.	Ca.3 måneder
3	Deltagelse af introduktionslægerne og HU-lægerne i speciallægeambulatorier	For at udnytte afdelingens bredde uddannelsesstilbud og højne de uddannelsessøgendes kompetenceniveau foreslås det, at introduktionslægerne og HU-lægerne deltager i speciallægeambulatorier og har her deres egne patienter. Her har afdelingen særdeles gode muligheder for tæt supervision fra speciallægerne.	9 – 12 måneder
4	Funktionsbeskrivelse for Uddannelsesansvarlig overlæge (UAO) og uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL) samt administrationstid for disse funktioner	Det foreslås, at der udfærdiges en specifik funktionsbeskrivelse for begge funktioner (UAO og UKYL) og at den nødvendige administrationstid for at kunne varetage disse funktioner skemalægges.	6 måneder
5			

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 10. januar 2019 12:59
Til: CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Ulrik Lassen; Eva Maria Soelberg Vadstrup; RH-FP-Direktionen; formand@dsko.org; sekretaer@dsko.org; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 15. november 2018 på Onkologisk Klinik, Rigshospitalet.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/rigshospitalet/~media/B69678C93AE64D81BFAA6375A1E8BA3E.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Rutinebesøg på en stor onkologisk afdeling med uddannelsesforpligtelse i onkologi (aktuelt 15 i intro- og 9 i hoveduddannelse), samt til tider hoveduddannelseslæger i klinisk farmakologi (aktuelt 1) og klinisk genetik. Ved sidste besøg var arbejdstilrettelæggelse, herunder mulighed for at deltage i MDT-konferencer og prioritering af teamtilknytning, implementering af systematisk kompetencevurdering, samt introduktionsprogram til radioterapien fastlagt som indsatsområder. Arbejdstilrettelæggelse er fortsat et indsatsområde.

Ved selvevalueringen forud for inspektorbesøget deltog relevante parter. Dette var også tilfældet ved inspektorbesøget, herunder deltagelse fra hospitalsledelsen. Inspektorerne ratede samstemmende med selvevalueringen alle temaer positivt på nær temaet 'Arbejdstilrettelæggelse – Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger', som blev vurderet 'utilstrækkeligt'. Inspektorerne beskriver, at uddannelseslægerne oplever, at de bliver brugt til at dække huller i dagsplanen, og derved mister kontinuitet i forhold til uddannelse. De uddannelsessøgende læger giver desuden udtryk for, at det er svært at få supervision fra en senior læge i ambulatoriet og ved stuegang.

Inspektorerne har bemærket afdelingens store forståelse for uddannelse med særlig fokus på rollen som akademiker og professionel.

Vi finder det positivt, at der er udarbejdet et flot introduktionsprogram, der strækker sig over 14 dage, og at der gennemføres undervisning på højt niveau.

Inspektorerne har fastlagt 3 indsatsområder med en tidshorisont på 6 måneder på områder, der skal sikre uddannelseslægerne prioritering af teamtilknytning og kontinuitet, blidere opstart i udvalgte ambulatoriefunktioner, tættere supervision ved stuegang, samt visitationsinstruks til forvagter. Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som vi er enige i og som vi finder vil optimere afdelingens store uddannelsespotentiale.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg om 4 år (ultimo 2022).

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002404
Afdelingsnavn	Onkologisk Klinik
Hospitalsnavn	Rigshospitalet
Besøgsdato	15-11-2018

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	Stor afd. med mange Teams. Derfor er der lavet UddannelsesKoordinator I Teams (UKIT). For at udbedre uddannelsen i hvert team.
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Konstitueret centerdirektør og chefkonsulent (direktionssekretariatet)
Speciallæger	19 af 47
Uddannelsessøgende læger	21 af 24
Andre	3 sygeplejersker, en radiograf og 1 fysiker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Ulrik Lassen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Eva Soelberg Vadstrup
Inspektor 1	Hanne Melgaard Nielsen
Inspektor 2	Nina Sass
Evt. inspektor 3	Markus Winther Frost

Konklusion og kommentar til besøg	<p>Inspektorbesøget 15/11 er et planlagt 4 årig rutinebesøg.</p> <p>Der var sammensat et relevant dagsprogram med samtaler med centerledelse/hospitalsledelse, klinikchef, speciallæger, UAO, UddannelsesKoordinator I Teams (UKIT), UKYL'er, samt H læger og I læger samt fysikere, radiografer og sygeplejersker. Til samtalerne deltog 15 introlæger ud af 15 mulige, 6 H læger ud af 9 mulige, 19 speciallæger ud af 47, 3 sygeplejersker, en radiograf og 1 fysiker.</p> <p>Afdelingen er en meget travl afdeling, både produktionsmæssigt og på forskningsområdet og har siden forrige besøg implementeret Sundhedsplatform, hvilket har påvirket afdelingens produktion (længere åbningstider i ambulatorierne). Afdelingen er opdelt i 6 forskellige teams, som arbejder med specifikke kræftformer.</p> <p>Selvevalueringsrapporten er forud for inspektorbesøget udført ved indsendelse af skema enten med navn eller anonymt. Efterfølgende er svarene blevet gennemgået til et morgenmøde og indført i skemaet efter fælles overensstemmelse. Det anføres, at nogle af krydserne var sat meget forskelligt i den individuelle besvarelse. I forhold til forrige inspektorbesøg i oktober 2014, har afdelingen selvevalueret sig dårligere.</p> <p>Afdelingen får generelt en fin bedømmelse på "evaluer.dk", men punkterne 15-17 som omhandler arbejdstilrettelæggelse hensyntagen til uddannelsen bedømmes ikke så godt som øvrige punkter.</p> <p>Afdelingen er generelt velfungerende med hensyn til formelle krav for I lægers og H lægers uddannelse. Der er således udarbejdet et meget flot introprogram der strækker sig over 14 dage. Der er meget udførlige uddannelsesprogrammer, og der er udarbejdet portefølje til</p>
--	--

hjælp for uddannelsessøgende læger. Der gennemføres undervisning i afdelingen på højt niveau.

UAO har uddelegeret nogle af arbejdsopgaverne til team specifikke UKIT'er for at øge uddannelses nærheden i de enkelte teams i idet afdelingen er en stor afdeling. Rollen er implementeret men uddannelses mulighederne er ikke fuldt afdækket. UKIT funktionen udnyttes ikke i tilstrækkelig grad. Der er endvidere tilkøbet I og H læger som UKYL'er.

Uddannelsessøgende læger i afdelingen har generelt kendskab til uddannelsesprogrammerne og alle I og H læger har fået udført en uddannelsesplan. Alle læger får gennemført vejledersamtaler med den vejleder der er tildelt. Der er også indført mentorordning i afdelingen.

Der er i afdelingen stor forståelse for uddannelse med særlig fokus på rollen som akademiker og professionel.

Der er udarbejdet skemaer over I-læger og H-lægers teamtilknytning. Især for H-lægers vedkommende følges disse kun delvist.

De uddannelsessøgende oplever svær tilgang til supervision i stuegangsfunktionen og til en vis grad i ambulatoriet. Man står i vagterne med svære problemstillinger også af intern medicinsk karakter, og der udtrykkes bekymring fra I lægers side vedrørende manglende instruks for visitation af akutte patienter.

Vagterne har acceptabel belastning. Forvagterne oplever det dog som en stor udfordring at skulle visitere akutte patienter.

Input fra andre faggrupper: Der opleves at I og H læger står meget alene i ambulatorie, stuegang, samt stråleterapi

	<p>og er afhængige af andre faggruppers faglige input. Det beskrives fra plejegruppen, at især nye I læger i afdelingen har svært ved at blive kastet ud i afdelingens arbejdsopgaver. Nogle teams med få diagnoser er nemmere at starte i, andre teams med flere diagnoser kan være svært at overskue for især I lægerne i starten af ansættelsen.</p> <p>Den daglige arbejdstilrettelæggelsen blev af flere H læger beskrevet som en begrænsende faktor for deres uddannelse. Det blev anført, at man som H læge på et almindeligt månedsskema, ofte kan have funktioner i op til 4 teams på en uge, hvilket går ud over fordybelse og specialistviden i de enkelte sygdomsgrupper. F.eks blev det nævnt: "jeg kan da godt gå over i en anden gruppe og ordinere en BEP kur, men jeg ved ikke noget om sygdommens ætiologi, patologi og prognose". H lægerne har en klar opfattelse af de bliver benyttet til at udfylde huller i skemaet, og det opfattes som dårligt for deres faglige niveau. Som en anden H læge nævnte: "vi bliver vant til at omstille os og klare forskellige brandslukningsopgaver". Det blev desuden nævnt, at man som H læge ikke forbereder sig til morgendagens ambulatorieprogram, da der alligevel ved sygdom flyttes rundt. Det blev desuden nævnt, at den manglende teamtilknytning, formentlig er medvirkende til højt sygdomsfravær blandt uddannelsessøgende læger.</p>
<p>Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg</p>	<p>Man har gennemført introduktionsprogram til stråleterapien og prioriterer såvel at I som H læger ikke indgår som buffer ved fravær. Dette dog ikke altid muligt.</p> <p>Arbejdstilrettelæggelse ved sygdom var også et problem ved forrige inspektorbeføg, hvor man ville arbejde hen imod, at man flyttes til en funktion indenfor eget team. Dette er ikke opnået endnu.</p> <p>Der blev ønsket deltagelse i MDT konferencer for H lægers vedkommende, ingen tiltag beskrevet.</p>

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	<p>Arbejdstilrettelæggelse. Manglende hensyntagen til teamtilknytning. Mange omrokeringer i arbejdsplanen. Månedspan er nogle gange med arbejdsfunktioner i flere forskellige teams på en uge. Ved sygemelding, bliver især H læger flyttet rundt i afdelingen til teams med behov for hjælp. Indenfor enkelte teams kan der være mange diagnoser man skal overskue.</p>	<p>Tage hensyn til teamtilknytning, prioritere mere kontinuitet ved ændret arbejdstilrettelæggelse. Lave blid opstart i de teams som har mange diagnoser, så man i ambulatoriet fortrinsvis ser samme sygdomsgruppe</p>	6 mdr
2	<p>Stuegang. Er præget af manglende mulighed for supervision. Komplicerede problemstillinger i forhold til fagligt niveau (1 læger alene på stuegang). Manglende kontinuitet. Varetages forholdsvis af ikke speciallæger. Afhængighed af input fra andre faggrupper.</p>	<p>Tættere supervision. Tilknytning af speciallæge til daglig stuegang. Arbejdstilrettelæggelse med mere kontinuitet og flere dage i træk på stuegang</p>	6 mdr
3	<p>Vagtfunktionen. Problemer med at vurdere visitationen af akutte patienter. Mangler vejledning/introduktion.</p>	<p>Der bør udfærdiges visitationsinstruks til forvagter. Bedrentroduktion til vagtfunktionen</p>	6 mdr

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 29. november 2018 13:38
Til: Asger Heldager Pedersen; CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Mette Lund; Mette-Charlotte Marklund; sekr@drs.dk; formand@drs.dk; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 23. oktober 2018 på Billeddiagnostisk Afdeling, Nordsjællands Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/læger-og-tandlægers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/nordsjaellands-hospital/~media/FDD369764B014F9E9078399B02B3B7BD.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Rutinebesøg på en radiologisk afdeling med almen radiologiske funktioner. Afdelingen har uddannelsesforpligtelse i radiologi på både intro- og hoveduddannelsesniveau med 3 læger i intro- og 4 i hoveduddannelse.

Ved sidste besøg var CT beskriverumskultur, konferenceforberedelse, kompetencevurdering og forskningsaktivitet aftalt som indsatsområder. Det vurderes, at alle fire indsatsområder ikke er løst endnu, men at det snart vil blive nemmere for de uddannelsessøgende læger at forberede sig til konference som følge af omlægninger. De tre øvrige indsatsområder er fortsat aktuelle.

Ved selvevalueringen forud for inspektorbesøget deltog relevante parter. Dette var også tilfældet ved inspektorbesøget, herunder deltagelse fra vicedirektør. Inspektorerne ratede samstemmende med selvevalueringen alle temaer positivt på nær temaet 'Forskning – Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning', som vurderes som 'Utilstrækkelig'. Hvilket forklares med at der mangler en synlig forskningsinspirator i afdelingen. Det forventes, at der vil blive ansat en forskningsansvarlig overlæge inden for de næste par år.

Inspektorerne har bemærket, at afdelingen har et positivt og befordrende uddannelsesmiljø. De uddannelsessøgende læger er især glade for introduktionen til ultralydsafsnittet, hvor de hurtigt bliver oplært i selv at kunne varetage funktionen.

Vi finder det positivt, at afdelingen har planlagt ugentlig undervisning.

Inspektorerne har fastlagt 3 indsatsområder med en tidshorizont på 3-24 måneder på områder, der skal sikre uddannelseslægerne læring i beskrivelse af CT, implementering af systematisk kompetencevurdering, samt inspiration til forskningsdeltagelse.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg om 4 år (ultimo 2022) eller snarest muligt derefter.

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002315
Afdelingsnavn	Billeddiagnostisk Afdeling
Hospitalsnavn	Nordsjællands Hospital
Besøgsdato	23-10-2018

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	<p>Alle I-læger starter i ultralyd, hvilket gør dem hurtigt selvstændige i dette område og med en følelse af at bidrage til afdelings drift hurtigt efter ansættelse.</p> <p>De yngre læger, primært I-lægerne skriver for nuværende "introprogram/læringsjournal" til deres efterfølger i de enkelte afsnit således, at der videregives læring fra en YL til en anden, med det indhold, der kan give dem den bedst mulige start i afsnittet.</p>
----------------------------	---

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Vicedirektør og uddannelseskonsulent
Speciallæger	9 overlæger og 1 afdelingslæge
Uddannelsessøgende læger	4 I-læger og 2 HU-læger
Andre	Selvstændigt interview af UAO og afdelingsledelsen (ledende overlæge og ledende overradiograf)

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Mette-Charlotte Marklund
Uddannelsesansvarlig overlæge	Mette Lund
Inspektor 1	Henrik Struckmann
Inspektor 2	Pernille Wied Greisen
Evt. inspektor 3	Maja Lynge Rasmussen

Konklusion og kommentar til besøg

Billeddiagnostisk Afdeling, Nordsjællands Hospital er fortsat en velfungerende uddannelsesafdeling med et positivt og befordrende uddannelsesmiljø, der har udviklet sig yderligere i positiv retning siden sidste besøg i 2014.

Afdelingen har haft udfordringer med rekruttering og fastholdelse af speciallæger, men dette er bedret markant inden for den sidste tid, og afdelingen har også fået ny ledende overlæge indenfor det sidste år.

Posten som UAO har siden sidste besøg skiftet hænder, og dette har haft en medvirkende effekt på yderligere bedring af læringsmiljøet. Samtlige tilstedeværende uddannelseslæger gav udtryk for, at det var lykkedes at udvikle afdelingen i yderligere positiv retning.

Der er styr på introduktionen til afdelingen, og formalia overholdes. De obligatoriske uddannelsessamtaler afholdes.

Uddannelseslægerne er tilfredse med introduktionen til de enkelte områder i afdelingen, men især introlægerne fremhæver, at introduktionen og arbejdstilrettelæggelsen i ultralydsafsnittet er formidabel. Alle I-læger starter i ultralydsafsnittet, hvis det på nogen måde er muligt. I løbet af 2 måneder har introlægerne opnået kompetencer, der gør det muligt at varetage lange dagvagter og dagtjenester i weekender, hvor de varetager ultralydsdiagnostik.

De yngre læger deltager alle i visitationen af undersøgelser og har stort læringsudbytte af dette. Der er i ortoafsnittet god læring i synergi med de beskrivende radiografer.

De yngre læger, primært I-lægerne skriver for nuværende "introprogram/læringsjournal" til deres efterfølger i de enkelte afsnit således, at der videregives læring fra en YL til en anden, med det indhold, der kan give dem den bedst mulige start i afsnittet.

Der er planlagt ugentlige undervisningsseancer og ugens case. Der ud over varetager de uddannelsessøgende læger en ikke ubetydelig undervisningsaktivitet uden for afdelingen, med stort udbytte for uddannelseslægerne.

Alle uddannelseslæger evalueres løbende og ved månedlige møder i speciellægegruppen med efterfølgende feedback til de enkelte uddannelsessøgende. De uddannelsessøgende ser meget positivt på denne ordning.

Afdelingen kommer tilstrækkeligt rundt om alle lægerollerne.

De yngre læger efterspørger dog stadig mere direkte mesterlære indenfor især CT-området. Dette skyldes til dels 2 faktorer, nemlig afdelings indretning/logistik og en heraf affødt kultur med beskrivearbejdspladser på talrige små kontorer.

De oplever også fortsat problemer med at nå konferenceforberedelsen til den akutkirurgiske konference, hvilket kan gøre, at supervisor flere gange afholder konferencen i stedet for den yngre læge – men denne konference er under en ændring, der vil løse denne problemstilling.

Kompetencevurderingen sker for det meste ved sidemandsoplæring, og inspektorerne vurderer således, at kompetencevurderingen er tilstrækkelig, men ikke systematisk dokumenteret via mini-IPX.

Afdelingens ledende overlæge og UAO vil gerne fremme forskningsaktiviteten, og dette er også et ønske i speciellægegruppen og fra uddannelseslægerne.

Afdelingen er dog formidabel til at få introlægerne til at skrive en kasuistik, som kompetenceudvikling og klargøring til at søge HU-stilling.

Både yngre læger og speciallæger efterlyser en synlig forskningsinspirator i afdelingens hverdag, idet der ikke er en

	<p>radiologisk forskningsansvarlig overlæge, men dette forventes på plads om 1-2 år.</p> <p>Inspektorerne vurderer, at forskningsindsatsen er knap tilstrækkelig, men afdelingen er rigtig godt på vej og har en plan for at flytte forskningen ind i afdelingens dagligdag.</p> <p>Afdelingen er planlagt til at flytte ind i Det Nye Nordsjællands Hospital i 2022 – og inspektorerne ser frem til at komme på besøg igen om 4 år i nye rammer.</p>
<p>Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg</p>	<p>Tidligere inspektorbesøg i 2014.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CT beskriverumskultur <p>Praktisk uændret status.</p> 2. Konferenceforberedelse <p>Bedret og vil blive endeligt løst inden længe, via omlægning af konferenceindhold og form.</p> 3. Kompetencevurdering <p>Der mangler fortsat dokumenteret kompetencevurdering via obligatoriske mini-IPX skemaer jf. Målbeskrivelsen. Der foretages dog daglig kompetencevurdering, den dokumenteres blot ikke systematisk.</p> 4. Forskning <p>Der er fortsat behov for en radiologisk forskningstovholder og inspirator i afdelingen. Der er dog planer for, at dette kommer på plads i løbet af 1-2 år.</p>

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Beskriverumskultur	<p>Fast tilstedeværelse af CT-speciallæge i CT-beskriverummet med medfølgende uddannelseslæge(r).</p> <p>Kort morgenmøde 3-5 minutter om morgenen, hvor alle læger mødes, således at såvel uddannelseslæger og speciallæger kan forpligte sig gensidigt til at placere sig sammen i læringsmiljøer bestående af speciallæge og uddannelseslæge.</p>	3 måneder
2	Systematisk dokumenteret kompetencevurdering	Implementering af systematisk dokumenteret kompetencevurdering jf. Målbeskrivelsen for Radiologi.	6 måneder
3	Forskning	Ansættelse af radiologisk forskningsoverlæge/inspirator til at støtte den spirende forskningsaktivitet	2 år

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 9. januar 2019 12:35
Til: Asger Heldager Pedersen; CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Thomas Broe Christensen; Anna Andreeva; Jonas Bent Egebart; formand@dsko.org; sekretaer@dsko.org; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 7. november 2018 på Onkologisk og Palliativ Afdeling, Nordsjællands Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/læger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/nordsjaellands-hospital/~media/0D03472A383B47259EF86306AA91D52F.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Opfølgende besøg på en onkologisk afdeling med uddannelsesforpligtelse i onkologi (4 i intro- og 4 i hoveduddannelse). Ved sidste besøg for 1,5 år siden var vejledning, arbejdstilrettelæggelse, forskning og leder/administratorrolle indsatsområder. Der udarbejdes nu individuelle uddannelsesplaner for alle uddannelsessøgende læger og vejledere har været på vejlederkurser. Hoveduddannelseslæger har fået faste ambulatoriedage og introduktionslægerne bliver gradvist gennem arbejdsopgaver introduceret til det onkologiske speciale. Med bedre forberedelse til konferencerne er der desuden kommet mere læring ud af konferencerne.

Ved selvevalueringen forud for inspektorbesøget deltog relevante parter. Dette var også tilfældet ved inspektorbesøget, herunder deltagelse fra hospitalsledelsen. Inspektorerne ratede samstemmende med selvevalueringen alle temaer positivt på nær temaet 'Forskning – Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning', som også var et indsatsområde efter sidste besøg. Der har på den ene side ikke været den store interesse for forskning blandt de uddannelsessøgende læger og på den anden siden foregår der heller ingen forskning i afdelingen udover kliniske protokoller, Afdelingen kunne med fordel have et idékatalog til mulige forskningsprojekter.

Inspektorerne har bemærket afdelingens tilbud om supervision ved psykolog vedr. svære patientsamtaler, og at de uddannelsessøgende læger kommer i fokuseret ophold i palliationsteamet.

Vi finder det positivt, at de uddannelsessøgende læger oplever, at de har nem adgang til at få hjælp af en speciallæge.

Inspektorerne har fastlagt 4 indsatsområder med en tidshorisont på 3-6 måneder på områder, der skal sikre uddannelseslægerne skemalagte vejledersamtaler, højere læringsudbytte af konferencerne, bedre kompetencevurdering og en bedre defineret rolle af afdelingens UKYL. Sundhedsstyrelsen finder, at de fremsatte indsatsområderne er relevante og kan optimere og udvikle afdelingens videreuddannelse.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg om 4 år (ultimo 2022).

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002712
Afdelingsnavn	Onkologisk afdeling
Hospitalsnavn	Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød
Besøgsdato	07-11-2018

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	<p>1) Psykolog tilbud mhp. supervision af svære patientsamtaler.</p> <p>2) 5 / 15 dages fokuseret ophold i palliationsteamet for hhv. I- og H-læger.</p> <p>3) Hver fredag er der morgenbrød for læger i relation til morgenkonferencen. Typisk fremlægges og diskuteres emner med fagligt indhold.</p>
----------------------------	---

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	vicedirektør på Hillerød sygehus
Speciallæger	3
Uddannelsessøgende læger	6
Andre	3

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Thomas Broe Christensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Anna Andreeva
Inspektor 1	Maria Kandi
Inspektor 2	Bente Sørensen
Evt. inspektor 3	Christian Nielsen Wulff

Konklusion og kommentar til besøg

Veltilrettelagt besøg, hvor relevante dokumenter og program for dagen forelå inden besøget. Alle møder blev gennemført med fint fremmøde.

Afdelingen er relativt lille, men en effektiv og dynamisk arbejdsplads med en synlig ledelse. Lægerne arbejder tæt sammen og kender hinandens styrker og svagheder.

Hele afdelingen er placeret på samme plan, og alle ansatte er således tæt på hinanden. På grund af øget aktivitetsniveau uden mulighed for at få flere rum, har de i afdelingen inddraget speciallægenes kontorer som ambulatoriestuer de fleste ugedage. Dette giver udfordringer med hensyn til samtaler og vejledning af yngre læger.

Det fremgår tydeligt, at der siden inspektorbesøget i foråret 2017 er sket en betydelig udvikling i uddannelsesmiljøet.

Alle uddannelsessøgende læger (USL) giver udtryk for, at der er et godt arbejdsmiljø, og det er trygt at være på afdelingen.

Ledende overlæge er vellidt og meget lydhør. Der er fokus på en "flad" struktur, hvor USL fylder meget og tildeles relevante og udviklende arbejdsopgaver. Aktuelt har der været 10 kvalificerede ansøgere til en I-stilling, og mange I-læger søger efterfølgende H-stilling i Onkologien.

Afdelingens evalueringer på evaluer.dk (syv stk.) har en høj score. Den laveste score er mangel på arbejdstilrettelæggelsen af vejledersamtaler på arbejdsplanerne.

Introduktion til afdelingen:

USL modtager introduktionsmateriale forud for ansættelsen. Der foreligger relevant og gennemtænkt

introduktionsprogram for nye USL, der strækker sig over flere dage. For I-læger indeholder introduktionen undervisning i "Behandling af akutte onkologiske tilstande", "Ordination af kemoterapi samt kvalmebehandling", "Smertebehandling" samt seancer om behandling af de tre kræftdiagnosegrupper, som afdelingen håndterer.

Introduktionsprogrammet gennemføres, men ofte ikke fuldstændigt som planlagt.

Vejledning og kompetencevurdering:

Alle USL får tilknyttet en hovedvejleder og første samtale gennemføres typisk indenfor 14 dage. H-læger fungerer som hovedvejleder for I-læger. H-læger introduceres til vejlederopgaven af UAO, men egentligt vejlederforum er der endnu ikke organiseret.

Speciallæger og H-læger, som fungerer som hovedvejledere, sendes på eller har været på vejlederkursus. Alle USL har nu individuelle uddannelsesplaner, som udarbejdes i forbindelse med vejledersamtaler.

Kompetencevurderingsværktøjet mini-CEX bruges ved præsentationsseancer, men ikke ved patientkontakter.

Alle I-læger oplyser, at være blevet superviseret, men at det ikke er en integreret del af klinikken. Da sygeplejersker sjældent deltager ved læge-patientsamtaler er det inspektorerne vurdering, at 360 graders evalueringer ikke bliver sufficente. Der er øget behov for kollegial supervision mhp. at sikre de kommunikative kompetencer.

Ved behov for hjælp/"akutte" spørgsmål har USL let adgang til at få hjælp af en speciallæge.

Afdelingen har udpeget en UKYL, som aktuelt er en I-

læge. Det fremgår, at UKYL'en primært har arbejdsopgaver i relation til medicinstuderende. Inspektorerne anbefaler at UKYL'en inddrages yderligere i planlægningen af USL's uddannelsesmiljø.

I-læger arbejder primært i onkologisk akutfunktion og går stuegang. Tre måneder inde i ansættelsen passer I-læger et reservelæge-ambulatorie ca. en gang pr uge. Dette program er ofte booket med "simple" kontrolpatienter, som tidligere er behandlet for brystkræft. I-læger har ikke vagtfunktion.

H-læger har primært selvstændig ambulatoriefunktion og har ligesom flere af speciallægerne bagvagt.

Medicinsk forvagt fungerer som forvagt for afdelingen udenfor normal arbejdstid. H-læger deltager i MDT-konferencer alene, efter at de er blevet superviseret 1-3 gange. USL har mulighed for at visitere med supervision af en speciallæge.

Konferencer og undervisning:

Afdelingen har for nyligt ændret konference- og undervisningsstrukturen. Der er dagligt morgenkonference med efterfølgende "Subunit"-konferencer i de tre diagnosegrupper, som efterfølges af røntgenkonference.

Stuegang og ambulatoriefunktionen afvikles inden kl, 14. Kl. 14-14.30 er der "middagskonference", som beskrives som en vagtoverlevering, hvor primært stuegangspatienter diskuteres og præsenteres for bagvagt.

Morgenkonferencens formål er primært at sikre at dagens arbejdsopgaver kan gennemføres og evt. diskutere indlagte patienter/problemstillinger fra vagten.

Morgenkonferencerne om mandage og onsdage indeholder 15 minutters undervisning, som primært sker ved afdelingens eget personale. USL underviser hyppigt i selvvalgte emner. Kvaliteten af undervisningen beskrives som vekslende.

USL angiver, at der er stor læringsværdi i subunit-

konferencer. Der efterlyses mere struktur i middagskonferencen mhp. at øge læringsværdien. Her ønsker USL mere fokus på enkelte patienter i stedet for at gennemgå alle indlagte. Ligeledes foreslår USL, at man kunne bruge noget af middagskonferencen som subunitkonference med henblik på at diskutere problemstillinger fra ambulatorierne.

Der er ikke en egentlig journalklub, men USL kan vælge at præsentere en artikel, når de skal undervise ved morgenkonferencen.

Forskning:

Afdelingen har kliniske protokoller, som varetages af Klinisk Forsknings Enhed med overlæger som principal investigators (en enkelt H-læge har fungeret som principal investigator). H-læger varetager håndtering af patienter i protokoller, når det er relevant. Udover de kliniske protokoller foregår der ikke forskning i afdelingen. Ledende overlæge har været leder i ca. 2,5 år og har hidtil haft rigeligt med opgaver i relation til indførelse af Sundhedsplatformen, ansættelse af "nye" speciallæger og etablering af mere uddannelsesvenlig struktur. Således har afdelingen endnu ikke haft overskud til at igangsætte egne forskningsprojekter.

Sygehusledelsen oplyser, at hospitalet har en forskningsstrategi, hvor projekter kan tilknyttes en af fire forskningsklynger, som hver har tilhørende professorer. Læger kan henvende sig til forskningsenheden for at få hjælp til projekter under relevant forskningsklynge og ligeledes enheden kan ansøges om økonomisk støtte til projekter. Sygehuset har dedikeret 1 % af sygehusbudgettet til forskning.

	<p>Inspirerende tiltag:</p> <p>1) Psykolog tilbud mhp. supervision af svære patientsamtaler.</p> <p>2) 5 / 15 dages fokuseret ophold i palliationsteamet for hhv. I- og H-læger.</p> <p>3) Hver fredag er der morgenbrød for læger i relation til morgenkonferencen. Typisk fremlægges og diskuteres emner med fagligt indhold.</p>
<p>Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg</p>	<p>Vejledning:</p> <p>Der udarbejdes nu individuelle uddannelsesplaner for alle I- og H-læger. Alle vejledere har været på vejleder kursus (undtagen en, som er tilmeldt) og har adgang til logbog.net. Der foretages 360 graders evaluering af alle USL.</p> <p>UAO og UKYL planlægger sammen morgenundervisningen, som foregår mandag og onsdag.</p> <p>Arbejdstilrettelæggelse:</p> <p>Skemalagte introduktionsdage fastholdes og fungerer godt når de nyansatte uddannelseslæger starter på afdelingen.</p> <p>Hoveduddannelseslæger har faste ambulatoriedage, som medfører god læge-patientkontinuitet.</p> <p>I-lægerne bliver gradvist introduceret til afdelingen og onkologien via akutfunktionen og stuegangen de første 3 måneder.</p> <p>Akademiker/Forskning:</p> <p>Konferencestrukturen er ændret og ambulatorieprogrammer</p>

	<p>slutter tidligere (kl 14) mhp. at give "luft" til forberedelse og læring. Der er udarbejdet instrukser bl.a. en instruks indenfor akut onkologi.</p> <p>Interesserede læger spørges til forskning (interessen for forskning blandt de uddannelsessøgende læger har ikke været stor), men afdelingen har endnu intet "forskningsskatalog" med forslag til kasuistikker, kvalitetsforbedringsprojekter o.l..</p>
--	---

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Arbejdstilrettelæggelse	<p>Vejledersamtaler foreslås skemasat fx én time, én morgen per måned.</p> <p>Skemalagt mulighed for deltagelse i MDT-konferencer og mulighed for superviseret visitation for H-læger evt. i form af en halv dags uddannelses- funktion/-dag.</p>	6 mdr.
2	Konferencers læringsværdi	<p>Eftermiddagskonferencen er søsat siden sidste inspektor besøg. Der anbefales struktur for at højne læringsværdien af denne konference. Evt. fremlæggelse og diskussion af enkelt(e) svær(e) patientcase(s).</p> <p>Evt. ændre noget af eftermiddagskonferencen til subunit konference, så der bliver bedre</p>	3 mdr.

		mulighed for at diskutere problemstillinger fra ambulatorier.	
3	Kompetencevurdering	<p>Udbrede kendskab til og brug af kompetencevurderingsredskaber i forbindelse med vejledersamtaler.</p> <p>Arbejde på at få supervision og feedback bedre integreret i stuegang og ambulatorium.</p> <p>Eventuelt kunne afdelingen reservere en-to ambulatorie-tider per dag på reservelægeprogrammet til mere komplekse patienter, hvor der skulle ske supervision, evt. ved brug af mini-CEX.</p>	<p>3 mdr.</p> <p>6 mdr.</p>
4	UKYL funktionsbeskrivelse + arbejdsopgaver	Gennemgang af funktionsbeskrivelsen med den uddannelsessøgendelæge, som har opgaven. UKYL'en forslås som tovholder for journalklub.	4 mdr.

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 17. januar 2019 10:39
Til: Psykiatri VUU Bente Brysting; CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Rita Godske; Simon Ploug Gartner; Phuong le Reisia; Darius Mardosas; Jadwiga Hvass; formand@dpsnet.dk; Helen Gerdrup Nielsen; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 4. oktober 2018 på Psykiatrisk Center Glostrup - Region Hovedstadens Psykiatri.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/psykiatrisk-center-glostrup/~media/32D02F93BD314A4494408438BCEDD5D2.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Besøg på en stor afdeling fordelt over 5 adresser.

Ved Inspektorenes besøg deltog 17 af de 30 uddannelseslæger, 14 af 34 speciallæger samt center- og klinikchefer.

Inspektorerne fremhæver et inspirerende og engageret læringsmiljø og scorer afdelingens temaer noget bedre en selvevalueringen, med to temaer (læring hhv arbejdstilrettelæggelse) som utilstrækkeligt opfyldt, 9 temaer tilstrækkeligt opfyldt og fem som særdeles godt.

Afdelingen og inspektorerne har aftalt 5 fokusområder som alle vil blive håndteret i de følgende måneder efter besøget.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i 2022, eller snarest muligt derefter.

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002450
Afdelingsnavn	Psykiatrisk Center Glostrup
Hospitalsnavn	Region Hovedstadens Psykiatri
Besøgsdato	04-10-2018

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	<p>Lægemappe med introduktion til afdelingen og uddannelsesmiljøet.</p> <p>Vagtens case med supervision af vagthavende i fællesskab.</p> <p>Worksshop planlagt af forskningen</p> <p>Høj grad af ledelsesmæssig og forskningsmæssig synlighed og tilgængelighed.</p>
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Centerchef Phuong Le Quach Reisinia, Klinikcheferne Rita Godske og Darius Mardosa
Speciallæger	14 deltager fra alle 5 matrikler - de 4 fra video.
Uddannelsessøgende læger	17 deltager både fra Nordstjernevej og Brøndbyøstervej
Andre	Afdelingssygeplejersker, sygeplejesker, Sosu-ass., chefspsykolog og filosof

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Rita Godske
Uddannelsesansvarlig overlæge	Simon Ploug Gartner
Inspektør 1	Signe Dolmer
Inspektør 2	Eva Schiöth
Evt. inspektør 3	Elva Björk Harðardóttir

Prosadel af rapporten:

Konklusion og kommentarer til inspektor besøget på Psykiatrisk Center Glostrup d.4.oktober 2018:

Under inspektorbesøget talte vi med Centerchef, 2 klinikchefer, 2 UAO, 14 andre speciallæger, 1 professor, 2 lektorer, 8-H-læger, 3-I læger, 2 KBU læger, 1 AP –læge og 3 læger i uklassificerede stillinger – herudover fra andre faggrupper – 6 sygeplejersker, en Sosu-ass, en chefpsykolog og en filosof.

UKYL og TR deltog i mødet.

Selvevalueringsrapporten bærer præg af, at Psykiatrisk Center Glostrup i februar 2017 er samlet således at det nu dækker 5 matrikler og 2 tidligere centre med 2 uddannelsessteder, - hvorfor rapporten er "et kompromis" mellem de 2 tidligere centres UAO

Uddannelseslæger er ihærdigt forsøgt inddraget i selvevalueringsprocessen, men det er inspektorernes indtryk, at det har ikke været stor opbakning hos uddannelseslæger og UAO'erne har været nød til at være opsigende overfor uddannelseslæger flere gange.

Der var leveret et stort forarbejde fra UAO, og alt nødvendigt materiale var tilsend os i god tid,- uddannelsesplaner, evalueringer og "lægemappe", - der både fandtes i papirform og elektronisk.

Centeret har et stort uddannelsespotentiale – da afdelingen omfatter alle grene af psykiatriens speciale – således både den almene psykiatri, retspsykiatri, de organiske (organisk) – oligofreni, ADHD, autisme og gerontopsykiatri, herudover psykoterapi.

Centeret har både akutte afdelinger og rehabiliteringsafdelinger.

Forskningsenheden er stor med stor forskningsaktivitet og 3 professorer tilknyttet.

Styrker i afdelingens uddannelse

Overordnet vurderes Psykiatrisk Center Glostrup at opfylde betingelserne for at kunne uddanne Yngre læger, - man er godt på vej mht til et samlet Center,- men der er de sædvanlige udfordringer,- når der sker store organisatoriske ændringer- hvor forskellige uddannelseskulturer

skal samles,- men det overordnede indtryk er at man forsøger at tage det bedste fra dem begge, dette er blandt andet gjort ved at matriklerne italesættes fra matriklerne vej navn og ikke om det er det gamle "Hvidover eller Glostrup".

Indtrykket af arbejdsmiljøet og uddannelsesmiljøet er positivt, - dette opleves ved vores deltagelse i morgenkonferencen (hvor Brøndbyøstervej deltog pr. video) og middagskonferencen, - hvor "vagtens case" drøftes i en god og faglig tone, hvor mange bidrager både YL og speciallægerne fra begge matrikler, og afsluttes med orientering vedr. logistik både for læger og medicinstuderende,- således alle er nævnt "ingen glemt".

YL oplever stor grad af tilgængelighed både til ledelsen, til supervision og faglig sparring- og på Brøndbyøstervej er etableret "stjernepar" med mulighed for individuelt aftalte krydspunkter mht (bed-side) supervision.

Siden 1/9-18 er der etableret ny vagtstruktur (den nye vagtstruktur gik mest ud på at man fjernede BV på Hvidovre og etablerede overlægebagvagt som bv kunne kontakte, omlægningen af vagtstrukturen havde således det formål at frigøre mere dagtid for bagvagterne)- med indførelse af SIF-vagt (Speciallæge i front frem til kl.21),- som opleves positivt og tryghedsskabende for "de yngste YL", indtrykket er at det ikke opleves som et positivt for speciallægerne

Der gøres et stort arbejde mht uddannelse i Centeret og det er tydeligt at UAO er ambitiøse, de YL giver udtryk for at det formaliserede uddannelses program næsten er for ambitiøst, da det kan være svært at nå at deltage i det hele både pga driften,- men også fordi der skal afsættes tid til at indhente andre for uddannelsen relevante kompetencer mht psykoterapi, langvarige retslige forløb og forskningstræningsopgave – og dele af uddannelses programmet er obligatorisk.

De UAO har en ugentlig dag til uddannelsesarbejdet.

Svagheder/trusler i afdelingens uddannelse

De uddannelsessøgende udtrykker meget frustration over, at praktiske forhold så som nøgler, kontor, vagtværelse, arbejdstilrettelæggelse herunder ferie og hvor og hvornår man flytter arbejdsfunktion i Centeret er under kritik, - oplevelsen er at det er meget forstyrrende, - da der end ikke kommer svar på mail, og "man skal opdage på arbejdsskemaet at man flytter funktion",- dette

giver utryghed og utilfredshed,- i en afdelingen, hvor fleksibilitet og lydhørhed ellers er karakteristisk.

Indtrykket er, at SP opleves som en svaghed/trussel mod uddannelsen, - idet der bruges forholdsmæssigt mere tid på dokumentation for speciallægerne, - og de tidligere rutiner med uddannelsesmæssigt feedback på eksempelvis skadeskort,- i dag er en sekretær feedback mht om der er gjort det nødvendige mht "ekspedering af epikrisen". Herudover "copy-paster" YL – og får hermed en mindre sikker selvstændig færdighed mht beskrivelse af psykopatologien.

Indtrykket er at det tager tid at "udvikle" egne "smart freases" – og særligt ved korte ansættelser kommer disse til at fylde, - herunder også at der kan være egentlige procedurer der er vanskelige, hvis man ikke er "opsat korrekt.

Indtrykket er at SP ligeledes har påvirket arbejdsmiljø og arbejdsglæde.

Lærings og kompetencevurderinger er utilstrækkelig og for uensartet.

Der er behov for mere overblik og struktur for at kunne overskue den lægelig uddannelse - i så et stort center - om de enkle uddannelsessøgendes lægers uddannelsesforløb går, som de skal og om den enkelte opnår de relevante kompetencer til tiden med den fornødne progression i uddannelsesforløbet – hvilket forudsætter at både den uddannelsessøgende og vejlederen kender til målbeskrivelse, kompetencevurderinger herunder metode til kompetencevurdering. Det var et klart indtryk under besøget, at dette ikke var tilfældet i centeret, - ligesom meget få havde et opdateret vejlederkursus, hvilket ligeledes er påpeget ved sidste besøg i 2014.

Der er utilstrækkeligt uensartet opmærksomhed og kendskab til målbeskrivelse, logbog og kompetencekort herunder hvorledes disse skal vurderes og anvendes.

UKYL'erne har ikke samme oplevelse af at der er afsat tilstrækkeligt tid til dem mht UKYL-arbejdet,- og også UKYL'erne ligger et stort arbejde mht organiseringen. TR oplever det svært med deltagelse i LMU-møder, da "driften" er lægeafhængig, hvorfor suppl.for AC-området deltager i møderne.

Vedr. psykoterapi

Der er ikke en psykoterapi ansvarlig speciallæge på centeret, men dette ansvar ligger hos chefpsykolog,- som havde godt kendskab til uddannelseslægenes målbeskrivelse, og denne har udviklet spørgeskema mht indhentelse af informationer omkring uddannelseslægen. Supervision forestås ved psykologer.

Opmærksomheden på psykoterapiske behov herunder retning(dynamisk/KAT) og type(individuelt/gruppe) er nødvendig for at undgå forsinkelse i denne kompetence -idet psykoterapi grunduddannelsen for den uddannelsessøgende er en af de sværeste kompetencer, at opfylde – og derfor er det nødvendigt at de uddannelsessøgende uden ventetid skal kunne komme i gang med relevant forløb for dem, - dette kunne eventuelt gøres ved at sende spørgeskema ud forud for ansættelsen mht sikre at tilbud står klar.

Ligeledes er forskningstræningsopgave også en kompetence, som man med fordel kunne planlægge,- idet balancen mellem eget ansvar og drifthsyn kan opleves udfordrende mht at indhente denne kompetence på relevante tidspunkt.

På et stort Centeret på 5 matrikler kan krydspunkter med vejleder være ret central for at det lykkedes med afholdelse og overholdelse af intro-, justerings- og slutsamtale indenfor tidsfristerne,- der bør derfor også i denne sammenhæng overvejes hvorledes man vil lykkedes bedre med dette,- da ikke alle får afholdt samtalerne – dog langt de fleste.

Forskningsenheden vil gerne tilbyde(tilbyder allerede, men få deltager) psykometrisk træning, hvilket er en god idé mht højere grad af tilknytning og kendskab til forskningsenhedens arbejde – dette ville nok kræve at man fravalgte andre obligatoriske uddannelsestilbud.

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr

Indsatsområde

Forslag til indsats

Tidshorisont

1

Praktiske forhold

Arbejdstilrettelæggelse, nøgler, kontorer, pc, 'er m.m

Planen er angiveligt lagt – men endnu ikke officiel.

Uger til måned

2

Uensartet vejledning og kompetencevurdering

Vejlederkursus

Uddannelsesdage og vejledermøder med fokus på målbeskrivelse

Tavle med overblik over uddannelsesforløb i Centeret

Måneder og max 1 år(baggrund for 1 år er at der kan være ventetid på vejlederkurset)

3

Psykoterapi

Overblik og mere struktur mht sikre at der er relevant og tilstrækkeligt psykoterapier klar til de uddannelsessøgende

måneder

4

Afsat arbejdstid til UKYL arbejde

Sikre at UKYL arbejdet kan nås

måned

5

Forskningstræningsopgave

Fokus på at dette lykkes, evt. ved at tilrettelægge forløbet idet der i afdelingen er stor forskningskapacitet

måneder

Lise Møller

Fra: CHR-FP-Lægeuddannelsen
Sendt: 21. januar 2019 09:23
Til: Lise Møller; Tobias Kongstad-Hansen; Birgitte Rønn
Cc: KU LVU; Ulrik Dyrbye Hansen; Tommy Frisgaard Øhlenschläger; Ellen Astrid Holm; Nanna Helmer; Ann Isabel Kryger
Emne: Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 24. oktober 2018 på Medicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/holbaek-sygehus/~media/DF0644FD176D4875910E718F1827FDEA.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Første besøg i 8 år på en stor medicinsk afdeling, opdelt i flere afsnit uden fælles uddannelseskultur.

Ved inspektorernes besøg deltog 5 af afdelingens 35 uddannelseslæger, 10 ud af 40 speciallæger men ingen fra sygehus- eller centerledelse.

Selvevalueringen var gennemført ved enkeltbidrag gennem anonyme spørgeskemaer, ikke ved møder og den var generelt mere negativ end inspektorernes vurdering.

Inspektorerne fandt dog at 5 temaer: Individuelle uddannelsesplaner, Forskning, Konferencernes læringsværdi, Læring- og kompetencevurdering samt Læringsmiljøet (samlet set) var utilstrækkeligt opfyldt, mens de øvrige 11 var tilstrækkelige.

Af særlige initiativer nævnes at der er oprettet et uddannelsesteam for at koordinere afsnittenes uddannelsesindsats.

Inspektorerne har aftalt at afdelingen arbejder med 5 indsatsområder inden for det næste år med særligt fokus på læringsmiljø, færdighedslaboratorie, vejledning og supervision. Særligt fremhæves indsatsen omkring vejlederfunktionen, som inspektorerne, som ved forrige besøg, anbefaler også at inddrage uddannelseslægerne i.

Sundhedsstyrelsen støtter disse planer og planlægger med genbesøg for at vurdere indsatsen i starten af 2020.

Sundhedsstyrelsen beklager i øvrigt at sygehusledelsen ikke deltog ved inspektorbesøget og opfordrer til, at ledelsen vil være repræsenteret ved genbesøget.

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
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 vidresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00001622
Afdelingsnavn	medicinsk afdeling
Hospitalsnavn	Holbæk sygehus
Besøgsdato	24-10-2018

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	På grund af afdelingens størrelse: Er der etableret et "uddannelses team" bestående af 3 yngre læger og 3 speciallæger.
----------------------------	---

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	0
Speciallæger	10
Uddannelsessøgende læger	5
Andre	5

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Henrik Ancher Sørensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Vibeke Bønnelykke Sørensen
Inspektor 1	Lisbeth Madsen Fredholm
Inspektor 2	Tine Lottenburger
Evt. inspektor 3	

<p>Konklusion og kommentar til besøg</p>	<p>Holbæk medicinsk afdeling er en stor medicinsk afdeling, som har været igennem et svært år, presset af dels etablering af nyt Journalsystem (Sundhedsplatform) og dels massiv overbelægning. Det er vores vurdering, at afdelingens Selvevalueringsrapport (SWOT og Scoring) bære præg af dette.</p> <p>Sidste Inspektor besøg: 2010.</p> <p>Overordnet en velbeskrevet afdeling.</p> <p>Klar arbejdsbeskrivelse for alle vagtlag.</p> <p>God overordnet arbejdstidstilrettelæggelse med konsekvent afdelingstilknudning, også dagfunktion i eget afsnit i forbindelse med dagvagtfunction.</p> <p>Der er tid afsat til vejledning ugentlig.</p> <p>Et månedligt møde for vejledere, til orientering og gennemgang af evt. ”skæve forløb”</p> <p>Der er lige etableret et ”uddannelses team” bestående af 3 yngre læger og 3 speciallæger.</p> <p>Der er beskrevet en god konference struktur:</p> <p>Morgen konference med fremlæggelse af ”klinisk case” fra vagten</p> <p>Tavlemøde om morgen i afsnit (fordeling)</p> <p>Middagskonference til evaluering af stuegang</p> <p>Ugentlig konference i Diagnostisk enhed.</p> <p>På grund af afdelingens størrelse og opdeling i specialer, er det svært for de uddannelsessøgende at have overblik over hele afdelingen og dens uddannelsesmuligheder.</p> <p>Det er vores indtryk, at det er en stor medicinsk afdeling som er opdelt i mange og meget forskellige afsnit. Der er ikke nogen</p>
---	--

gennemgående/ fælles kultur.

Vurdering af Uddannelses temaer:

Introduktion til afdelingen:

Den generelle introduktion var god, men der manglede introduktion til visse specialeambulatorier og stuegange.

Yngre læger har efter et "yngrelæge" møde orienteret afdelingsledelsen om : Problemer med introduktion til afdeling og funktioner på Kardiologisk -, Endokrinologisk og Geriatrik afsnit.

Der er fokus på individuel hensyntagen i forhold til introduktionsprogrammet (Hvem har brug for hvad).

Der tilsendes den enkelte, før tiltrædelse af stilling, et stort informations materiale.

Uddannelsesprogram:

Tilstrækkeligt- der sendes "link" i introduktionsbrev.

Uddannelsesplaner: Der er fokus på uddannelsesplaner.

Afdelingen tilsender og forventer der udarbejdes individuelle uddannelsesplaner, der forventes møder hver eller hver anden måned mellem vejleder og uddannelsessøgende læge.

Der er ugentligt afsat tid til vejledning

Det var vores indtryk, at ikke alle uddannelsessøgende læger modtog systematik vejledning.

Stor forskel i uddannelsesplanernes udformning.

Medicinsk ekspert- læring i rollen som medicinsk ekspert.

En bred medicinsk afdeling med 7 grenspecialer repræsenteret.
Gode muligheder for at opnå alle de medicinske kompetencer.

Skemaplanlagt en uddannelsesdag hver 5 uge (som forventes afholdt konsekvent).

F.eks. velbeskrevet instruks fra kardiologien mhp oplæring i ECCO

Kommunikator- Læring i rollen som kommunikator.

Kursus i kommunikation ligger i KBU tid.

Der er "Tirsdag morgen" hvor Yngre læger underviser yngre læger. Tilstede planlagt seniorer læge til at give konstruktiv "feed back".

Diskussionsfora i forbindelse med "Journal club"

Fremlægelse af spændende patient efter vagt.

Vurderet tilstrækkelig i selvevalueringsrapport

Samarbejde- Læring i rollen som samarbejder. Ikke drøftet

Vurderet tilstrækkelig i selvevalueringsrapport

Leder/ administrator Læring i rollen som Leder.

Ansvar for egen læring.

Ansvar for at sætte sig ind i afdelingens muligheder.

Ved sidste inspektør besøg, blev det foreslået at afdelingen havde fokus på introduktion til denne lægekompetence.

Vurderet tilstrækkelig i selvevalueringsrapport

Sundhedsfremme- Læring i rollen som sundhedsfremmer.

Ikke drøftet i detaljer.

Vurderet tilstrækkelig i selvevalueringsrapport

Akademiker- Læring i rollen som Akademiker.

Har en struktur som tilgodeser fokus på rollen som akademiker, Undervisning mandag og tirsdag. Journal club onsdag i specialerne. Fremlæggelse af dagens patient til morgen konference.

Angående yngre lægers fremlæggelser tirsdag morgen.

Holdes primært for yngre læger, i beskrivelsen af funktionen, fremgår det at, der skal være speciallæger til stede- Dette sker ikke konsekvent.

Forventning om tilstedeværelse af speciallæger bør italesættes.

Professionel- Læring i rollen som Professionel-

Ikke drøftet

Vurderet tilstrækkelig i selvevalueringsrapport

Forskning- Uddannelsessøgendelægers deltagelse i forskning:

Der foregår forskning. Flere med PHD-Grad (indenfor kardiologien).

Mange ideer som ikke gribes (Yngre læger ikke motiveret)

Vi anbefaler, at afdelingen får mere fokus på dagligdags forskning- små undersøgelser, instrukser etc..

Vi anbefaler at afdelingens professorer bliver mere synlige i afdelingen. At professorer bliver aktive ved yngre lægers undervisning mhp. at kunne katalyserer projekter.

HU-læger skal lave noget forskningsrelateret.

Undervisning afdelingen giver: Som anført tidligere er der mange og tilstrækkelige tilbud om undervisning.

Konferencernes læringsværdi: Der arbejdes på at øge læringsværdien af specielt morgenkonferencen. Middagskonferencer på afsnit skal afholdes, deltager skal møde til aftalt tid. Ikke alle konferencer er lige synlige (tid og rum)

Lærings og kompetencevurdering:

Scoret utilstrækkelig af afdelingen, de yngre læger føler de skal opsøge og forstyrre seniorer læger for at få supervision.

Yngre læger har i en mail, efter et "yngrelæge" møde orienteret afdelingsledelsen om:

Gode konferencer med tid til supervision på gastromedicinsk- og lungemedicinsk afdeling.

På Kardiologisk afdeling opleves det, at speciallægerne har så travlt, at der ikke er tid til konferencer. De yngre læger oplever at de bliver sendt fra den ene til den anden speciallæge for at få deres patienter konfereret.

På Endokrinologis afdeling opleves uheldig feedback kultur, hvor kritik gives i åbent forum.

På Geriatrik afd. er der indført daglig supervisionskonference fra d. 1.10.18.

Der er således stor diskrepans mellem afdelingen beskrivelse af konference struktur og indhold, og det de yngre læger oplever.

Det bør italesættes/ indskærpes, at det forventes, at konferencerne afholdes.

Foreslår at man skemaplanlægger en speciallæge på hver afdeling, som har ansvaret for supervision.

Måske for få vejledere, til for mange uddannelsessøgende læger. Anbefaler at alle uddannelsessøgende læger deltager i vejlederfunktionen.

Dette blev også anbefalet ved sidste inspektør besøg.

Anbefaler, at der i ambulatorier, hvor yngre læger har

	<p>konsultationer, er afsat tid hos speciallæge til løbende og opsøgende supervision.</p> <p>Arbejdstilrettelæggelse, der tager hensyn til videreuddannelse:</p> <p>Vurderes tilstrækkelig. Fordeling af resurser ligger i specialerne. Stor grad af kontinuitet. Yngre læger tilknyttet et afsnit 6 mdr. af gangen.</p> <p>Arbejdsplanen udkommer dog ofte senere end 4 uger før start.</p> <p>Der er i øvrigt mulighed for god supervision i vagter, mulighed for at koble speciallæge og yngre læge til stuegang om aftenen og i weekend.</p> <p>Læringsmiljøet på afdelingen.:</p> <p>Scoret utilstrækkeligt af de yngre læger i selvevaluering, Formegentlig en konsekvens af sidste års overbelastning.</p> <p><i>Yngre læger har efter et "yngrelæge" møde orienteret afdelingsledelsen om: At der er stor forskellighed i forhold til læringsmiljøet på de enkelte afsnit.</i></p> <p>På geriatrik afdeling oplever de yngre læger, at konflikt mellem specialerne geriatri og reumatologi giver en dårlig stemning på afdelingen.</p> <p>På endokrinologisk afdeling opleves en ubehagelig feedback.</p> <p>På kardiologisk afdeling opleves generelt en dårlig stemning.</p> <p>Det er vores indtryk at afdelingsledelsen på medicinsk afdeling ønsker et godt læringsmiljø, der er fokus på uddannelse og der er mange gode ideer til forbedring</p>
<p>Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg</p>	<p>Yngre læger bør bruges som vejleder</p> <p>Rollen som leder og administrator bør synliggøres</p>

	<p>Penge til forskning, basisforskningspenge ligger i afdelingens buget</p> <p>Aktive i at få færdighedslaboratorier til at fungerer.</p>
--	---

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Fastlagt tid til supervision	<p>Fastholdelse af middagskonferencer.</p> <p>Italesætte forventning om at de afholdes i det allerede planlagte tidsrum.</p> <p>Dagligt anføre en speciallæge på hvert afsnit, der har ansvar for supervision.</p>	3 mdr.
2	Forskning	<p>Integreret i hverdagen</p> <p>Mere synlig professor</p>	1 år
3	Færdighedslaboratorier	<p>Integreret i afdelings rutiner</p> <p>Synlig gjort for de uddannelsessøgende læger</p>	1 år
4	Vejleder	<p>Anbefaler forsat (som efter sidste inspektor besøg) at de yngre læger også får rollen som vejleder</p> <p>Anbefaler Vejlederkurser lokalt på afdeling</p>	1 år
5	Læringsmiljø	<p>Det er vores indtryk at der er stor forskellighed i hvordan læringsmiljøet er</p>	1 år

		<p>på de enkelte afsnit. Et godt læringsmiljø skal sikres på alle afsnit.</p> <p>Afdelingsledelsen bør tilstræbe en fælles læringskultur for alle afsnit</p>	
--	--	--	--

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 11. januar 2019 15:12
Til: CHR-FP-Uddannelseshuset; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Jan Birnbaum Kristensen; Anne Châtillon; Kresten Dørup; Anne Marie Råberg Christensen; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Cc: Magnea Thora Einarsdottir
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 12. og 13. juni 2018 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/region-hovedstadens-psykiatri/~media/2963B99FBB734F6A9AE3B9933A9F1957.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Besøg på en stor afdeling fordelt på tre matrikler og med tre forskellige uddannelsesorganisationer.

Ved inspektorernes besøg deltog i alt 35 af de 56 uddannelseslæger, 26 af afdelingens speciallæger, samt klinik- og centerledelsen.

Inspektorerne fremhæver særligt fire måneders akut-rul til optræning i vagtfunktionen.

Inspektorerne scorer afdelingen noget mindre godt en selvevalueringen, idet 6 temaer blev anført som utilstrækkeligt opfyldt, de øvre som tilstrækkelige.

Afdelingen har aftalt med inspektorerne at sætte ind på i alt 6 områder hvoraf fokus på introduktion, vejledning og brugen af uddannelsesplaner skal fremhæves her. Alle indsatser er aftalt inden for de følgende 12 måneder efter besøget.

På dette grundlag planlægger Sundhedsstyrelsen med genbesøg ultimo 2019 eller snarest derefter.

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



SUNDHEDSSTYRELSEN

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002701
Afdelingsnavn	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center
Hospitalsnavn	Region Hovedstadens Psykiatri
Besøgsdato	13-06-2018

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	Akutblok for alle uddannelsessøgende læger i starten af ansættelsen på BUC Glostrup Pilotprojekt om simulation af akutsamtale med nyuddannet sygeplejerske og skuespiller-patient inkl debriefing ?
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	0

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Klinikchef Jan Birnbaum, centerchef Kresten Dørup
Speciallæger	Bispebjerg:8 Hillerød:8 Glostrup: 10
Uddannelsessøgende læger	Bispebjerg:9 Hillerød:9 Glostrup:17
Andre	Møder med uddannelsessøgende / vejledere / UAUO+UKYL på hver matrikel - derefter hele ledelsesgruppen med diverse fagligheder: 18

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Klinisk chef Nina Staal; Jan Birkebaum kristensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Anne Châtillon Hill: Anne-lise Olsen Glostrup; Merete frantzen BBH
Inspektor 1	Thorsten Schumann
Inspektor 2	Martin Nygaard Hansen
Evt. inspektor 3	Christian Bjerre Høyer

Konklusion og kommentar til besøg	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, er beliggende på tre hovedmatrikler, Bispebjerg, Glostrup og Hillerød, der frem til 2013 udgjorde selvstændige centre/afdelinger. På Glostrup og Bispebjergmatriklerne er der såvel ambulante- som døgnafsnit i Hillerød ambulatorier og et
--	--

dagafsnit. BUC-RH har behandlingsansvar for alle Sundhedsstyrelsens specialefunktioner indenfor Børne- og Ungdomspsykiatri Centrets patientgrundlag og øvrige aktiviteter understøtter alle aspekter af den lægelige videreuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri både på det ambulante, det dagambulante og det stationære område.

Centret er fusioneret i 2013 og har siden foråret 2017 en ledelsesmæssig organisering der orienterer sig efter setting (indlagt hhv. ambulat) hvorimod uddannelsesorganiseringen fortsat er matrikelbaseret med tre uddannelsesansvarlige overlæger (UAO) og tre uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL).

Alle matrikler tilbyder introduktionsstillinger, hoveduddannelsesstillinger er sammensat på tværs som blokke der sikrer to år på universitetsafdeling og kliniske placeringer i både Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Rapporten dækker uddannelsesfunktionen på alle tre matrikler. Hvor der ikke direkte peges på en bestemt matrikel gælder vores beskrivelser og konklusioner således centret som helhed.

Uddannelsesorganisation

Klinikchefen for det stationære område varetager det primære ledelsesmæssige ansvar for den lægelige videreuddannelse i afdelingen qua sit formandskab i Uddannelsesudvalget (vores begreb: Forummet har ikke nogen et formelt kommissorium med beskrivelse af opgaver, råderum, beslutningskompetence, medlemmernes rolle m.v.). Vi er ikke bekendte med at der foreligger funktionsbeskrivelser for UAO hhv. UKYL. Ud fra det oplyste under vores besøg, er der ikke afsat dedikeret tid til varetagelse af funktionerne som UAO hhv. UKYL i den daglige drift.

Introduktion

Nye uddannelsessøgende lægers introduktion til centret og arbejdsopgaverne finder sted på tre niveauer. Indholdet af de centrale introduktionsdage (5 første arbejdsdage) til Region Hovedstadens Psykiatri er kun i begrænset omfang rettet mod børne- og ungdomspsykiatrien.. Centrets tværfaglige introduktion til børne- og ungdomspsykiatrien i forbindelse med ”fredagsundervisning” blev beskrevet som generelt systematisk, relevant og velgennemført.

Kvaliteten og kvantiteten af den lokale introduktion til den uddannelsessøgende læges nære arbejdsfelt blev generelt beskrevet som varierende: Fra velplanlagt og velgennemført til ustruktureret og mindre anvendelig i forhold til egen opgavevaretagelse.

Der blev fremsat forslag om at udarbejde en PIXI-bog til uddannelsessøgende læger i kittellommeformat med links til relevante vip-instrukser, step-by-step-guide ift tvang etc.

Uddannelsesplaner

De uddannelsessøgende læger udarbejder oftest sammen med deres vejleder en indledende uddannelsesplan. Enkelte læger

oplyste dog, at de ikke havde en uddannelsesplan ligesom enkelte andre angav, at planen fandtes, men kun af formelle hensyn. Flere udtrykte at anvendelsen af uddannelsesplanerne var mindre god.

Den manglende anvendelse af uddannelsesplaner blev blandt andet eksemplificeret ved, at der var flere læger i hoveduddannelse, som grundet manglende forløbsplanlægning udtrykte bekymring for at de ikke ville kunne opnå godkendelse af alle relevante kompetencer i tide, for eksempel på grund af manglende fokuserede ophold i tilgrænsende specialer, ikke-færdiggjort psykoterapeutisk grunduddannelse og ikke-færdiggjort forskningstræning (herunder udarbejdelse af forskningstræningsopgave).

Lægerollerne

Centrets planlægning af videreuddannelsen giver de uddannelsessøgende læger adgang til alle relevante aspekter af det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Vejledningen sikrer feedback og udvikling ift alle lægeroller. Afdelingen har for nylig sat fokus på overblik over mulighederne for supervision i psykoterapeutiske forløb hvilket beskrives som tiltrængt af de uddannelsessøgende læger.

Forskning

De uddannelsessøgende læger beskrev, at det generelt er vanskeligt at indgå i forskningsaktiviteterne under Forskningsenheden, dels på grund af geografi og deraf følgende manglende ”nem” kontakt, dels på grund af begrænset tid til at opsøge forskningsaktiviteter som følge af høje aktivitetskrav

Undervisning

Den formaliserede undervisning blev beskrevet som præget af indførelsen af Sundhedsplatformen og deraf følgende inddragen af en lang række undervisningsfora til primært at dreje sig om oplæring i brugen heraf (et forhold som også bidrog til at planlægningen af inspektorbesøget var endog meget langvarig). Det blev dog vurderet af de uddannelsessøgende læger, at i løbet af det seneste år er undervisningen blevet mere struktureret og den formaliserede undervisning har i nogen grad igen fået sundhedsfagligt fokus. Nogle uddannelsessøgende læger nævnte at de ikke i tilstrækkelig grad kunne deltage i samrating ift psykopatologiske måleinstrumenter. Kvaliteten og kvantiteten af den teambaserede teoretiske undervisning varierer fra høj til uklar om eksisterende.

Konferencerne

Konferencerne i døgn-/dagambulante funktioner beskrives som veltilrettelagte og –gennemførte med mulighed for supervision og læring. I de ambulante funktioner er man sine steder gået over til at konferencer gennemføres af den teamansvarlige speciallæge med deltagelse af sagsholderen hvilket begrænser de uddannelsessøgende lægers mulighed for at lære af mere erfarne medarbejders casegennemgange.

Vejledning

Mange vejledere har været på kursus – men langt fra alle (indenfor de seneste fem år). Der findes ikke vejlederfora til gensidig orientering om uddannelsesforløb, drøftelse af udfordringer og opdatering / implementering af uddannelsesmæssige tiltag.

Læring og kompetencevurdering

Centret har i deres kalenderplanlægning fastlagt et bestemt blok torsdag eftermiddag, hvor lægerne er friholdt fra driftsopgaver for at vie tiden til videreuddannelsesopgaver (vejledersamtaler, psykoterapeutisk supervision, møder etc.). Forhindringer som kurser, ferie, vagt / afspadsering og lignende udgør en væsentlig udfordring i dagligdagen, da det blev oplevet som kun i meget begrænset omfang muligt at finde erstatningstider i dagligdagen med den anvendte model, da hovedparten af kalenderen udover netop torsdag eftermiddag er booket meget stramt, særligt i de driftspresede ambulante funktioner.

Brugen af kompetencekortene varierer. Alle relevante læger er fortrolige med logbog.net – typisk påhviler kompetencegodkendelsen dog hovedvejlederen. Vi førte undervejs en del diskussioner om brugen af near-peer-vejledere f.eks. i forhold til I-læger (f.eks. ift gennemslagskraft ifm uhensigtsmæssige uddannelsesforløb) - der findes forskellige modeller i de forskellige teams.

Arbejdstilrettelæggelse

UAO'ernes indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen var varierende og vi fik ikke indtryk af, at det var muligt for den enkelte UAO at sikre at der bliver taget de relevante uddannelsesmæssige hensyn heri.

Der findes teams, hvor der planlægges med krydspunkter i hverdagen med mulighed for mesterlære og kollegial observation og feedback, mest i døgn-/dagambulante funktioner, men også i visse ambulante teams.

På baggrund af nystartede lægers utryghed i vagtsituationer på BUC Glostrup blev der i 2017 iværksat et forsøg med etablering af et "akutrum" på fire måneder i opstarten af forløbet. Denne ordning blev evalueret særdeles positivt af de uddannelsessøgende læger. Blandt de fremhævede gevinster var, at man oplever at der er god introduktion til opgaverne, mulighed for direkte sparring med seniorlæge og kontinuitet i funktionen. Hoveduddannelseslægerne efterspurgte mulighed for at erhverve sig erfaring som mellem-/bagvagt hvilket muligvis kunne spille sammen med behovet for klinisk supervision for forvagtslægerne i BUC Glostrup i aftentimerne.

Introduktionslægerne i Hillerød udtrykte at de kun får et begrænset indblik i akutpsykiatri og at de ikke får direkte kontakt med arbejdsopgaverne i døgnpsykiatrien.

Læringsmiljøet i afdelingen

Centrets ledelse støtter uddannelse som tredje ben ved siden af

	drift og forskning. I hverdagen er der stor villighed og engagement i den kliniske vejledning, tilgængeligheden varierer dog afhængig af driftsopgaver særligt i de ambulante funktioner.
Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg	Ikke relevant (sidste besøg BUC Bispebjerg 2009)

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1	Uddannelsesorganisation	Funktionsbeskrivelse UAO + UKYL samt kommissorium Uddannelsesudvalg	3 måneder
2	Introduktion	Ramme for lokal introduktion	6 måneder
3	Uddannelsesplaner	Laves, bruges og revideres (gerne også forløbsoversigt vedr H-blokke)	3 – 6 måneder
4	Vejledning	Vejlederkurser til alle speciallæger der mangler + vejlederforum for alle (special-) læger med vejlederopgaver	12 måneder
5	Akut-/døgnspsykiatrierfaring for I-læger i BUC Hillerød	Arbejdstilrettelæggelse ifm uddannelsesforløbene der indeholder opgaver som giver akut/døgnspsykiatrierfaring	6 måneder
6	Synlighed / tilgængelighed af Forskningsenheden	Gennemgang af formidlende og involverende aktiviteter på alle tre matrikler (gerne understøttet af elektroniske medier / telekonferenceudstyr)	6 måneder

Lise Møller

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 14. januar 2019 10:26
Til: Psykiatri VUU Bente Brysting; Region Sjælland; Region Sjælland Trine Saida; CHR-FP-Lægeuddannelsen; Michael Werchmeister (IMT Ekstern Kontaktperson); sidar@regionsjaelland.dk; bwel@regionsjaelland.dk; formand@dpsnet.dk; Helen Gerdrup Nielsen; Alberte Rodskjer; Anne-Dorthe Sørensen DR; Benni Bees; Claus Malta Nielsen; Gitte Valsted Eriksen; Henrik Stig Jørgensen; Jesper Allerup (suppl for Jesper Brink Svendsen); Jesper Brink Svendsen; Laura Brink; Lise Møller; Susanne Vinther Nielsen; Thomas Hertel; Thorsten Schumann
Emne: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 11. september 2018 på Psykiatrien Vest, Psykiatrien Region Sjælland.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – <https://www.sst.dk/da/uddannelse/laeger-og-tandlaegers-videreuddannelse-inspektorordning/inspektorrapporter/region-oest/psykiatrien-region-jaelland/~media/272C0B2B39A543BBA1C620D80B1BB8DB.ashx>

Vi har disse kommentarer:

Afdelingen uddanner læger i såvel KBU som Introduktion og hoveduddannelse i Psykiatri og Almen medicin.

Ved forrige besøg fandtes mangler af en karakter der krævede genbesøg. Fokusemner fra den gang har der været arbejdet med. Men afdelingen er siden belastet af mangel på speciallæger og øget vagtarbejde som har gjort det svært at honorere kravene til videreuddannelse af de yngre læger.

Inspektorerne scorer afdelingen identisk med selvevalueringen, med 7 temaer som utilstrækkeligt opfyldt, de øvrige som tilstrækkeligt.

Afdelingen har aftalt med inspektorerne at der fokuseres yderligere på vejledning, supervision og bed-side-undervisning og på fortsat at søge at synliggøre den daglige ledelse.

På dette grundlag støtter Sundhedsstyrelsen, inspektorerne forslag om genbesøg og planlægger med at næste inspektorbesøg finder sted efteråret 2020.

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

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Evidens, uddannelse og beredskab
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk



Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002565
Afdelingsnavn	Psykiatrien Vest
Hospitalsnavn	Psykiatrien Region Sjælland
Besøgsdato	11-09-2018

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	
----------------------------	--

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	24

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	2
Speciallæger	5
Uddannelsessøgende læger	4
Andre	5

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja
------------------------	----

Aftaleparter

Ledende overlæge	Birgitte Welcher & Kristen Kistrup
Uddannelsesansvarlig overlæge	Sidse Arnfred
Inspektor 1	Jens Tofte
Inspektor 2	Tomasz Duchnowski
Evt. inspektor 3	Marton Asztalos

Konklusion og kommentar til besøg

Der er tale om genbesøg efter tidligere inspektorbesøg i 2016, hvor man anbefalede genbesøg inden for to år. Siden sidste inspektorbesøg har afdelingen været inde i en hård periode, man har oplevet en stigning i akutte patienter i PAM på 40 %, ledelsen er blevet skiftet, man har fået indført ny elektronisk patientjournal og sidenhen er en del speciallæger rejst.

Besøget var velplanlagt, inspektørene fik tilsendt materiale som var fyldigt, grundigt og relevant, det gav god mulighed for at danne sig et indtryk inden besøget, der var stilet passende faciliteter til rådighed, og inspektørene følte sig vel modtaget.

På dagen for inspektionen var der fremmøde blandt alle faggrupper og hospitalsledelsen deltog. På grund af sygdom og kurser var der dog sparsom deltagelse af yngre læger og speciallæger, men de som var på arbejde prioritede besøget højt trods stor arbejdsbelastning, især skal det roses at der var høj deltagelse ved det afslutende fællesmøde.

Selvevalueringen blev lavet i fællesskab på lægemøde og var varslet i god tid. I selvevalueringen fremhæves mangel på speciallæger som en udfordring for uddannelsesmiljøet i afdelingen. Dette påvirker i den grad supervisionsmuligheder, feedback og daglig undervisning og gør, at dagligdagen og vagter er præget af fokus på drift og problemløsning. Det afspejles af de individuelle slutevalueringer som generelt ser pessimistiske ud. I selvevalueringen scorer afdelingens læger 7 temaer som utilstrækkeligt. Kun en af de fire fremmødte yngre læger havde deltaget i selvevalueringen.

Introduktionen til afdelingen består af en fem dages fælles regional introduktion til psykiatrien efterfulgt introduktion til Psykiatrien Vest med bl.a følgevagt i PAM. Inden introduktionen sendes omfattende introduktionsmateriale, vagt/stuegangsplaner og beundringsværdig „akut vagtinstruks“. Der er udarbejdet tilstrækkelige uddannelsesprogrammer.

Ved introduktion orienteres grundigt om formalia omkring uddannelsesplaner, dog ikke alle reservelæger følger denne og udarbejder de individuelle uddannelsesplaner (1 ud af 4

reservelæger som deltog i mødet havde planen), der ønskes en bedre opfølgning herpå.

Afdelingen mangler speciallæger og de yngre læger giver udtryk for at deres uddannelse bliver præget af det. Det kan være svært at få supervision og man går meget alene. Afdelinger arbejder med rekruttering af speciallæger bl.a specifikt til bedsideoplæring og supervision af yngre læger i sengeafsnitene. Desuden planlægges inddragelse af SPU/psykologer og seniorlæger i lægeuddannelsen.

Uddannelsesansvarlig overlæge er i deltids forsker stilling, af reservelægerne opleves som venlig og hjælpsom men lidt usynlig og ikke en del af afdelingens daglige klinik.

AP-lægerne har ikke oplevet, at deres uddannelsesbehov blev tilgodeset i forhold til ambulansfunktion, dog forsøger afdelingen at tilgodese AP-lægernes ønsker med en fast månedlig dag i distriktpsykiatrisk ambulatorium. Afdelinger ønsker at supplere UKYL med en Almen Praksis UKYL som især skal have fokus på klinikundervisning.

Ved sidste besøg blev der påpeget manglende kontorfaciliteter til yngre læger, ledelsen regner med at løse ovennævnte udfordring snarligt.

Afdelingen har gode forskningsmuligheder med opbakning fra ledelsens side, men grundet travlhed fylder ikke meget i yngre lægers dagligdag.

Yngre lægeundervisning foregår skemalagt flere gange ugentligt, dog savnes der en fast speciallæge tilknyttet med henblik på feedback og kvalitets sikring. Den månedlige undervisning som afdelinger giver vurderes godt og relevant.

Med hensyn til vurderingen af de enkelte temaer har inspektørene generelt været enige med afdelingens selvevaluering, men på forskningstemaet har vi vurderet, at scoren tilstrækkelig var en mere præcis beskrivelse, da trods højt

	<p>prioritering fra ledelsens side og gode forskningsmuligheder, opleves forskning som fjern og ikke som en del af reservelægernes dagligdag.</p> <p>Afdelingen har udfordringer i forhold til uddannelsesmiljøet, men inspektørene oplevede at der var en god stemning blandt de tilstedeværende læger og et ønske om at optimere forholdene omkring uddannelsen af læger. Der forslås genbesøg om 2 år.</p> <p>KRYDSER</p> <p>som ovenfor nævnt.</p>
<p>Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg</p>	<p>Kontinuitet i undervisningsprogrammet: Det er arrangeret månedlig undervisningsdag som fungerer godt. Flere gange ugentligt er undervisning fra 830-900, der er et ønske fra yngre lægers side om deltagelse af speciallæge men dette er sjældent muligt.</p> <p>Synlig ledelse: Inspektorerne har indtryk af at opnormeringen med to ledende overlæger har medført mere en synlig ledelse, men der er fortsat et ønske om at UAO bliver mere synlig i den kliniske hverdag.</p>

Aftale mellem inspektorer og afdelingen:

Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats	Tidshorisont
1		Optimering af supervision/feedback/ bed-	6 mdr.

		side undervisning	
2		Kontorfaciliteter for yngre læger	Indenfor 3.mdr
3		Synliggøre ledelsen og UAO i daligdagen	løbende
4		Faste vejledermøder	6 mdr.
5			

Lise Møller

Emne: Handleplan i BUC
Vedhæftede filer: Pixibogen for yngre læger, BUC (02.12.18).pdf; Handleplan for arbejdet med speciallægeuddannelsen.xlsx

Fra: Jan Birnbaum Kristensen
Sendt: 8. februar 2019 10:41
Til: Tobias Kongstad-Hansen <tobias.kongstad-hansen@regionh.dk>
Cc: Anne Lise Olsen <anne.lise.02.olsen@regionh.dk>; Anne Châtillon <Anne.Chatillon@regionh.dk>; Merete Frantzen <Merete.Frantzen@regionh.dk>
Emne: Handleplan i BUC

Kære Tobias

Til videre drøftelse i videreuddannelsesudvalget fremsendes den ønskede handleplan på baggrund af inspektorrapporten modtaget d. 11.1.2019

På baggrund af rapporten er der i BUC et særligt forbedringsfokus på 6 områder, som scores "utilstrækkelig" og som ligeledes fremgår af "aftale mellem inspektorer og afdelingen"

På området "introduktion" omtales i teksten to områder, hvor vi har implementeret nye indsatser.

1. den centrale (RHP) introduktion i begrænset omfang opleves rettet mod BUP. Her har en af vores uddannelsesansvarlige overlæger sammen med centrale uddannelseskonsulent tilrettelagt at der inddrages flere børne- og ungdomspsykiatriske cases i introduktionsprogrammet.
2. Udarbejde en Pixi-bog. Denne er nu udarbejdet, vil blive løbende revideret og udleveres fremadrettet til alle nyansatte uddannelseslæger (vedhæftes)

På området "uddannelsesorganisation", har vi indgået i udarbejdelse af fælles-RHP funktionsbeskrivelser for UKYL, hvor der nu ligger færdige funktionsbeskrivelser, som vi har lagt plan for implementering af.

På området "Vejledning" er lige kommet ny fælles-RHP vejlederhåndbog, som vil indgå i drøftelserne på vores fællesmøder med vejledere.

På området "akut/døgnpsykiatrierfaring for I-læger i BUC Hillerød" har vi haft afklarende drøftelse med Yngre Læger tillidsrepræsentanter og er enige om at I-læger fra vores Hillerød-matrikel fremover skal indgå i forvagten på vores Bispebjerg-matrikel.

Handleplan for den videre indsats vedhæftes. Du er velkommen til at henvende dig ved behov for yderligere oplysninger

Venlig Hilsen
Jan Kristensen
Klinikchef BUC-RH

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 viderebringe eller kopiere den.

Sidst red. 28-01-2019		Handleplan for "Problemer med speciallæge udd. i BUC			
Ansvarlig og kontaktperson:					
Nr.	Indsatsområde	Forslag til indsats fra rapporten	Hvordan	Ansvarlig Deadline	
1	Uddannelsesorganisation	Funktionsbeskrivelse UAO + UKYL samt kommissorium Uddannelsesudvalg	<p>De fælles funktionsbeskrivelser fra RHP tilpasses BUCs behov. Drøftes på mødet mellem UAO og Jan Christensen man. 11. feb. Funktionsbeskrivelserne drøftes efterfølgende på mødet med UAO + UKYL 25. feb.</p> <p>Jan udarbejder et udkast til kommissorium for uddannelsesudvalget som efterfølgende drøftes i uddannelsesudvalget sidst i marts.</p> <p>Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funktionsbeskrivelserne skal udarbejdes og implementeres inden 1. maj. - Kommissoriet for uddannelsesudvalget skal være udarbejdet og implementeres 1. maj sommerferien 	JBK UAO JBK	11. feb. 25. feb. 25. marts
2	Introduktion	Ramme for lokal introduktion	<p>PLAN:</p> <p>Uddannelsesudvalgsgruppen 25. feb.:</p> <p>Introduktionsmaterialet drøftes, herunder hvilke relevante informationer sendes til de nye ansatte læger og hvordan det evt. kan koordineres og centraliseres. Forberedelse til mødet:</p> <p>Anne Olsen beder lægesekretær Sara Hebel om sende alt det introduktions materiale yngre læger får ved deres ansættelse til uddannelsesgruppen af UAO og UKYL . UKYL forbereder sig på mødet</p> <p>Uddannelsesudvalgsmødet i marts:</p> <p>Introduktionsmaterialet tilpasses og en revideret beskrivelse sendes ud i ledergrupperne amb. og døgn i april (UAO præsenterer). Hele rammen skal beskrives og der skal sættes ansvarlige på de forskellige felter. Kommissorium drøftes</p> <p>Uddannelsesudvalgsmøde i april</p> <p>Implementeringsstrategi besluttet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementering skal køre for det rul der starter efter sommerferien - Brug af intranettet som platform - Materialet skal bredes ud via vejlederne 	ALO + AC UAO UAO	25. feb. 25. marts 29. april

			<p>Noter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der er i 2017 udarbejdet en introduktionsplan som gælder for ambulatorier ift. opnåelse af basale kompetencer (trin-for -trin model). Den har været svær at implementere. - Den er blevet drøftet lokalt og ved ledermøderne, og alle er enige om at planen er god, men den har alligevel været svær at få implementeret. Der skal undersøges hvad der hindrer implementering, og herefter skal Trin-for-trin introduktionsplan revurderes og justeres, så implementering sikres. Der skal udarbejdes tilsvarende introduktionsplan for døgnet afsnittene. Der vil desuden blive foretaget forbedring af det introduktions materiale der sendes til alle nye læger når de ansættes. Sara Hebel fremsender alt nuværende materiale nu til UAO og UKYL. - Central intro til y-læger i psykiatri (de fem centrale introduktionsdage i RHP). Der har de y-læger efterlyst, at det i højere grad er rettet mod B&U. De UAO har sendt en mail til Birgitte Dahl Pedersen med en anbefaling om, hvordan fællesintro kan forbedres og at der skal arbejdes på det sammen. Der er et par løsningsmodeller, som skal drøftes. 	
3	Uddannelsesplaner	Laves, bruges og revideres (gerne også forløbsoversigt vedr. H-blokke)	<p>Mål: Introduktionsprogrammet og alle elementer her i skal være klar til de nye y-læger 1. sept. 2019.</p> <p>UAO gennemgår hvad indhold er og hvad der forventes der står i en uddannelsesplan.</p>	1. sept.
4	Vejledning	Vejlederkurser til alle speciallæger der mangler + vejlederforum for alle (special-) læger med vejlederopgaver	<p>Mål: Det skal sikres, at alle har en uddannelsesplan</p> <p>Plan: Alle vejledere skal have et vejlederkursus. UAO sender reminder ud til de nuværende vejleder om at melde sig på vejlederkursus. Når den nye version af vejlederhåndbog er færdig, skal den godkendes af UAO. Når den er godkendt, er det UAOs ansvar at distribuere den i centret. Vejledermøder skal etableres, minimum 1 x pr. semester. Det er nødvendigt at CL forholder sig til tidsrum og tidspunkt ift. faste tider kalender.</p>	UAO UAO UAO
5	Akut/døgnspsykiatrierfaring for I-læger i BUC Hillerød	Arbejdstilrettelæggelse ifm. Uddannelsesforløbene der indeholder opgaver som giver akut/døgnspsykiatrierfaring	<p>Mål: Matrikelbaseret vejledermøder er etableret. Det er de UAO der er ansvarlige for at booke møderne.</p> <p>Plan: Akutkompetencer skal opnås ved fokuseret ophold på et døgnafsnit. Det er op til klinikcheferne. Der skal vælges placering og samtidig undersøges, om de kan arbejde på en anden matrikel end de er ansat i. Jan og Nina og TR drøfter de overenskomstmæssige rammer</p>	UAO UAO UAO+klinikkcheferne
6	Synlighed/tilgængelighed af Forskningsenheden	Gennemgang af formidlende og involverende aktiviteter på alle tre matrikler (gerne understøttet af elektronisk medier/telekonferenceudstyr)	<p>UAO vil drøfte med centres to professorer hvordan man kan give kendskab til centrets forskning. Der er et ønske om, at det på sigt skal struktureres. Mødet bookes af ALO</p>	UAO

P:\BUC\FAGGRUPPER\Læger\UAO

Mål: 1. sept. fremgår en plan for hvordan forskningen kan blive mere synlig

Handlingsplan for Psykiatrien Vest efter inspektorbesøg 11-09-2018

[SST-id INSPBES-00002565]

Prosatekst

Nedenfor er inspektorrapportens prosa tekst samlet i punkter i kursiv og afdelingens handleplan i forhold til punktet beskrives nedenfor i **fed**.

- 1. Mangel på speciallæger er en udfordring for uddannelsesmiljøet i afdelingen. Dette påvirker i den grad supervisionsmuligheder, feedback og daglig undervisning og gør, at dagligdagen og vagter er præget af fokus på drift og problemløsning. Lægernes uddannelse bliver præget af det og det kan være svært at få supervision, og man går meget alene.*

Det er korrekt at speciallægemanglen er en udfordring, som vi dog forsøger at kompensere for på forskellige måder: Straks efter inspektorbesøget i september blev der ansat h-læge i psykiatri med særlig uddannelsesfunktion en dag om ugen, hvor han leverer bedside supervision til AP/KBU læger. Der er rulleskema, således at det bliver retfærdigt fordelt, og alle uddannelsessøgende får glæde af ordningen. Ligeledes blev der i oktober 2018 indført bedside supervision ved klinisk farmakolog hver fredag, med efterfølgende fælles klinisk farmakologisk konference. Der er desuden åbnet op for, at H-læger i BV ikke har almindelig dagsfunktion, men i stedet i dag tiden er tilstede i PAM og superviserer forvagten tæt. Vi har desuden indført supervision af vagtarbejdet fra kl. 18-22.00 ved bagvagt en gang ugentligt, og vil i den nærmeste fremtid øge dette til to gange ugentligt. Vi søger desuden ældre speciallæge til at varetage supervisions funktion i dag tiden som primær funktion. Det er også lykkedes at ansætte 3 nye speciallæger, én med 50% klinisk funktion og to med 100% klinisk funktion i sengeafsnittene. Den førstnævnte er tiltrådt 1. januar de to sidstnævnte starter henholdsvis 1. marts og 1. april 2019. Selvom der desværre også er afgang af speciallæger, forventes dette tilskud af speciallægekræfter alligevel at kunne forbedre den daglige feedback og supervision væsentligt. Der er indført fast rutine ved morgenkonferencen, at det aftales hvilken speciallæge uddannelseslægerne kan søge vejledning hos og på hvilket tidspunkt, således at der også bliver mulighed for fælles samtaler. Ligeledes understøttes det ledelsesmæssigt, at specialpsykolog eller specialpsykolog under uddannelse tager samtaler sammen med uddannelseslægerne. Der er iværksat et udviklingsarbejde med mere formaliseret beskrivelse af dette uddannelsessamarbejde. Der arbejdes desuden på udvikling af en anderledes teamstruktur, der sikrer en gennemgående person til supervision. Udviklingsarbejdet har fokus på arbejdstilrettelæggelsen også i de enkelte afsnit, således at patienternes, uddannelseslægeres og plejepersonalets behov tilgodeses i størst mulig udstrækning.

- 2. Ikke alle reservelæger udarbejder de individuelle uddannelsesplaner og der ønskes en bedre opfølgning herpå.*

Der er et omfattende centraliseret indkaldelses- og rykker system for at få uddannelseslægerne til at levere deres uddannelsesplaner. Da det trods denne indsats fortsat har været vanskeligt, er der i januar 2019 indført månedlige fælles møder med AP-læger (som er den store gruppe af YL) og UAO om deres uddannelsesprogression, herunder om de har fået lavet og indsendt kopi af deres uddannelsesplan. Der har ligeledes i efteråret 2018 været gennemført en række individuelle konsultationer mellem UAO og hovedvejlederne, hvor de relevante

uddannelsesprogrammer og krav til uddannelsesplaner er blevet gennemgået detaljeret. I februar 2019 opsættes tavle i lægernes konferencelokale, hvor specifikke uddannelsesmål og vejledersamtaler for den enkelte uddannelseslæge vil fremgå.

3. *Uddannelsesansvarlig overlæge er i deltids forsker stilling, af reservelægerne opleves som venlig og hjælpsom men lidt usynlig og ikke en del af afdelingens daglige klinik. Der er et ønske om at UAO bliver mere synlig i den kliniske hverdag.*

Da uddannelsesopgaven er omfattende (16-20 uddannelseslæger i afdelingen) vil der pr 1. maj være to afdelingslæger, ansatte i sengeafsnittene, der får uddelegeret dele af UAO opgaverne mhp oplæring ved den siddende UAO, således at de senere på året kan overtage funktionen. Disse speciallæger varetager også efter-vagt morgensupervisionen, med ledende overlæge som bagstopper.

4. *AP-lægerne har ikke oplevet, at deres uddannelsesbehov blev tilgodeset i forhold til ambulansfunktion.*

AP-lægerne har aktuelt en dag om måneden i distriktspsykiatrisk ambulatorium. Der er nu strammet op om, at dagen har uddannelsesmæssigt sigte, og at lægerne i særlig grad skal gå med speciallæger eller andre medarbejdere med specialfunktioner og have opfølgning på egne patienter, således at de får længere patient forløb. Dette bliver nu også tydeligere påpeget for uddannelseslægerne ved introduktionen. Som støtte for at AP-lægernes uddannelse bliver optimeret, har der siden oktober 2018 været en specifik AP-UKYL, som bl.a. har stået for introduktionen til distriktsambulatoriet og organiseringen af klinikker. Således har der siden oktober været to UKYLER i afdelingen. I januar 2019 blev der indført en månedlig undervisningsdag for AP-lægerne med kommunikationsteknikker med live demonstration. Der vil desuden pr. 1. april 2019 ske en yderligere styrkelse af AP-lægernes ambulante uddannelse, i det de vil få 2 uger i ambulansfunktion uden vagt, og derefter en månedlig ambulans opfølgingsdag til at sikre de længerevarende forløb. Sidst men ikke mindst har der siden efteråret været en reservelægevikar, som har varetaget ECT behandling, hvilket uddannelseslægerne så ikke har skullet bruge tid på.

5. *Ligesom ved sidste besøg er der påpeget manglende kontorfaciliteter til yngre læger.*

Et større lokale er under ombygning til reservelægekantor og forventes klart d. 1. marts 2019.

6. *Yngre lægeundervisning foregår skemalagt flere gange ugentligt, dog savnes der en fast speciallæge tilknyttet med henblik på feedback og kvalitets sikring.*

Som nævnt under pkt. 1 og 3 vil der fremover være flere speciallægekræfter tilstede. Undervisningen er flyttet så at den enten ligger om morgenen i direkte forlængelse af morgenkonferencen eller lige efter middag i forlængelse af middagskonferencen. Dette sikrer maximal tilstedeværelse af lægekræfterne.

7. *Forskning opleves som fjern og ikke som en del af reservelægernes dagligdag.*

I december 2018 blev der gennemført en halvdags temadag med præsentation af aktuelle forskningsprojekter i Vest. Desværre foregår den aktuelle psykiatriske forskning i Psykiatrien Vest ikke i sengeafsnit eller i distriktspsykiatrisk ambulatorium, hvorfor uddannelseslægerne ikke

kommer i direkte berøring med det. Fra 1. april 2019 genindføres månedlig artikelgennemgang/nyt fra forskningen, hvor KBU/I/H-læger i psykiatri skal formidle artikler, og alle uddannelseslæger deltager.

Evalueringstabel

I inspektorrapporten var der følgende tabelpunkter, som blev vurderet utilstrækkelige ved både selvevaluering og inspektorbesøg:

- *Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert*
- *Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer*
- *Akademiker - Læring i rollen som akademiker*
- *Undervisning - som afdelingen giver*
- *Læring og kompetencevurdering*
- *Arbejdstilrettelæggelse - tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger*
- *Læringsmiljøet på afdelingen*

Vores handleplan i relation til disse punkter:

I forhold til læring i rollen som *medicinsk ekspert og sundhedsfremmer samt kompetencevurdering* vil indsatserne nævnt under pkt. 1 og pkt. 6, samt vejlederkonsultationerne sikre at læringen kommer op på forventet niveau. Dette understøttes også af det månedlige undervisningsprogram, se vedlagt oversigt.

I forhold til læring i rollen som *akademiker* vil indsatsen nævnt under pkt. 7 bringe niveauet op. Desuden er der aktuelt ansat en uddannelseslæge med deltids-Phd-stilling, og en I-læge med forskningsinteresse starter 1. marts. Når uddannelseslægerne har interesse for forskning vokser udbredelsen. Desuden er indført "et spørgsmål op ad hatten" flere morgener for at stimulere nysgerrighed. Dette varetages af den Phd-studerende.

Mht *undervisning* så er der allerede indført en velfungerende månedlig undervisnings dag, der er ugentlige klinikker, og ugentlige korte undervisningsseancer efter morgenkonference. Derudover er der separat undervisning af AP-læger i kommunikation. Der er tillige strammet op om, at uddannelseslæger skal møde frem til undervisningen. Samlet set vil det bringe undervisning op på et tilstrækkeligt niveau i foråret 2019.

Mht *arbejdstilrettelæggelsen* vil i særlig grad indsats nævnt under pkt. 4. i højere grad tage højde for AP-lægernes uddannelsesbehov. På samme måde vil kommende KBU-læger (vi har ingen aktuelt) ikke gå i nattevagt og de vil få 3 mdr. i ambulant funktion. I- og H-læger i psykiatri får tjeneste jf. deres nyligt reviderede uddannelsesprogrammer. Samlet set forventes det at komme op på tilstrækkeligt niveau inden juni 2019.

Læringsmiljøet på afdelingen forventes at komme op på niveau som følge af den samlede mængde af ovennævnte indsats, det øgede fokus på uddannelse og det at den ledende overlæge træder til, når der mangler speciallæger. Samtidig gennemføres også en arbejdsmiljø indsats i FaYL regi med fyraftensmøder, som også forventes at have positiv effekt på læringsmiljøet.

Inspektorernes forslag til indsatser

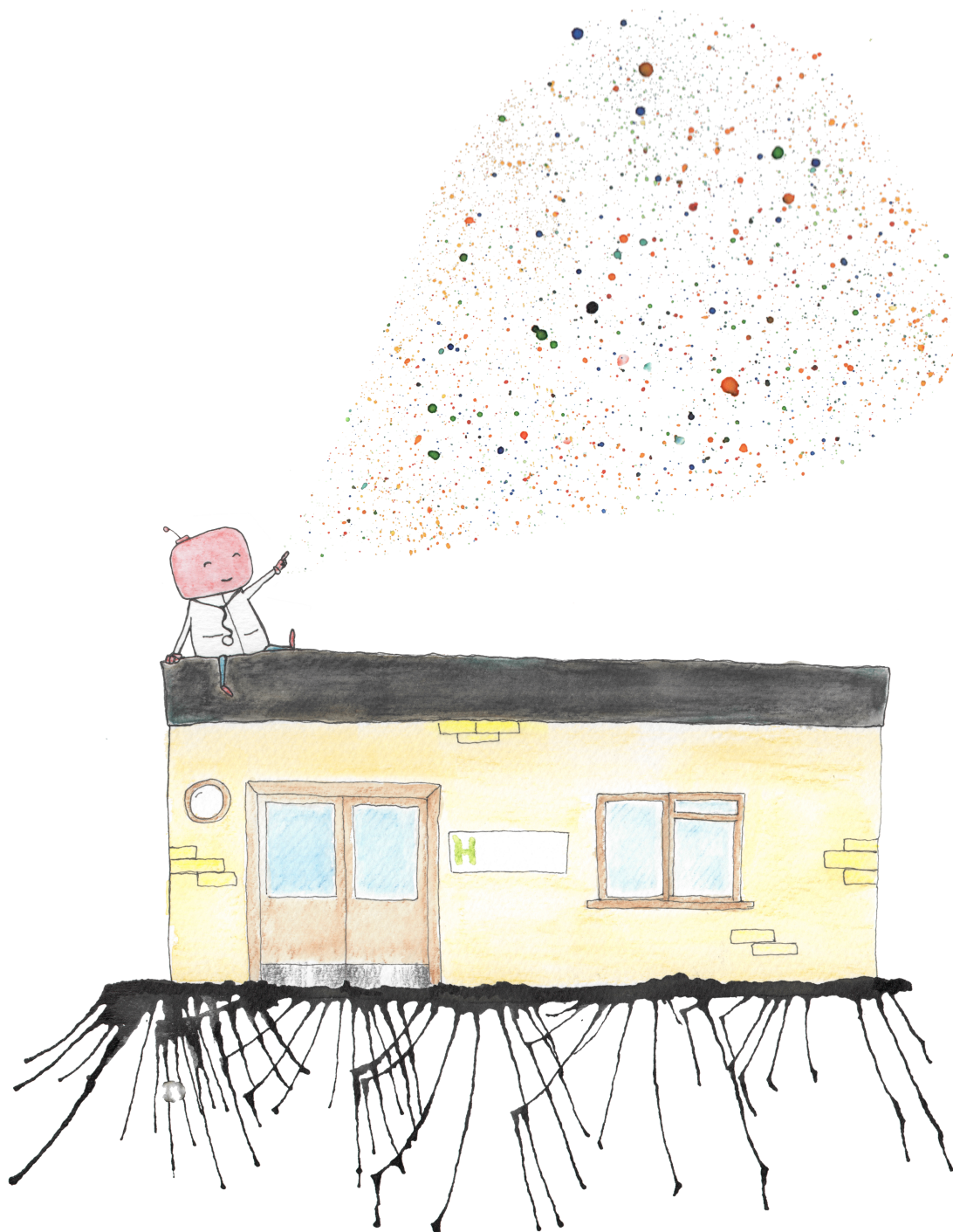
Nedenfor tabel over indsatsområder, som foreslået af inspektorerne, og aktuel status på området

Nr.	Inspektorernes forslag til indsats	Tidshorisont (fra oktober 2018)	Status 30.januar 2019
1	Optimering af supervision/feedback/ bedside undervisning	6 mdr.	Se pkt. 1 ovenfor; aktuelt er der indført flere nye tiltag, men helt optimalt bliver det nok med ansættelse af ny speciallæger. Dvs forventet klaret april 2019.
2	Kontorfaciliteter for yngre læger	Indenfor 3.mdr	Klar 1.marts
3	Synliggøre ledelsen og UAO i dagligdagen	løbende	Ledende overlæge træder til i sengeafsnittene når nødvendigt, og UAO assistenter kommer til pr 1. maj.
4	Faste vejledermøder	6 mdr.	Runde med individuelle konsultationer afholdt efteråret 2018. Ny runde afholdes april 2019. Denne metode benyttes fremfor fællesmøder, da vejlederne har svært ved at møde frem på samme tid.

Konklusion

Der er ovenfor gennemgået en række indsatser, der både handler om arbejdstilrettelæggelse og yderligere tilførsel af speciallægekræfter til uddannelsesformål, som samlet forventes at bringe uddannelsesstandarder i Psykiatrien Vest op på et tilstrækkeligt niveau inden juni 2019.

Ledende overlæge Birgitte Welcher og UAO Sidse Arnfred 8. feb 2019



PIXIBOGEN FOR YNGRE LÆGER

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup 2018

"Always find the poem in every patient"

-William Carlos Williams

Indholdsfortegnelse

<i>Introduktion</i>	3
Psykiatri	4
<i>Velkommen til vagten</i>	5
<i>Triage af den psykiatriske patient</i>	6
<i>Visitering</i>	7
<i>Indlæggelse – B205</i>	8
<i>Arbejdsgang ved indlæggelse</i>	9
<i>Den psykiatriske Journal</i>	10
<i>Diagnoser</i>	12
<i>Selvmondsrisikovurdering</i>	13
<i>Inddragelse af sociale myndigheder</i>	18
<i>Misbrugsbehandling (stoffer og alkohol)</i>	18
<i>Mistanke om overgreb</i>	18
<i>Arbejdsopgaver for socialrådgiveren på B205</i>	20
<i>Underretningen</i>	21
<i>§ 50 undersøgelsen – den børnefaglige undersøgelse</i>	21
<i>Henvisninger</i>	22
<i>Krisesamtalen</i>	24
<i>Tvangsforanstaltninger</i>	26
<i>Tvangssituationer</i>	31
<i>Deeskalering i psykiatrien (bilag)</i>	34
Somatik	44
<i>Akuttasken</i>	45
<i>Hjertestarter (defibrillator)</i>	49
<i>EKG-apparat</i>	49
<i>Avanceret genoplivning af børn (Dansk Råd for Genoplivning)</i>	50
<i>Avanceret genoplivning af unge/voksne (Dansk Råd for Genoplivning)</i>	51
<i>Blodprøver</i>	52
<i>Urin-drugtest</i>	52
<i>Sjældne somatiske differentialdiagnoser ved psykiatriske symptomer hos børn og unge</i>	53
<i>Guide til den neurologiske undersøgelse af børn - Dansk Neuropædiatrisk Selskab (bilag)</i>	55
<i>Somatiske komplikationer hos patienter med spiseforstyrrelse</i>	63
<i>Selvskade</i>	64
<i>Akutte bivirkninger til medicinsk behandling</i>	66
<i>Narkotiske stoffer og akutte rusmiddeltoksider</i>	68
<i>Abstinenser og monitoring</i>	69
Uddannelse m.m.	70
<i>Uddannelsesansvarlige overlæge (UAO)</i>	71
<i>Hovedvejlederen</i>	71
<i>Speciallægeuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri</i>	72
<i>Uddannelsesplaner og kompetencekort</i>	72
<i>Psykoterapeutisk grunduddannelse</i>	73
<i>Uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL)</i>	75
<i>Tillidsrepræsentant (TR)</i>	75
<i>Arbejds miljørepræsentant (AMR)</i>	76
<i>Vagtplanlægger (yngre læge)</i>	77
<i>Vagtplanlægger (sekretær)</i>	79
<i>Faste møder/undervisning/supervision</i>	82
<i>Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)</i>	84
<i>Foreningen af yngre psykiatere</i>	84
<i>Kollegiale råd fra tidligere introlæger</i>	85

Introduktion

Mange nye læger oplever vanskeligheder med at skabe overblik over VIP-dokumenter, de hyppigste problemstillinger i vagtarbejdet og de mange praktiske informationer man bliver bombarderet som ny.

Målet med Pixibogen er at afhjælpe dette. Den skal ikke ses som en erstatning for nuværende vejledninger, men tværtimod som en guide til at sikre, at de relevante instrukser bliver anvendt. Dels ved at referere korte uddrag fra og henvise til disse. På de områder, hvor der ikke findes officielle instrukser, har jeg forsøgt at referere til andre relevante kilder samt at samle de mest gængse informationer vedrørende uddannelsen og dagligdagen på BUC Glostrup.

En stor tak til alle, der har bidraget!

Tanken er at Pixibogen skal opdateres mindst en gang årligt af UKYL og UAO. Du er derfor meget velkommen til at skrive til din UKYL, hvis du har forslag til tilføjelser eller ændringer.

De bedste hilsner

Lasse Elager Sørensen

UKYL Glostrup 2018

Psykiatri



Velkommen til vagten

- Vagtholdet består af en læge i forvagt (FV) og en bagvagt (BV). I aftenvagten (kl. 15.00 – 22.00) vil der desuden enten være en lægevikar/medicinstuderende, specialpsykolog under uddannelse eller en yngre læger under oplæring til stede, som kan assistere FV med arbejdet i akutmodtagelsen.
- Dagvagten er fra kl 8.30 – 15.30 og aften/nattevagten er fra kl 15.00 - 9.00.
- Der er vagtoverlevering/supervision dagligt fra kl. 8.30 til kl. 9.00 i samtalelokalet i Psykiatrisk Akutmodtagelse. Om eftermiddagen er der vagtoverlevering mellem kl 15:00 og kl. 15:30 i vagtværelset.
- På akutafsnittet B205 er der alle dage morgenkonference kl. 9 for hele personalegruppen med gennemgang af indlagte patienter. På hverdage er der opfølgende middagskonference kl. 13. Er der ingen patienter ventende i modtagelsen er FV altid velkommen til at deltage i middagskonferencen.

Forvagtens arbejde omfatter det akutte lægearbejde på BUC Glostrup:

- Varetage akutte henvendelser i Psykiatrisk Akutmodtagelse af patienter mellem 0 og 17 år, og ved behov indlægge på B205.
- Varetage akutte opgaver på alle BUC Glostrups sengeafsnit i aften-/nattetimer, weekend og helligdage.
- Varetage stuegang på B205 og B204 i weekenderne samt på B201, B203, B206, hvis det kan lade sig gøre uden at lade patienter vente i akutmodtagelsen.

Bagvagten

- Er i dagtid overlægen på akutafsnittet. I aften/nattevagten er det en BUP-speciallæge med telefonvagt, der dækker BUC i hele regionen. Denne har mulighed for fremmøde i særlige tilfælde.
- Er tilstede mellem kl. 8.30 – 12.30 i weekend/helligdage og varetager **gennemgange** på B205. Hvis bagvagten efter orientering fra forvagten vurderer behov for det, tilses ligeledes udvalgte patienter på døgnafsnittene.
- Går tilsyn på somatiske afdelinger og varetager evt. dobbeltindlæggelser.
- Varetager ved behov telefonisk rådgivning til bagvagter i andre lægelige specialer.

Se venligst referencer:

- *VIP – Vagtinstruks på børne- og ungdomspsykiatrisk center, afdeling Glostrup*
- *VIP – Bagvagt BUC, instruks vedrørende bagvagt uden for dagtiden på hverdage*

Akutrullet

I foråret 2017 indførte man en akutrulsordning for nye læger på BUC Glostrup. Således bliver de fleste nye yngre læger, som udgangspunkt, tilknyttet akutrullet de første 4 måneder af deres uddannelse.

Målet med Akutrullet er at skabe en mere kontinuerlig og grundig oplæring i vagtarbejdet samt at reducere antallet af vagter for de øvrige læger. De øvrige læger har således færre afbrydelser og mere kontinuerlige patientforløb i deres respektive ambulatorier/afsnit.

- Der er som udgangspunkt 4 yngre læger i akutrullet af gangen.
- Den primære funktion for Akutruls-lægen er forvagsarbejde og stuegang på Akutafsnittet.
- Akutrullet dækker primært dagvagter og aften/nattevagter i hverdage.
- Resten af vagtholdet dækker primært weekenderne og helligdage (ved behov også hverdage).
- Det kan i perioder med ledige stillinger eller i ferier være nødvendigt at ophæve denne struktur.

Triage af den psykiatriske patient

Triagesygeplejersken i modtagelsen vurderer patientens tilstand ud fra psykiatriske symptomer og somatiske vitale parametre. Efter at sygeplejersken har haft indledende samtale med patienten, kontakter vedkommende forvagten og informerer om patienten.

- **RØDT forløb**

Patienter i livsfare, patienter der tvangsindlægges på fareindikation "røde papirer", retspsykiatriske patienter, patienter med meget alvorlig psykiatrisk og/eller somatisk helbredsforstyrrelse, patienter der vurderes at kunne være stærkt udadreagerende. (*Skal tilses af læge straks*).

- **ORANGE forløb**

Patienter med sandsynlig risiko for skade på sig selv eller andre, patienter der tvangsindlægges på behandlingsindikation "gule papirer", patienter med alvorlig psykiatrisk og/eller somatisk helbredsforstyrrelse.

- **GULT forløb**

Patienter der udviser moderat fare for sig selv eller andre. Patienter der er psykiatrisk og/eller somatisk påvirket.

- **GRØNT forløb**

Patienter der ikke udviser fare for sig selv eller andre, patienter med kendt psykiatrisk patientforløb der muligvis har et hastende problem, patienter der allerede har tilbud om opfølgning, patienter med ingen/få somatiske problemstillinger.

- **BLÅT forløb**

Patienter der ikke udviser fare for sig selv eller andre, patienter der ikke er akut oprevet eller ikke fremviser adfærdsmæssige forstyrrelser, patienter med ingen/få psykiatriske symptomer, patienter der ikke frembyder somatiske symptomer.

Se venligst reference:

- *VIP – Triage af den akutte patient i psykiatrien*

Visitering

Er der tale om en psykiatrisk problemstilling eller ej?

✓ **JA** – stillingtagen til mindst indgribende effektive tilbud:

- **Akut**
 - Indlæggelse på B205
- **Subakut**
 - Akutteam (alternativ til indlæggelse eller hvor patienten ikke kan vente 4-6 uger på ambulante tilbud)
- **Elektiv (HUSK at henvisninger skal være godkendt af BV)**
 - Klinik for Selvmordsforebyggelse - skadenotatet sendes som henvisning til CVI
 - Ambulant udredning/behandling eller elektiv indlæggelse – skadenotatet sendes som henvisning til CVI
 - Henvisning til primærsektoren (egen læge, kommunen, PPR-Pædagogisk Psykologisk Rådgivning), hvis der er tale om:
 - **Lettere angst og depressionstilstande**
 - **ADHD** – bør som udgangspunkt henvises via PPR og der bør så vidt muligt foreligge en kognitiv testning/vurdering med henvisningen
 - **Spiseforstyrrelse grad 1** (se VIP – spiseforstyrrelse, visitation af børn og unge)

❖ **NEJ** – stillingtagen til om der er behov for opfølgning i primærsektoren eller anden afdeling:

- Social problemstilling
 - Akut - telefonisk kontakt til den vagthavende socialrådgiver (I Kbh kaldt den Sociale døgnvagt)
 - *se kapitlet "Inddragelse af de sociale myndigheder"*
 - Ikke akut - underretning
- Somatisk problemstilling
 - Akut – indlæggelse på somatisk afdeling
 - Ikke akut - egen læge

Særligt ved samtaler med børn/unge og de pårørende

Arbejdet i den psykiatriske skadestue indebærer en høj grad af inddragelse af forældre og andre pårørende.

Afhængigt af patientens alder og øvrige omstændigheder, kan det ofte være fornuftigt at holde adskilte samtaler med hhv. patienten, pårørende og afslutningsvis en samlet.

Det er i forbindelse med samtalen vigtigt med:

- Italesættelse af vanskeligheder herunder selvmordstanker
- Italesættelse af patientens/familiens forestillinger, bekymringer og forventninger

Mange pårørende har desuden brug for råd og vejledning i forhold til:

- Støtte til affektregulering
- Støtte til bedre kommunikation
- Støtte til håndtering af konflikter
- Støtte i forbindelse med krav
- Støtte til bedre søvn
 - *Se fx Patienthåndbogen – Gode råd til bedre søvn*

Referencer: Overlæge Charlotte Greisen og overlæge Ann Sofie Gleesen.

Indlæggelse – B205

- Husk at en indlæggelse på B205 altid først skal godkendes af bagvagten. Der er indikationen for akut indlæggelse ved:
 1. **Akut øget suicidalrisiko**
 - *Se VIP – Selvmordsrisiko, vurdering af, hos voksne samt børn/unge over 10 år i psykiatrien*
 2. **Svære affektiltstande**
 - *Se VIP – Akut agiterede børn og unge, behandling af*
 - Ved indlæggelse af en patient i affekt, kan det være en fordel at tilbyde patienten beroligende medicin i modtagelsen, inden I går over på afsnittet.
 3. **Svær psykotisk tilstand**
 - *Se VIP – Akut agiterede børn og unge, behandling af*
 - OBS patienter med stofudløste psykoser kan indlægges såfremt de ikke er forgiftede og af den årsag har behov for medicinsk monitorering og behandling. Patienter med forgiftninger skal være færdigbehandlet somatisk før indlæggelse på akutafsnittet - *Se kapitlet "Narkotiske stoffer og akutte rusmiddeltoksidromer"*.
 4. **Mani**
 - *Se VIP – Bipolar lidelse og enkeltstående mani hos voksne, børn og unge – medicinsk behandling (RADS).*
 5. **Svær forpintethed af depression, OCD eller anden psykiatrisk tilstand**
 6. Patienter med **anoreksi** indlægges som udgangspunkt kun ved akut øget suicidalrisiko, svær depression, psykose eller svær affektiltstand. De henvises i stedet til BUC Bispebjerg, der har højt specialiseret enhed for spiseforstyrrelser, med henblik på behandling af spiseforstyrrelsen eller pædiatrisk afdeling (Herlev) med henblik på behandling af somatisk tilstand.
 7. Børn og unge med **svær mental retardering** eller børn og unge med **svær autisme** og unge indlægges kun, såfremt andre løsninger ikke hensigtsmæssigt kan lade sig gøre. Disse børn og unge stresses uhensigtsmæssigt af at skulle være indlagt sammen med psykotiske og affektprægede unge.
 - Børn og unge under 15 år kan enten indlægges frivilligt eller på forældrenes beslutning i henhold til **Forældreansvarsloven** (i særlige tilfælde kan børn og unge under 15 år også tvangsindlægges i henhold til *Psykiatriloven*). Personalet kan ikke bruge fysisk tvang i forbindelse med indlæggelse af de sidstnævnte, enten skal forældrene (*Forældreansvarsloven*) eller politiet om nødvendigt føre barnet ind på afsnittet.
 - Vurderes det, at patienten er sindssyg eller i en tilstand ganske svarende dertil, kan tvangsindlæggelse i henhold til *Psykiatriloven* komme på tale. Voksenpsykiaterne på Psykiatrisk Center Glostrup kan være behjælpelige med vurdering. Læger ansat på BUC, kan aldrig tvangsindlægge på eget center; men kan godt skrive tvangsindlæggelsepapirer på voksenpsykiatriske patienter - *Se kapitlet "Tvangsforanstaltninger"*
 - Retspsykiatriske patienter indlægges på retspsykiatrisk afsnit B204 efter aftale med overlæge/bagvagt.
 - Ved mistanke om somatisk tilstand kontaktes pædiatrisk vagthavende Herlev (Herlev Hospital tlf:3868 3868). I ikke akutte tilfælde henvises til pædiatrisk afdeling svarende til patientens hjemkommune eller egen læge.
 - **Ved kritisk somatisk tilstand ringes 112** og patienten køres til nærmeste somatiske akutmodtagelse. Akut livsreddende behandling opstartes (akuttasker og hjertestarter findes i modtagelsen) *Se kapitlet "Akuttasken"*
 - Kontakt **Giftlinien: 82 12 12 12** ved mistanke om forgiftning af medicin, stoffer eller andet.
 - Flygtninge håndteres på lige fod med andre patienter. OBS husk vurdering af MRSA/tuberkulose smitterisiko og evt. behov for isolation ved indlæggelse. *Se nedenstående VIP-referencer vedrørende MRSA og Isolation.*
 - **Se venligst reference: VIP - Vagtinstruks på børne- og ungdomspsykiatrisk center, afdeling Glostrup**

Arbejdsgang ved indlæggelse

- Kontakt BV for godkendelse af indlæggelsen og informer derefter patienten/pårørende.
- FV melder herefter patienten til ansvarshavende sygeplejerske på B205 og informerer om nedenstående:
 - Patientens navn og CPR.nr.
 - Konkret årsag til indlæggelse
 - Hvad er patienten kendt med
 - Får patienten fast medicin, eller har patienten fået medicin i skadestuen
 - Scorer patienten på BVC
 - Patientens suicidalrisikoniveau
 - Patientens observationsniveau
 - Visitation: Almen (minus snører, ledninger, skarpe genstande) eller skærpet visitation
 - Hvorvidt pårørende medindlægges? (primært unge under 15 år)
 - CAVE
 - Samtykkeerklæring udfyldt
 - **HUSK Best.ord. på indlæggelse inden patienten føres til visitationen (se nedenstående).**
- Der aftales mødetidspunkt ved visitationsrummet.
- FV følger patienten (evt. pårørende) over og personalet fra B205 foretager visitation af patienten.
- Herefter følges I sammen ind på B205, hvor patienten for anvist sit værelse.
- Der foretages herefter somatisk undersøgelse (det er ofte en god ide, at bede kontaktpersonen om at være til stede imens den somatiske undersøgelse foretages, især hvis patienten er ukendt. Dels for at beskytte FV imod evt. udadreagerende adfærd eller imod evt. klager – især hvis det er en mandlig læge og en kvindelig patient).
- MRSA: Ved mistanke om MRSA-smitte følges gældende retningslinjer. Sygeplejerske eller læge poder patienten. *Se venligst:*
 - *VIP – Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA): Hos indlagte patienter og patienter, der skal have foretaget dagkirurgi*
 - *VIP – Isolation, hvilke patienter skal isoleres og hvordan?*

HUSK info til patienter og pårørende om indlæggelsesforløbet, inden indlæggelsen

- Forventningsafstem – de fleste indlæggelser på B205 er korte (ofte få dage). Det vil der blive lagt plan for ved gennemgang følgende dag.
- Forbered patienten på visitering af ejendele, herunder at nogle ejendele opbevares i sikret rum. Informér om fratagelse af ledninger, snører og skarpe genstande, som minimum de første 24 timer. Hvis andet besluttet skal dette gøres på forhånd, og personalet informeres om det ved melding af patient.
- Informér om at indlæggelsen er på et lukket afsnit med låste døre og om de er tvangstilbageholdte eller ej. At de som udgangspunkt ikke har udgang indtil næste lægesamtale.
- Informér om, at personalet på B205 vil hjælpe patient/pårørende til rette i afsnittet.

Kort info om akutafsnittets funktion

- Psykiatrisk akutafsnit B205 er for børn og unge til og med 17 år.
- Formål: Korte stabiliserende indlæggelser med vurdering af behov for evt. opfølgning eller overflytning til andet sengeafsnit.
- Behandling er her oftest stabilisering, observationer, affektregulering, søvnregulering og skærmning.
- Der kan være uro i afsnittet indimellem, men personalet er omkring.

Reference: Afdelingssygeplejerske Line Clausen B205

Den psykiatriske Journal

Se venligst:

- VIP – Journalføringskabeloner for Børne- og ungdomspsykiatrisk center
- VIP – Risikovurdering for vold og aggressioner (BVC)
- VIP – Observationsniveauer
- VIP – Lægelig vurdering og journalføring

Best.ord. i forbindelse med indlæggelsen

- Indlæg patient i sengeafsnit
- Observationsniveau (oftest 15/30)
- Suicidale forholdsregler (fx minus snører, ledninger og skarpe genstande)
- Udgang (fx ingen udgang før gennemgang, udgang til haven med følge)
- Relevant medicin – FMK

Arbejdsopgaver ved indlæggelse på B205 (bilag)

Miljøpersonale:	Indlæggende læge
<p>Før den unge ankommer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Udfylde meldeseddel (Ansvarshavende)• Informere alle miljøpersonaler om at der kommer en ny indlæggelse (Ansvarshavende)• Uddelegere hvem der modtager – 2 personaler. (Ansvarshavende).• Informere B204 om at vi bruger modtagerummet.• Check at stuen er klar (Bamse og kugledyne).• Gør velkomst materiale klar både til den unge og forældre.	<p>Før den unge overflyttes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lav BEST/ORD på indlæggelse B205• Samtykke erklæring udfyldes før overflytning• Ring til B205 og informer om patienten.• BEST/ORD på: Observationsniveau, udgang, forholdsregler suicidal.• Følg patienten over. <p>Følgende dokumentation skal være udfyldt i vurderingsskemaer før overflytning. Brug indlæggelsesnavigator:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cave• MRSA• Socialt• AOP notat• Behandlingsplan• Suicidalrisikovurd.• Vaccinationer (hvis relevant)• Historik (hvis det der giver mening i indlæggelses- situationen)• Somatisk undersøgelse (hvis muligt)• Udvikling (hvis relevant)• FMK
<p>I afsnittet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vis rundt i afsnittet• Udlever velkomst materiale• Gennemgå Mobiltelefoni, rygning, gæster, forældre på B205 (Mad og hvor man må være).• Spisetider• Gennemgang næste dag – hvordan foregår det. Mellem kl. 10 – kl. 12• Forældre kan altid ringe – udlever visitkort.• Ejendele registreres i SP (Evt. foto).	

<p>Indlæggelsesnavigator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ID & Henvendelse: Patientidentifikation (Identifikation, armbånd, signalement, foto-ID (tages med rover), årsag: Frivillig – tilføj evt. omstændigheder) • Personoplysninger: Sikre at kontaktoplysninger er korrekte. • Historik; KRAM faktorer 	
---	--

<p>Før Gennemgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Værdier/Højde og vægt. → Miljøpersonale • Påkrævet dokumentation; det der kan laves i forhold til den unges tilstand og situation. <p>Ved Gennemgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udlever behandlingsplan → <i>Behandler</i> • Ernæringssscreening → <i>Behandler</i> • Somatisk undersøgelse hvis denne mangler → <i>Behandler</i> • Gennemgå Husorden og gensidige forventninger → Miljøpersonale • Kort snak om startegier og Kriseplan → <i>Behandler/Miljøpersonale</i> • Snak med forældre om hvordan man er medindlagt her på B205; Forældreområde, orlov – hvad er det?, Spisning; hvordan er man i miljøet, forældreområde → <i>Behandler og Miljøpersonale</i> <p>Efter Gennemgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandler</i> og kontaktperson aftaler hvad vi observerer for.
--

Miljøpersonale	Behandler
<p>Efter gennemgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientplan → Miljøpersonale <i>Skal forlægge indenfor 24 timer.</i> Skal indeholde plan, hvad der observeres for og hvor det dokumenteres (vurderingsskemaer). Evalueringsdato. • Udfyld resten af den påkrævede dokumentation • Andre vurderingsskemaer • Opdater BEST/ORD; Udgang, obs. Niveau • Vurd. skema forhåndstilkendegivelse 	<p>Efter gennemgang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suicidalrisiko i vurderingsskema • Udfyld det der mangler i indlæggelses-navigator.

Reference: speciale-sygeplejerske Trine Birk Andersen, B205

Diagnoser

Det har stor betydning for patienten, hvilken diagnose, der gives på skadesedler og i journaler. Disse papirer tilgår ofte patienten selv og sendes hyppigt til fx offentlige myndigheder. Det er derfor vigtigt, at patienten ikke fejlagtigt tildeles en alvorlig sindslidelse eller en stigmatiserende personlighedsvurdering.

De hyppigste diagnoser givet i akutmodtagelsen til børn og unge, der ikke i forvejen er udredt er:

Belastningsreaktioner

- F43.2 Tilpasningsreaktion
- F43.9 Belastningsreaktion UNS

De uspecificerede diagnoser

- F98.9 Adfærdsmæssig eller emotionel forstyrrelse i barndom og adolescens UNS
- F99 Psykisk lidelse eller forstyrrelse UNS

Z-diagnoser

De med * mærket Z-diagnoser (ICD-10 diagnosebogen s. 219) kan anvendes som aktionsdiagnose, hvis der ikke er nogen relevant F-diagnose, fx når patienten ikke med sikkerhed har behandlingskrævende psykisk lidelse:

- Z00.4 Psykiatrisk undersøgelse ikke klassificeret andet sted
- Z03.9 Observation ved mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse UNS
- Z71.9 Rådgivning UNS

Hvis pårørende henvender sig med henblik på råd og vejledning kan fx gives:

- Z71.0 Rådgivning vedrørende anden person

X-diagnoser (selvmordsforsøg)

Ved kontakt i psykiatrisk skadestue efter et selvmordsforsøg kan X-diagnoserne (ICD-10 diagnosebogen s. 214) anvendes som bi-diagnose til at beskrive selvmordsforsøget. Hyppigst anvendt er:

- X60.10 Selvmordsforsøg med non-opioide analgetika før kontakt (*fx ved paracetamolforgiftning*)
- X64.10 Selvmordsforsøg med andet ikke specificeret lægemiddel/biologisk stof før kontakt
- X70.10 Selvmordsforsøg ved hængning, strangulation eller kvælning før kontakt
- X78.10 Selvmordsforsøg med skarpe genstande før kontakt
- X80.10 Selvmordsforsøg ved udspring fra højt sted før kontakt
- X82.10 Selvmordsforsøg ved kollision med motorkøretøj før kontakt

HUSK

- FV skal huske at markere en **A-diagnose** i SP (gøres dette ikke får du en besked fra sekretæren i din Inbasket)
- Er patienten gået uden behandling skal FV stadig registrere en diagnose:
 - DZ766 Kontakt afbrudt af patienten

Info til patient og pårørende

- Ved behov kan du informere patienten og pårørende om, at de kan søge mere viden om diverse psykiatriske lidelser via:
 - www.patienthaendbogen.dk – fx Selvmordsforsøg hos børn og unge, til forældre
 - www.psykiatrifonden.dk

Reference: Lægeseekretær Nesreen Abdul-Wahab

Selvordsrisikovurdering

Se venligst:

- *VIP – Selvordsrisiko, vurdering af, hos voksne samt børn/unge over 10 år i psykiatrien*
- *SST – Vurdering og visitation af selvmordstruede, rådgivning til sundhedspersonale, 2007*
- *Nedenstående bilag vedrørende: Selvordsrisikovurdering i 4 trin og Selvordsforebyggende Kriseplan*

REGION

**Region
Hovedstaden
Psykiatri**

Bilag til tværregional vejledning:
Selvordsrisiko- vurdering af, hos voksne samt børn/unge
over 10 år i psykiatrien
Flashcard

REGION

Bilag 5

Bilaget er kun gældende for Region Hovedstadens Psykiatri

Selvordsrisikovurdering i 4 trin

Fremgangsmåde:

Identifikation og vurdering af selvordsrisiko er en faglig vurdering, der er baseret på:

- **Anamnese**
- **Psykopatologi**

Dette afdækkes ved nedenstående 4 punkter.

1. Undersøge for selvmordsadfærd

- Har patienten tidligere foretaget selvmordsforsøg? Er det fornyligt?
- Har patienten aktuelle selvmordstanker?
Er svaret på ovenstående negativt springes til punkt 2
- Har patienten aktuelle selvmordsplaner?
- Har patienten tanker om, at livet ikke er værd at leve (passive dødstanker)?
- Kan patienten på troværdig vis tage afstand fra selvmordsimpulser?

Ovenstående områder kan afdækkes ved:

- **Handlinger:** Tidligere forsøg, fortryder overlevelse, foranstaltninger mod opdagelse, forberedelse af forsøg (finde piller frem, binde løkke, afskedsbrev, testamente, slette filer), selv-skade
- **Tanker:** Frekvens, intensitet, varighed (i de sidste døgn, sidste måned, længste periode, dødsønske)
- **Planer:** Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed til midler og disses farlighed, forberedende handlinger
- **Hensigt:** I hvilket omfang forventer patienten at gennemføre planen og mener, at planen er dødelig
- **Udforsk ambivalens:** Grunde til at leve/dø, spørge pårørende om dokumentation for selvmordsadfærd og ændring af humør, adfærd og belastninger
- **Passive dødstanker:** Patienten udtrykker f. eks. "det gjorde ikke noget, at jeg kom ud for en ulykke" eller at "jeg ikke vågner op i morgen"

2. Aktuel Klinisk tilstand

- Fremtræder patienten forpint, præget af sortsyn, håbløshed, desperation eller agitation?
- Er patienten ude af stand til at angive grunde til at leve?
- Er patienten impulsiv?
- Har de pårørende givet udtryk for bekymring for, at patienten er selvmordstruet?

Svarer patienten negativt på alle ovenstående spørgsmål springes frem til punkt 5.

3. Risikofaktorer

Har patienten

- Lidt et nyligt tab (f.eks. en skilsmisse, mistet kæreste eller venner, dødsfald, mistet sit arbejde, fået konstateret alvorlig sygdom, smerter, funktionstab)
- Været udsat for andre væsentlige belastninger, herunder traumatisering
- Væsentlig ændring i psykisk tilstand
- Fornylig diagnosticeret med psykiatrisk sygdom

Eksempler på yderligere risikofaktorer: (risikofaktorer forstærker hinanden)

- **Psykiatriske lidelser** (tidligere/aktuelle): Tidligere selvmordsforsøg, depressioner, psykotiske lidelser, ADHD, PTSD, personlighedsforstyrrelser, adfærdsforstyrrelser m. fl.
- **Særlige symptomer:** Tomhedsfølelse, angst, søvnforstyrrelser, affektforvaltningsvanskeligheder
- **Misbrug:** Alkohol, stoffer
- **Familieforhold:** Belastninger i familien (f.eks. konflikter, alvorlig sygdom, misbrug, dispositioner til selvmordsadfærd, socioøkonomisk status)
- **Ændring i sociale forhold:** Skilsmisse/afsluttet forhold, mistet bolig, mistet arbejde
- **Køn, alder og civilstatus:** Ældre mænd, yngre kvinder, enlig status
- **Pludselig opstået stress:** Faktorer som medfører ydmygelse, skam (f.eks. brud på relation, overgreb, social isolation, mobning)
- **Behandlingsændring:** Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, væsentlige ændringer i behandling

4. Beskyttende faktorer

- Er patienten i stand til at angive positive grunde til at leve og/eller har patienten frygt for at dø (lidelse/smerter)?
- **Relationer:** Ansvar for andre. Gode relationer til forældre, partner, anden tæt familie, venner. God social støtte
- **Mestringsstrategier:** Evne til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd, tro på egen evne til at kunne løse problemer, generel tro på livet (evt. religion)
- **Omgivelser:** Beskyttende foranstaltninger, åben/lukket afdeling, skærmning, fast

vagt, pårørende og venner, hensyn til/ ansvar for andre (børn/familie/andre pårørende/dyr)

5. Bestem risikoniveau og risikohåndtering:

På baggrund af ovenstående 4 punkter foretages en klinisk vurdering af selvmordsrisikoniveau. Personen, der foretager vurderingen, skal være opmærksom på egne eller andres fornemmelser i forhold til risiko for selvmord, selv om patienten er benægtende. Hvis der stadig er tvivl rådføres med en kollega.

Risikoniveau	Obligatorisk intervention	Mulig intervention	Suicidalitet
Ingen øget selvmordsrisiko	Har patienten i det aktuelle behandlingsforløb tidligere været vurderet i øget selvmordsrisiko og akut øget selvmordsrisiko skal der laves kriseplan i forbindelse med udskrivelsen. Link til app: Minplan	Inddrag pårørende. Løs akutte problemer. Indgiv håb. Henvi til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse henholdsvis for voksne eller for børn og unge (under 18 år). Kopi af skadesjournal til egen læge/behandler. Underretning. Udarbejd kriseplan (se bilag 2, Kriseplan)	Der <i>kan</i> være selvmordstanker, men ingen planer eller intentioner
Øget selvmordsrisiko	Der skal udarbejdes kriseplan.	Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse. Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.	Selvmordstanker med evt. konkrete selvmordsplaner, men ingen selvmordsadfærd
Akut øget selvmordsrisiko	Der skal udarbejdes kriseplan.	Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse. Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærke intentioner eller selvmordsadfærd

Herefter skal der iværksættes interventioner..

En læge/specialpsykolog eller overlæge inddrages, når der er usikkerhed i forhold til vurdering og opfølgning.

Dokumenter og journaliser konklusion:

Nedenstående punkter resumeres og konklusion dokumenteres enkeltvis i stikordsform med overskriften: **Selvmondsrisikovurdering**

Punkt 1, 2 og 5 dokumenteres altid, punkt 3 og 4 dokumenteres, hvis der er positive besvarelser under punkt 1 og 2.

1. Undersøg for selvmordsadfærd
2. Aktuel klinisk tilstand
3. Risikofaktorer
4. Beskyttende faktorer
5. Bestem risikoniveau og anbefal handlingsplan

Patienter på udgang/orlov og udskrivning:

I forbindelse med orlov/udgang og udskrivning følges fremgangsmåde i vejledningen: Selvmordsrisiko – vurdering af

Ambulante patienter:

Ved opstart af ambulante behandling skal der foretages vurdering af risiko for selvmord. Vurderingen skal foretages ved første samtale med patienten. Herefter skal der som minimum foretages vurdering af risiko for selvmord ved revidering af behandlingsplan, ved ændring i patientens tilstand samt ved afslutning af forløbet.

Bilag 2, Eksempel på selvmordsforebyggelse inkl. kriseplan

Kriseplan

Formålet med en kriseplan (også kaldet et krisekort) er at tydeliggøre og konkretisere alternative handlemuligheder i forhold til suicidal adfærd. Hermed øges sandsynligheden for, at patienten i en krisesituation handler hensigtsmæssigt.

En kriseplan er en konkret og nedskrevet plan over patientens handlemuligheder i tilfælde af forværring af den psykiske tilstand. En sådan plan er typisk inddelt i tre dele:

1. Afledende/beroligende aktiviteter
2. Kontakt til netværk
3. Kontakt til relevante telefonrådgivninger og behandlingssystemet

Kriseplanen er tidsbegrænset og tilpasset patientens aktuelle situation. Det tilstræbes, at kriseplanen indeholder alle tre nævnte dele, men i situationer, hvor dette ikke er muligt, bør kriseplanen som et minimum indeholde telefonnumre til personer i patientens netværk, relevante telefonlinjer og den psykiatriske akutmodtagelse og/eller lægevagten.

Det er hensigten, at patienten følger kriseplanen i dens hierarkiske opbygning. Patienten skal således i en krisesituation følge kortet fra top til bund – altså først gennemføre handling nr. 1; hvis det ikke virker gennemføres handling nr. 2 og så fremdeles. Hensigten og formålet med den hierarkiske opbygning bør kommunikerer til patienten, og man bør samtidig opfordre til, at denne fremgangsmåde om muligt følges. For at gøre kriseplanen overskuelig og nem for pt., vil det ofte være hensigtsmæssigt, at den første del vedr. afledende og beroligende aktiviteter ikke overstiger 5 forslag.

Eksempel på kriseplan:

Et eksempel på en kriseplan fra Kompetencecentret for Selvmordsforebyggelse.

I tilfælde af, at jeg igen overvældes af selvmordstanker, kan jeg:

1. Høre min yndlingsmusik
2. Løbe en tur
3. Købe ind til god mad
4. Ringe til min mor, Tlf.: xx xx xx xx
5. Ringe til
 - Livslinien, Tlf.: 70 201 201 (alle dage 11-23) ELLER
 - Kompetencecenter for selvmordsforebyggelse, Tlf.: 38 64 18 00 (man - fredag 8-15) ELLER
 - Psykiatrisk Akutmodtagelse
 - Andre eksempler på afledende og beroligende aktiviteter kan være: afslapning (tage et bad eller en lur), afledning (f.eks. se tv, strikke, sy, surfe på internet, gå på museum, tegne eller male) og beroligende (f.eks. tage beroligende medicin, tænke: "jeg har prøvet det før, det går over igen").

Inddragelse af sociale myndigheder

- Ved behov inddrages de sociale myndigheder, fx hvis et barn eller en familie er i krise eller i belastede forhold, men hvor der ikke er tale om en akut psykiatrisk tilstand. Alle kommuner har en vagt, der skal tage sig af akutte sociale situationer udenfor rådhusets åbningstider. De sociale myndigheder - afhængigt af patientens hjemkommune - kan kontaktes via:
 - **Vestegnens politi: 43 86 14 48** (oplys vagttelefonnummer og anmod om at den vagthavende socialrådgiver ringer tilbage til dig).
 - **Københavns kommune - Den Sociale Døgnvagt: 33 17 33 33**
 - **Nordsjællands politi: 49 27 14 48**
- Ved kontakt til de sociale myndigheder vil de ofte bede dig om at præcisere, hvorfor der ikke er tale om en akut psykiatrisk problemstilling.
- Hos børn og unge med sociale problemer, som ikke vurderes at have behov for akut intervention, bør socialforvaltningen altid underrettes om problematikken for at sikre barnet og familien hjælp iht. serviceloven. Socialforvaltningen kan i disse tilfælde orienteres med en **underretning** i form af en kopi af skadesnotatet.
 - Dette gøres ved at lave en Best.ord. på "Underretning af udsatte børn". Det er ofte en god idé, at ringe til sekretæren på B205 (tlf:3864 0530) eller sende en mail (RHP-B205@regionh.dk), for at sikre, at den bliver sendt.

Se venligst reference:

- *VIP - Vagtinstruks på børne- og ungdomspsykiatrisk center, afdeling Glostrup*

Misbrugsbehandling (stoffer og alkohol)

- Hvis patienten ikke vurderes akut psykiatrisk, men misbrugsproblematikken skønnes væsentlig, henvises (**via underretning til kommunen**) til misbrugsbehandling, som er lagt ud til de enkelte kommuner.
 - Se hvor på www.netstof.dk
- Der kan også henvises til **Stofrådgivningen tlf. 30 59 37 33 (www.novavi.dk)**, som er et tilbud for børn og unge op til 25 år med et skadeligt forbrug af rusmidler.
- Man kan i dagtiden få råd og vejledning i **KABS tlf. 45 11 75 25 (www.kabs.dk)** (tidligere Københavns Amts Behandlingscenter for Stofmisbrugere – nu en virksomhed i Glostrup Kommune).

Se venligst reference:

- *VIP – Stofmisbruger i skadestuen*

Mistanke om overgreb

Børn og unge udsat for seksuel krænkelse eller voldtægt henvises til Rigshospitalets:

- **Center for seksuelle overgreb** i dagtid tlf: 35 45 39 84 (børn) eller 35 45 40 85 (unge over 15 år)
- **Rigshospitalets Børnemodtagelse** tlf: 35 45 50 62 eller 34 45 35 45 (omstillingen RH)

Børn og unge mistænkt for fysisk vold henvises i dagtid til:

- **Center for socialpædiatri** tlf: 38 68 51 31, ellers via
- **Herlev Børnemodtagelse** tlf: 38 68 51 31.

Informér patienten/pårørende om at de ved behov også altid selv kan henvende sig til en af ovenstående.

Se venligst:

- *Nedenstående bilag – Instruks om akut håndtering ved mistanke om seksuelt overgreb på et barn, Center for Seksuelle Overgreb*

Instruks om akut håndtering

Vejledning vedrørende mistanke om seksuelt overgreb på barn

Kontakt

Kl. 8.30 – 14.00

Center for Seksuelle Overgreb, Børneteamet, vejleder og koordinerer **Tlf. 3545 3984**

Kl. 14.00 – 8.30

Børnemodtagelsen Rigshospitalet **Tlf. 3545 5062**, som formidler kontakt til Børneteamets personale

Hjemmeside: www.centerforseksuelleovergreb.dk

Kontakt socialforvaltningen:

Foretag telefonisk underretning til de sociale myndigheder i barnets hjemkommune. Skal altid følges op af en skriftlig underretning.

Udenfor normal åbningstid, skal der underrettes til Den Sociale Døgnvagt (Kbh, tlf. 3977 3977) eller forvaltningens sociale bagvagt (oplyses via lokale politikreds).

Politianmeldelse

Hospitalspersonale foretager vanligvis ikke politianmeldelse. De sociale myndigheder skal tage stilling til, hvorvidt der skal politianmeldes.

Efter anmeldelse er det politiet, der tager stilling til, om der skal begæres en retsmedicinsk undersøgelse.

Retsmedicinsk Institut kontakter Center for Seksuelle Overgreb, Børneteamet, og koordinerer Børneteamets deltagelse.

Transport

Det aftales fra sag til sag med politi og socialforvaltning, hvorledes familien transporteres til Rigshospitalet.

Hvad gør Center for Seksuelle Overgreb, Børneteamet

Børneteamet deltager i både akutte og ikke akutte undersøgelser i dagtimerne. Ved undersøgelsen vil Børneteamet bestå af afd.læge Birgitte Boysen Kjær og spl. Louise Baastrup. Der foretages en retsmedicinsk undersøgelse og en børnelægeundersøgelse.

Undersøgelsessted

Barnet undersøges på *Rigshospitalet, Børnemodtagelsen, afsnit 5062, opgang 5, 6. sal.*

Afhøring

Politiet henstiller til, at barnet ikke udspørges om selve overgrebet, før barnet er afhørt af politiet. Man må gerne tale om, hvordan barnet har det. Politiet tager sig af efterforskningen.

Skærpet underretningspligt

Serviceovens §153 personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentlig hverv, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særligt støtte.

Arbejdsopgaver for socialrådgiveren på B205

- Skabe overblik over eksterne samarbejdspartnere og ved behov etablere kontakt til disse i forbindelse med indlæggelsen eller udskrivelsen
- Koordinering omkring anbringelser
- Færdigmelding af patienter
- Vejledning omkring støttebehov
- Deltagelse i netværksmøde
- Udfærdigelse af underretninger, orlovsbrev eller sygemelding.
- Gennemlæsning af erklæringer med henblik på at sikre, at anbefalingerne ligger indenfor rammerne af samarbejdsaftalen
- Afklaring af forældremyndighed og samtykke
- Gennemlæsning af sociale akter
- Klarlægge hvem der skal deltage i netværksmøde.
- Vejledning af tværfagligt personale omkring socialfaglige spørgsmål
- Orienterer socialrådgiver på modtagne afsnit og overleverer, når det er hensigtsmæssigt i forhold til patienten.
- Samtaler med de unge omkring uddannelse og sociale forhold
- Samtaler med forældre med henblik på kortlægning af patienten og familiens sociale forhold.
- Vejledning af forældre omkring socialfaglige spørgsmål
- Undervisning af tværfagligt personale i social lovgivning og samarbejde med kommunerne

Sparring:

- Man er altid velkommen som yngre læge til at kontakte socialrådgiverne på B205, hvis der er behov for sparring (**i dagtid - Socialrådgiver Mette Mertz tlf: 3864 0766**). Det kunne fx handle om den samlede sociale situation, spørgsmål omkring samtykke, forældremyndighed, hvem har beslutningskompetencen, underretning og lovgivning.

Godt at vide:

- Hvis det ikke er muligt at komme i kontakt med forældremyndighedsindehaveren, så er det vigtigt, at det er dokumenteret i SP.
- Man må ikke anbefale en bestemt kommunal foranstaltning, fx kontaktperson eller familiebehandler, men vi må altid beskrive det behov for støtte den unge kan have eller hvis familien har et bestemt ønske til hjælp. Vi kan ikke bestemme, hvilken foranstaltning, der iværksættes i kommunen.
- Når en kopi af skadestuenotatet sendes anbefales, at der medsendes et følgebrev, med info om at skadestuenotatet sendes som en underretning efter serviceloven § 153 (spørg sekretær).

Reference:

- *Socialrådgiver Mette Mertz, B205*

Underretningen

Som fagperson har du en skærpet underretningspligt og denne går forud for din tavshedspligt

Da du har et arbejde, hvor du er i tæt kontakt med børn og unge, er du særlig forpligtet til at underrette kommunen om din eventuelle bekymring for et barn eller en ung.

Der stilles ikke krav til, at du som fagperson har et kendskab til barnets eller den unges forhold. Den skærpede underretningspligt betyder, at du har pligt til at reagere, alene på baggrund af forhold, der giver **formodning** om, at et barn eller en ung har behov for særligt støtte.

Hvad skal en kommune gøre, når de modtager en underretning om et barn eller en ung?

Når en kommune modtager en underretning, skal kommunen registrere den centralt og inden for 24 timer vurdere, om der er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Ved en ny underretning om et barn eller en ung, hvor kommunen allerede har iværksat en foranstaltning, skal kommunen genvurdere sagen.

Til brug for vurderingen af en underretning kan der finde en samtale sted med barnet eller den unge og evt. pårørende. Samtalen kan dog finde sted uden samtykke fra forældremyndighedsindehaverens side og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnet eller den unge taler for det.

Ved underretning om overgreb mod et barn eller en ung skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Hvis der underrettes om overgreb fra barnets eller den unges forældres side, skal samtalen finde sted uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og uden dennes tilstedeværelse.

En børnesamtale på baggrund af en underretning kan undlades, hvis barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter taler imod at samtalen gennemføres.

Kommunen skal herudover orientere fagpersoner, der underretter om, hvorvidt underretningen har ført til, at der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger. Dette sørger BUC's sekretærer for at dokumentere i SP.

§ 50 undersøgelsen – den børnefaglige undersøgelse

Kommunen skal gennemføre en børnefaglig undersøgelse af et barn/ungs forhold, hvis det vurderes, at denne trænger til særlig støtte.

Baggrunden for, at kommunen iværksætter en børnefaglig undersøgelse, kan være en henvendelse fra familien eller barnet/den unge selv om brug for hjælp eller særlig støtte. Kommunen kan endvidere gennem underretninger blive gjort opmærksom på, at hjælp eller støtte til et barn/ung er eller kan blive aktuel. Endelig kan kommunen selv blive opmærksom på barnet eller den unge, f.eks. gennem undersøgelse af andre søskendes forhold.

En børnefaglig undersøgelse skal omfatte en helhedsbetragtning af barnet eller den unge:

- Udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold, venskaber og andre relevante forhold.

Undersøgelsen skal resultere med en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte hjælp overfor barnet og familien. Hvis det er tilfældet skal det herefter afgøres hvilke foranstaltninger, der bedst kan bidrage til at afhjælpe barnets vanskeligheder og behov.

Reference:

- *Ankestyrelsen – ast.dk*

Henvisninger

Ambulant psykiatrisk udredning (via CVI)

- I forbindelse med henvisningen (skadenotatet) er det vigtigt at beskrive:
 - Relevante psykiatriske symptomer
 - Patientens funktionsniveau
 - Hvad der tidligere har været forsøgt
(fx psykologsamtaler, egen læge, tiltag via kommunen/PPR eller lign.)
- Henvisningen sendes ved at:
 - Best.ord. "Henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling"
(husk at sætte flueben i "efter samtale", ellers kommer den ikke altid frem)
 - Vælg intern henvisning
 - Under lokalisation/position skrives RHP V2 (børne- og ungdomspsykiatrisk overafdeling, CVI)
 - Under henvisningsårsag, henvises til aktuelle skadenotat, du kan fx bare skrive "Se venligst skadenotat"
- **Husk at en henvisning altid først skal godkendes af bagvagten, og at dette noteres i skadenotatet.**
- Som udgangspunkt får familien svar angående henvisningen (enten via brev, e-boks eller telefon) inden for en uges tid og der er ca. 4-6 ugers ventetid på et ambulant udredningsforløb. **OBS dette kan dog variere, hvorfor det er vigtigt ikke at love noget bestemt på forhånd.**

Akutteamet

- Akutteamet er en del af akutafsnittet B205. Det er et supplerende tilbud til den akutte hospitalsbehandling og giver mulighed for at rykke ud i patientens nærmiljø og yde en hurtig psykiatrisk indsats - og eventuelt forebygge indlæggelse.
- Akutteamet behandler alle typer af psykiske sygdomme. Formålet er at hjælpe de patienter, der med akut intensiv støtte, kan undgå indlæggelse eller blive udskrevet hurtigere. Akutteamet er et tilbud til de patienter, der ikke allerede har et behandlingstilbud eller er henvist til et.
- Akutteamet har begrænset kapacitet og kan derfor kun love, at patienten kontaktes i løbet af nogle dage. Der lægges videre plan derfra.
- Henvisning til Akutteamet, sendes som en mail til overlæge Anne Marie Christensen (inkl. navn, CPR, tlfnr og en kort beskrivelse). Er patienten allerede henvist kan behandler kontaktes via sekretæren på B205 (tlf: 3864 0350).

Reference: Overlæge Anne Marie Raaberg Christensen

Klinik for selvmordsforebyggelse

Klinik for selvmordsforebyggelse på BUC Bispebjerg er en del af det samlede Kompetencecenter for selvmordsforebyggelse i Region Hovedstadens Psykiatri.

Målgruppen er børn og unge op til 18 år som:

- Har forsøgt selvmord/selvskade, har selvmordstanker, på anden måde udviser suicidal adfærd.

Tilbuddet dækker ikke:

- Børn og unge, hvor selvmordsfaren er så akut, at der er behov for døgnindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Disse skal henvises til en psykiatrisk skadestue eller akutmodtagelse.
- Børn og unge, som har behov for en psykiatrisk udredning-/behandlingsforløb.

- Børn og unge der i forvejen er i gang med et udrednings-/behandlingsforløb i psykiatrien eller på misbrugsområdet. Disse skal kontakte deres ambulatorium/behandlingssted, også selvom det drejer sig om selvmordsovervejelser.
- Børn og unge med svære psykiatriske lidelser.

Ved et forløb tilbydes typisk 1 - 4 samtaler. Både samtale med patient og forældre, herunder:

- Psykiatrisk vurdering, selvmordsrisikovurdering, kriseplan og behandlingsplan.
- Opfølgning på kriseplan, psykoedukation om affektregulering, depression/angst og søvnhygiejne.
- Familieinddragelse med italesættelse af selvmordsforsøg, støtte til affektregulering, krav/konflikter og kommunikation.

Ved afslutning af forløbet tages der stilling til om der er behov for yderligere hjælp. Det kan enten være ved viderehenvielse til BUC's øvrige afsnit, egen kommune eller egen læge.

Se venligst referencer:

- *VIP – CVI-BUP*
- *psykiatri-regionh.dk - Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse*

[Team for Selvskade](#)

Der er for nyligt blevet oprettet et team for selvskade via BUC Bispebjerg. Nærmere info følger...

Krisesamtalen

Praktisk forberedelse inden samtalen

- Gør familierummet klar med saftvand, kiks, papir og tusser (skadestue-sygeplejersken kan være behjælpelig med dette).
- Se om du kan få en anden til at tage din vagttelefon under krisesamtalen, så afbrydelser undgås.
- Medbring skriftlig information/folder om krisereaktioner samt visitkort til skadestuen til udlevering i slutningen af samtalen.

Del samtalen op, hvis skønnet hensigtsmæssigt og hvis muligt

Den professionelle behandler har bedre mulighed for at skabe en god kontakt og kommunikation, hvis samtalen deles op, så barnet eller den unge kan udtale sig uden at skulle tage hensyn til forældre. Forældrene kan adskilt ligeledes udtrykke sig uden at skulle tage hensyn til barnet eller den unge. Samtalen kan ofte, med fordel, afsluttes samlet.

Vær rolig, anerkendende og aktivt lyttende

Patient og pårørende har brug for at opleve sig hørt og forstået. De har ikke behov for den professionelle behandler har følelsesmæssigt medsving. Den professionelle behandler skal fremtræde nærværende og empatisk, men forblive i sin professionelle rolle og funktion. Dette skaber tryghed og en følelse af sikkerhed hos patient og pårørende. Man kan som professionel behandler både opleve at blive følelsesmæssigt påvirket og også det modsatte, at man fx har så travlt, at man bliver bekymret for om man fremtræder u-empatisk og ikke nærværende nok. Det professionelle greb, er at være opmærksom på sin aktuelle tilstand og at vide, at man som professionel behandler også er et menneske, og at man til stadighed tilsigter at ramme balancepunktet mellem under- og overinvolvering.

Krisesamtalen er ikke terapi

Den kriseramte patient eller den kriseramte pårørende er ofte forvirret, usammenhængende og intenst følelsesladet, og er i den akutte krisetilstand ikke terapi-egnet. Behovet er at blive mødt og føle sig forstået. Der er brug for at der skabes ro, tryghed og overblik.

At støtte og samle den kriseramte

Oftest ses der et billede af, at den kriseramte ikke er mentalt til stede i nuét, men følelsesmæssigt er i fortiden - i hændelsen og i det der er sket, eller at den kriseramte er ængstelig og bekymret for fremtiden - hvad skal der nu ske. Der ses ofte også en skiftet mellem disse to perspektiver af fortid og fremtid. Lyt til den kriseramte og lad dem tale ud. Afbryd kun, hvis det vurderes, at den kriseramte gentager sig selv eller på anden måde opretholder en forpint og lidelsesfuld arousal. Støt den kriseramte i at vende tilbage til nuét, ved fx at sige "nu er du her" og "det var godt at du kom" og "nu kigger vi på det sammen" etc. Der vil ofte være behov for at behandler gentager denne *kalden tilbage til nuét* og det vil ofte have en beroligende effekt.

Informer om almindelige krisereaktioner

At blive gjort opmærksom på almindelige krisereaktioner og efterreaktioner har en beroligende effekt for patient og familie, der ofte oplever, at stå i en uoverskuelig situation, hvor hverdagens tryghed og genkendelighed er sat ud af drift. Det kan også være meget hjælpsomt og støttende, at udlevere folder eller andet materiale om akutte belastnings- og krisereaktioner, som patient og familie kan tage med sig hjem.

Skab struktur og overblik for patient og familie

En del henvendelser i psykiatrisk skadestue omhandler akutte belastnings- og krisereaktioner. Nogle kan have brug for en kort stabiliserende indlæggelse, men i de fleste tilfælde er behovet ikke indlæggelse, men at blive taget imod og oplevelsen af at være i gode hænder, og at der kommer ro på og at behandleren hjælper patient og familie med

at skabe overblik i en kaotisk situation. Behandleren kan hjælpe med at lægge en plan for de næste dage eller uger. Planen kan omhandle lavpraksis hverdagsgøremål såsom; reduceret skoleskema eller sygemelding i en periode. Og en plan, der støtter opretholdelse af hverdagen ift. mad, søvn, bad og gåture med lys og motion. Det er vigtigt, at den almindelige og genkendelige hverdag opretholdes i det omfang det er muligt, uden at barnet eller den unge overbelastes. Spørg ind til netværk og andre ressourcepersoner og lav aftale om at disse kontaktes. Aftal med familien, at de tager kontakt til egen læge eller at behandler beder om samtykke til at sende underretning til primærsektor. Hvis den akutte krisereaktion omhandler seksuelle overgreb eller vold er behandler forpligtet til at underrette. Hvis patienten er tilknyttet et psykiatrisk ambulatorium orienteres der om næstkommende aftale og ambulatoriet (via Inbasket til sagsansvarlige behandler) orienteres om, at patienten har været set i psykiatrisk skadestue. Patient og familie vejledes til gen-henvendelse i skadestue eller hos egen læge, hvis der opstår en kritisk forværring af tilstand eller, at der ikke ses bedring.

Afgrænsning af den professionelle opgave

Den kriseramte person eller pårørende kan frembyde med et væld af både symptomer, bagudrettede informationer og fremadrettede bekymringer. Den professionelle behandler vil selvfølgelig forsøge at rumme, lytte og forstå. Der kan tegne sig et uoverskueligt billede, der stritter i mange retninger, hvor det er vigtigt og nødvendigt at behandleren, for sig selv, afgrænser egen opgave, noterer, underretter og videregiver informationer, men afgrænser egen opgave og funktion for at fastholde sit professionelle overblik.

Defusing og Debriefing - kollegial støtte

I det professionelle arbejde med kriseramte mennesker kommer du i nærkontakt med intenst følelsesladede tilstande og adfærdsmønstre. Man er til stede sammen med patient og familie i kaosset og det ubærlige. Det er alment menneskeligt at opleve en følelsesmæssig påvirkning og for, at undgå at man som behandler oplever følelsesmæssig udmattelse, stress og resignation, er det vigtigt at få vendt og talt om intense og udfordrende situationer i ens arbejdsliv. Spar med kollegaer og vær ligeledes opmærksom på kollegaer, der står eller lige har stået i udfordrende og krævende situationer. Der vil ofte være mulighed for at få supervision af særligt vanskelige arbejdssituationer samt debriefing og defusing som personalegruppe.

Se også:

- *Link - <https://frivillighed.dk/guides/krisepsykologi>*

Der findes her tre korte videoer om krisepsykologi og krisesamtalen af psykolog Henrik Lyng

- *Krisepsykologi 1 – om det kriseramte menneske generelt*
- *Krisepsykologi 2 – hvordan hjælper du et menneske i krise*
- *Krisepsykologi 3 – struktureret krisesamtale*

Reference:

- *Af psykolog Katja Kørschen Larsen, B205*

Tvangsforanstaltninger

Generelt

- Ved tvang forstås i Psykiatriloven "anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. sundhedslovens kap. 5". Tvang er en handling, som patienten modsætter sig, og anvendes, når det er lægeligt uforsvarligt ikke at handle. Som udgangspunkt skal tvang altid ordineres af en læge og udøvelsen overværes af en læge. Patienten skal altid informeres mundtligt og skriftligt. Patientens evt. forhåndstilkendegivelse om behandling, herunder tvang, skal fremgå af patientjournalen og så vidt muligt inddrages i behandlingsplanen. Anvendes der tvang, og følges patientens forhåndstilkendegivelse ikke, skal det fremgå af journalen, om det er forsøgt, og hvorfor dette ikke var muligt. Forhåndstilkendegivelserne *skal* indgå i overvejelserne, hvis det overhovedet er muligt.
- Udøvelse af tvang er et indgribende og kompliceret lægeligt nødvendigt arbejde, der altid bør efterfølges af refleksion over det udførte indgreb, og som forudsætter at man har sat sig ind i lovgivningen.
- Det er muligt at finde alle love på **www.retsinformation.dk** – herunder "Psykiatriloven".
- OBS Tvangsforanstaltninger må kun bruges overfor døgnindlagte patienter. For patienter, der opholder sig i psykiatrisk modtagelse uden at være indlagte, gælder psykiatrilovens bestemmelse ikke. Enhver anden form for tvang, fx i psykiatrisk modtagelse, skal enten ske i samarbejde med politiet og under deres ansvar eller efter nødværge og nødretsbestemmelserne (se nedenstående).

Mindste middels princippet

- Anvendelsen af tvang, skal altid begrundes i journalen. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten således, at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe.
- Der skal således være forsøgt samtale, skærmning og tilbudt PN medicin, og dette skal dokumenteres i journalen. I hyper-akutte tilfælde hvor det ikke er muligt at nå dette, skal omstændighederne, der umuliggjorde disse tiltag inden tvangsforanstaltningen, ligeledes noteres.

Frihedsberøvelse

Se venligst:

- VIP – Psykiatriloven, Tvangsindlæggelse
- VIP – Psykiatriloven, Tvangstilbageholdelse
- VIP – Psykiatriloven, Tilbageførsel (rundkastning)

For at **tvangsindlæggelse** eller **tvangstilbageholdelse** må finde sted, skal patienten modsætte sig indlæggelse og følgende tre betingelser skal alle være til stede (psykiatrilovens § 5):

1. Patienten skal være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed (se ICD-10 diagnosebogen, Appendix 1 s. 247-248).
2. Det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling.
3. Den tredje betingelse skal opfylde mindst et af følgende kriterier:
 - a) Behandlingsindikationen ("**gule papirer**"): Udsigten til helbredelse eller betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet.
 - b) Farlighedsindikationen ("**røde papirer**"): Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

- Lægeerklæringen til brug for **tvangsindlæggelsen** skal udfærdiges, så den umiddelbart kan forstås af lægmand. Teksten skal være neutral, deskriptiv og uden anvendelse af svær fagterminologi, hospitalsslang eller forkortelser. Håndskriften skal være tydelig. Erklæringen skal indeholde entydige præmisser for enten farlighed eller behandlingsbehov. Ligesom der skal stå, hvorledes patienten er sindssyg eller tilstand, der kan ligestilles hermed. Der skal noteres dato og lægens navn (som ikke må være ansat på BUC) samt underskrift.
- Lægeerklæringen kan findes og udfyldes digitalt på **www.politi.dk**
 - Forside -> Borgerservice -> Blanketter -> Andre Blanketter -> Lægeerklæring (hhv. gul og rød)
 - Ellers søg på Google: *Lægeerklæring tvang*

Når politiet ankommer med patient og allerede udfyldte tvangsindlæggelsespapirer (step-by-step guide):

- FV taler med betjente og modtager tvangspapiret.
- Tvangspapiret gennemlæses.
- FV taler med og vurderer patienten.
- Tvangspapiret oplæses og godkendes af BV (såfremt de er fyldestgørende og er udfyldt indenfor hhv. **24 timer** eller **7 døgn**). Politiet skal også have en kopi af tvangspapiret.
- FV sikrer sig, at politiets jurist har godkendt og underskrevet tvangspapiret (separat papir).
- FV informerer patienten om tvangsindlæggelsen, om tildeling af patientrådgiver og klagemuligheder.
- Tvangsprotokolskema 1 udfyldes.
- Politiet ledsager patienten til visitationen og derefter til akutafsnittet B205.
- I journalen noteres under et **tvangsnotat**:
 - Dato og tidspunkt for tvangsindlæggelsen.
 - Om det er på behandlings- eller farekriteriet.
 - Eksakt ordlyd af tvangspapiret noteres (samt navn på læge, der har udfyldt disse).
 - Godkendelse af BV (navn) og politiets jurist (navn).
 - At patienten er informeret mundtligt og skriftligt om tvangsindlæggelsen.
 - Patientens tilkendegivelser.
 - Rp. patientrådgiver (denne adviseres af plejepersonalet).
 - At tvangsprotokol 1 er udfyldt.
- Der laves desuden vanlig **indlæggelsesjournal**, herunder **objektiv psykisk**:
 - Hvor det beskrives, hvorvidt patienten fortsat fremstår psykotisk eller tilstand, der kan ligestilles hermed, så det bekræftes, at patientens tilstand på indlæggelsestidspunktet fortsat opfylder kriterierne for tvangsindlæggelsen.
 - **Best.ord på tvang på papirprotokol. Vælg herefter ”skema 1 Frihedsberøvelse”**

Når patienten henvender sig uden udfyldte tvangsindlæggelsespapirer (step-by-step guide):

- FV taler med patienten og evt. ledsagere.
- Hvis patienten eller ledsagere kan give oplysninger om, at pågældende opfylder farligheds- eller behandlingskriteriet, og patienten ved samtale findes klart psykotisk eller tilstand ligestillet hermed (fx svær affekttilstand – se desuden ICD-10 diagnosebogen, Appendix 1 s. 247-248), søges patienten motiveret for frivillig indlæggelse.
- Hvis patienten afviser dette, konfereres med BV og herefter tages evt. kontakt til voksenpsykiater med anmodning om vurdering af patienten og stillingtagen til evt. tvangsindlæggelse og udfyldelse af tvangsindlæggelsespapirer.

- Der tages kontakt til politi og ordlyden på tvangspapiret forelægges/godkendes af politiets jurist.
- Politiet sender herefter en patrulje til akutmodtagelsen.
- FV udleverer en kopi af tvangspapirer til politiet (eller faxer det).
- FV modtager en skriftlig og underskrevet godkendelse af tvangsendlæggelsen fra politiets jurist (separat papir).
- FV informerer patienten om tvangsendlæggelsen, om tildeling af patientrådgiver og klagemuligheder.
- Tvangsprotokol 1 udfyldes.
- Politiet ledsager patienten til visitationen og derefter til akutafsnittet B205.
- I journalen noteres under et **tvangsnotat**:
 - Dato og tidspunkt for tvangsendlæggelsen.
 - Om det er på behandlings- eller farekriteriet.
 - Eksakt ordlyd af tvangspapirerne noteres (samt navn på læge der har udfyldt disse).
 - Godkendelse af BV (navn) og politiets jurist (navn).
 - At patienten er informeret mundtligt og skriftligt om tvangsendlæggelsen.
 - Patientens tilkendegivelser.
 - Rp. patientrådgiver (denne adviseres af plejepersonalet).
 - At tvangsprotokolskema 1 er udfyldt.
- Der laves desuden vanlig **indlæggelsesjournal**, herunder **objektiv psykisk**:
 - Hvor det beskrives, hvorvidt patienten fortsat fremstår psykotisk eller tilstand, der kan ligestilles hermed. Så det bekræftes, at patientens tilstand på indlæggelsestidspunktet fortsat opfylder kriterierne for tvangsendlæggelsen.
 - **Best.ord på tvang på papirprotokol. Vælg herefter ”skema 1 Frihedsberøvelse”**

Tvangstilbageholdelse

Såfremt en indlagt patient ønsker sig udskrevet, men opfylder ovenstående kriterier (psykiatrilovens § 5) kan patienten tvangstilbageholdes. FV konfererer med BV og informerer derefter patienten om tvangstilbageholdelsen, om tildeling af patientrådgiver og klagemuligheder.

- I journalen noteres under et **tvangsnotat**:
 - Dato og tidspunkt for tvangstilbageholdelsen.
 - Beskrivelse af observationer fra afsnittet af patientens adfærd/tilstand.
 - **Objektivt psykisk**, hvor det beskrives, hvordan patienten fremstår psykotisk eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed.
 - Konklusion, hvor det opsummeres, hvorledes patienten tvangstilbageholdes på behandlings- eller farekriteriet. Der kan med fordel anføres ordlyden fra psykiatrilovens § 5:
 - ”Patienten fremstår psykotisk eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling, da udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i patientens tilstand ellers vil blive væsentlig forringet”.
 - ”Patienten fremstår psykotisk eller i en tilstand, der kan ligestilles hermed og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling, da patienten frembyder væsentlig og nærliggende fare for sig selv eller andre”.
 - At patienten er informeret mundtligt og skriftligt om tvangstilbageholdelsen.

- Patientens tilkendegivelser.
- Rp. patientrådgiver (denne adviseres af plejepersonalet).
- Godkendelse af BV (navn)
- At tvangsprotokolskema 1 er udfyldt.
- **Best.ord på tvang på papirprotokol. Vælg herefter "skema 1 Frihedsberøvelse"**

"48-timers reglen" for tvangsindlagte (overlægens betænkningstid)

Fremsætter en tvangsindlagt patient anmodning om udskrivelse inden for det første døgn efter at tvangsindlæggelsen har fundet sted, skal overlægen snarest muligt og senest efter 48 timer (fra indlæggelsestidspunktet) meddele patienten, om denne kan udskrives eller om tvangstilbageholdelse skal ske.

"24-timers reglen" ved anmodning om udskrivelse (overlægens betænkningstid)

Fremsætter en patient anmodning om udskrivelse, skal overlægen snarest muligt og senest efter 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives eller om tvangstilbageholdelse skal ske.

- "24-timers reglen" bør kun undtagelsesvis bruges, idet Psykiatrilovens retsgarantier kun træder i kraft ved en regelret tvangstilbageholdelse.
- Hvis det er åbenlyst, at patienten kan tvangstilbageholdes, skal dette derfor finde sted.
- Hvis patientens tilstand er vanskelig at vurdere kan det dog besluttes af tilbageholde patienten på "24-timers reglen".
- Det er disse tilfælde muligt for FV at udskyde beslutningen om tvangstilbageholdelse til næste dag.
- Dette er et gråzoneområde, hvor patienten er berøvet sin frihed uden at være tvangstilbageholdt i henhold til loven. Patienten skal ikke have en patientrådgiver og en eventuel senere klage over frihedsberøvelsen behandles ikke af Patientklagenævnet, men af Byretten. Klage kan ske efter Retsplejelovens kapitel 43a og skal indgives til sundhedsjuristerne på K3, som skal sørge for, at sag mod hospitalet anlægges.
- I journalen noteres:
 - Dato og tidspunkt for anmodning om udskrivelse.
 - Beskrivelse af patientens tilstand.
 - Begrundelse for, at der er usikkerhed om, hvorvidt betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldte.
 - At patienten tilbageholdes i henhold til "24-timers reglen".
 - Information givet til patienten og patientens tilkendegivelser.
 - At overlægen skal tage stilling til patientens udskrivelsesønske den næste dag.

Magtanvendelse

- VIP – Psykiatriloven, Fysisk magt/fastholdelse
- VIP – Fysisk magtanvendelse overfor børn
- VIP – Psykiatriloven, Personlig skærmning
- VIP – Psykiatriloven, Aflåsning af døre i afdelingen

Akut beroligende medicin med magtanvendelse

- VIP – Psykiatriloven, Beroligende lægemiddel
- VIP – Akut agiterede børn og unge, behandling af
- VIP – Psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge – medicinsk behandling (RADS)

- Såfremt der er mistanke om at den unge er intoksikeret af centralstimulerende stoffer (fx kokain og amfetamin), bør behandling med antipsykotika undlades, idet der kan være en øget risiko for malignt neuroleptikasyndrom, hypotension og krampeanfald. I stedet gives oftest et benzodiazepin ved behov.

Tvangsfiksering

- *VIP – Tvangsfiksering*
- *VIP – Psykiatriloven, Fast vagt ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering og oppegående tvangsfiksering*

Tvangsbehandling

- *VIP – Psykiatriloven, Tvangsbehandling*
- *VIP – Psykiatriloven, Ventrikelsonde, indikation for anlæggelse og brug heraf til anoreksipatienter i Børne- og ungdomspsykiatrien*

Opfølgning og klager

- *VIP – Psykiatriloven, Beskikkelse af patientrådgivere og bistandsværger*
- *VIP – Psykiatriloven, Eftersamtaler efter brug af tvang*
- *VIP – Psykiatriloven, Klagesystemet*
- *VIP – Psykiatriloven, Behandling af klager over anvendelsen af tvang i psykiatrien*

Skemaer

- *VIP – Psykiatriloven, Tvangsprotokoller, indberetningskemaer*
- *VIP – Påtænkt tvang, orientering til patient, blanket 1-5*

Nødret og nødværge

- I sjældne tilfælde kan man være nødt til at gribe ind med tvang for at afværge, at en patient begår skade på sig selv eller andre, fx afværge en akut selvmordshandling ved at forhindre patienten i at forlade skadestuen eller fastholde patienten på terrænet, indtil politiet ankommer. Man kan også være nødt til at indlede en akut livsvigtig behandling mod patientens vilje, fx stoppe arterieblødning.
- Personalet på afdelingen kan også være nødsaget til at bæltefiksere akut uden en læges tilstedeværelse pga. af fare for patienten selv, andre patienter eller personalet. FV kontaktes snarest muligt herefter og der tages stilling til fortsat bæltefiksering.
- De foretagne handlinger med hjemmel i straffelovens **§ 13 og § 14** om nødret og nødværge skal begrundes og forløbet omhyggeligt journalføres.

Juridisk rådgivning

Ved behov for råd/vejledning i forhold til juridiske problemstillinger (Psykiatriloven mm.) kan du kontakte juristerne ved den centrale administration, Kristineberg 3, 2100 Kbh Ø på [telefon 38 64 00 01](tel:38640001) (receptionen, spørg efter sundhedsjuristerne) eller på mail via jurister.region-hovedstadens-psykiatri@regionh.dk

Referencer:

- *VIP – Akut instruks, til brug ved det lægelige vagtarbejde på Psykiatrisk Center Glostrup, 2018 (PDF)*
- *Bog – Akutte psykiatriske tilstande, 4. udgave, FADL's forlag.*
- *Sundhedsjuristerne ved den centrale administration, Kristineberg 3, 2100 Kbh Ø*
- *Klinikchef overlæge Nina Staal*

Tvangssituationer

Forberedelse inden vagten

- **Safewards**
 - Safewards er en engelsk, evidensbaseret metode til at nedbringe risikoen for tvang på psykiatriske afdelinger. Safewards er udviklet på baggrund af 20 års forskning på tvangsområdet.
 - Metoden indeholder 10 konkrete interventioner samt en model, der systematisk og detaljeret beskriver, hvordan man på psykiatriske afdelinger kan udtænke strategier, der fremmer sikkerheden for patienter og personale.
 - Se mere på www.safewards.net/da/
- **Se nedenstående bilag - Deeskalering i psykiatrien, psykiatrisk forskningsenhed Region Sjælland, Lene Lauge Berring 2016**
- **VIP – Lokale retningslinjer for konflikthåndtering, BUC**

Forberedelse i vagten

- I starten af hver vagt gennemgår personalet på B205 indlagte patienter og lægger en plan for potentielt urolige patienter - "**Sikkerhed i vagten**" - hvor rollefordeling i tilfælde af akutte tvangssituationer aftales.
- Personalet udarbejder en "**Samarbejdsaftale**" med patienten, hvor de sammen helt konkret drøfter måder at deeskalere en opkørt situation og undgå tvang (fx lade patienten trække sig, lægge hånd på skulder osv.)
- For at være på forkant er det en god ide, at **FV fra vagtstart** orienterer sig via ansvarshavende sygeplejerske på B205 og B204 om potentielt urolige patienter, og lægger en kort foreløbig plan for disse, i tilfælde af en tvangssituation skulle opstå (fx hvad der tidligere har fungeret godt, PN medicin osv.)

Den akutte tvangssituation

- I tilfælde af en patient fx bliver svært agiteret, selvskadende eller udadreagerende forsøges først samtale med deeskalering, skærmning og tilbud om PN.
- Såfremt dette ikke er muligt, kan det blive nødvendigt at anvende tvangsforanstaltninger. Dette skal selvfølgelig gøres i henhold til mindste middels-princippet.
- Personalets rolle i forbindelse med tvangsforanstaltninger inddeles i tre funktioner:
 - **Personale, der fastholder patienten** (som udgangspunkt vil der altid være minimum 3 personer til at fastholde patienten, og de kommunikerer så vidt muligt ikke med patienten).
 - **Omsorgspersonen**, som forsøger at tale patienten til ro og at bevare alliancen samt varetage patientens tarv.
 - **Ansvarshavende sygeplejerske** som lægger plan sammen med FV.
- Personalet kontakter FV og informerer om situationen.
- Ved ankomst orienterer ansvarshavende spl. FV om situationen og der lægges en plan i fællesskab.
 - Dette skal gøres i rolige omgivelser uden patientens påhør (fx kontoret).
- Insister som FV på, at tage den tid du har brug til at skabe overblik, og ved behov at drøfte situationen med BV.
- Jo mere forberedelse jo bedre, fx ringe til andre afsnit for assistance i god tid (hvis der ikke allerede er trykket alarm), finde bælte frem osv.
- FV præsenterer sig for patienten, det øvrige personale og informerer alle om planen.
 - Husk at det er vigtigt at informere patienten klart og tydeligt om hvad, der skal ske.

- I forbindelse med samtalen med patienten bør man, som FV placere sig i sikker afstand med samtidig mulighed for øjenkontakt (fx ved siden af sengen midt for, hvis patienten fastholdes liggende)
- Undgå at komme for tæt på patientens ansigt, især hvis patienten er fastholdt, da dette kan virke konfrontatorisk og gøre patienten utilpas.
- Husk, at du som udgangspunkt ikke må være med til at fastholde patienten. Tænk på din rolle som "teamleder" (ligesom i traumecenteret/ved hjertestop), der har det overordnede overblik og beslutningstagen i samarbejde med ansvarshavende sygeplejerske og BV pr. telefon.
- Det kan undervejs være nødvendigt at ændre taktik. I så fald bør FV og ansvarshavende trække sig på ny og drøfte situationen, evt. med BV. Det er vigtigt herefter at orientere resten af teamet om den nye plan, så alle er forberedte.
- Der kan forekomme voldsomme tilfælde, hvor det er nødvendigt at træffe en hurtig beslutning om at lægge bæltet akut
- Lægen må kun i nødstilfælde hjælpe med at holde patienten indtil der kommer forstærkning, men det skal i øvrigt så vidt muligt undgås, da det ikke er lægens rolle og kræver særlig træning i fastholdelsesgreb. Hvis der er for få til at fastholde patienten, må der i stedet kaldes forstærkning.
- **MAND AMOK** - Der kan ligeledes forekomme akutte og voldsomme tilfælde, hvor patienten vurderes særlig farlig (fx truer med kniv, andet våben eller kendt med tidligere voldlige overfald) og der er behov for at ringe til politiet og alarmere Mand Amok. Personalets og patienternes sikkerhed er absolut første prioritet, træf derfor ikke beslutninger, der udsætter nogen for unødigt fare. Afvent i stedet til forstærkningen ankommer. Når politiet ankommer, orienteres de om:
 - Hvad situationen er.
 - Hvad vi gerne vil have mulighed for at gøre - fx give medicin, bæltefixsere, have patienten ind på stuen, ud af toilettet, ud af afsnittet m.v.
- *Se VIP – Mand amok*

Forventninger/arbejdsopgaver til FV

- FV kommer med det samme til afsnittet i akutte situationer.
- FV giver sig til kende og henvender sig til den ansvarshavende sygeplejerske.
- FV er til stede under hele situationen.
- FV udfylder tvangsprotokoller, skriftlig information om tvang og lægger disse i patientens tvangsmappe. (personalet kan efterfølgende, når det giver bedst mening, udlevere den skriftlige information til patienten).
- FV deltager til defusing og debriefing, som er opfølgning på belastende hændelser.

Faldgrupper og gode råd

- Det høje stressniveau, i de akutte situationer øger risikoen for, at der bliver handlet forhastet og uovervejet. Dette kan selvfølgelig ikke altid undgås, men vær opmærksom på, at give dig selv tid til at skabe overblik og tænke situationen igennem, også selv om personalet nogle gange kan presse på for en hurtig løsning.
- Personalet i modtagelsen har ikke alle helt samme erfaring med håndtering af tvang hos børne- og ungdomspsykiatriske patienter. Det er i skadestuen derfor ligeledes vigtigt ikke at lade sig presse, og at holde sig til foreskrevne procedurer, fx ved tvangsindlæggelse.
- Man kan nemt glemme at informere teamet om sine overvejelser, når ting går stærkt. Det kan derfor være en god ide at tænke højt, så alle er inddraget og har mulighed for, at byde ind med forslag.

- Husk at der er tale om teamwork. Man kan som FV, nogle gange føle sig overvældet af lederrollen, især som ny, og når der skal træffes en hurtig beslutning. Hvis du er i tvivl, så kan det erfarne personale ofte komme med gode råd og forslag.
- Hvis der er uenighed om strategien er det lægen, der træffer den endelige beslutning.
- Misforståelser og konflikter opstår ofte, hvis man ikke føler sig lyttet til, forstået eller ramt på sin faglige stolthed. Dette gøres sjældent i ond hensigt, men det kan alligevel være en god ide at få talt tingene igennem efterfølgende, se debriefing.
- Hvis du har haft en ubehagelig oplevelse er det vigtigt, at tage det op til vagtoverlevering og evt. senere til debriefing eller supervision.
- Det er en god ide at deltage i *Vedligeholdelsestræningen* af akutte tvangssituationer med det øvrige personale. Dette er en oplagt mulighed for at få en bedre forståelse, styrke samarbejde og skabe overblik over rollefordeling og forventninger faggrupperne imellem samt medvirke til at forebygge uhensigtsmæssigheder og misforståelser i forhold til de akutte situationer.
 - For nærmere beskrivelse se under kapitlet *Faste Møder*

Debriefing, opfølgning og kollegial støtte

- Ved voldsomme/ubehagelige hændelser deltager lægen til defusing/debriefing med det øvrige personale.
- I det professionelle arbejde med kriseramte mennesker kommer du i nærkontakt med intenst følelseladede tilstande og adfærdsmønstre. Man er til stede sammen med patient og familie i kaosset og det ubærlige. Det er alment menneskeligt at opleve en følelsesmæssig påvirkning og for, at undgå at man som behandler oplever følelsesmæssig udmattelse, stress og resignation, er det vigtigt at få vendt og talt om intense og udfordrende situationer i ens arbejdsliv. Spar med kollegaer og vær ligeledes opmærksom på kollegaer, der står eller lige har stået i udfordrende og krævende situationer. Der vil ofte være mulighed for at få supervision af særligt vanskelige arbejdssituationer samt debriefing og defusing som personalegruppe.

Se venligst:

- *VIP - Debriefing efter voldsomme eller alvorlige situationer på BUC*
- *VIP – Kollegial psykisk førstehjælp for ansatte på BUC*
- *VIP – Arbejdsulykker, anmeldelses-, tavsheds- og opbevaringspligt*

Referencer: souchef spl. Esengül Nur Canbaz, konstitueret afd.spl. Camilla Rodenkam Simonsen, psykolog Katja Kørschen Larsen, B205 og læge Ida Maria Overgaard Ingeholm.

VEJLEDNING I DEESKALERING

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN



- vi er til for dig

Indhold

Vejledning i deeskalering	
5. Udgave, April 2016 Region Sjælland	
Psykiatrisk Forskningsenhed	
Lene Lauge Berring, sygeplejerske, cand.cur. lelb@regionsjaelland.dk	
Illustrationer og opsætning	
Esben Emborg esben@esbenemborg.dk	
Vejledningen er et appendiks til:	
Berring, LL 2016, Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger.	
Et handlingsorienteret aktionsforsknings samarbejde. Ph.D. thesis, 1 edn, SDU. ISBN nummer: 978-87-93192-91-1.	
Indledning	2
Sikre et personligt rum	4
Skab fokus	6
Skift kontekst	8
Udvis empati	10
Bevar patientperspektiv	12
Afstem forventninger	14
Evaluer processen	16

Indledning

Denne vejledning beskriver, hvordan personale på psykiatriske afdelinger kan håndtere aggressive situationer gennem en målrettet kommunikationsproces: Deeskalering.

Formålet med deeskalering er, at patienten guides mod en roligere psykisk og fysisk sindstilstand, hvorved der kan skabes en situation, der hjælper patienten med at genvinde sin selvkontrol.

Deeskaleringsprocessen kan sammenlignes med en timeout, hvor patient og personale i fællesskab forsøger at løse problemet. Den overordnede intention er at skabe en relation, og samtidig opretholde et sikkert miljø for både patienter og personale.

Elementer i deeskalering er udledt af eksisterende forskning og interviews af personale og patienter i Region Sjælland, der har erfaring med aggressive situationer. Herefter er deeskaleringsprocessen afprøvet på et akut lukket psykiatrisk modtagelsesafsnit gennem mere end et år, hvorefter denne blev justeret.

Deeskalering

Deeskalering er en interaktiv proces, der foregår i tæt samarbejde med andre sundhedspersoner efter en klar opgavefordeling. Dialogen med patienten varetages af omsorgspersonen, der dermed er ansvarlig for kommunikation med patienten og dennes velbefindende og sikkerhed. De øvrige sundhedspersoner er ansvarlige for omsorgspersonens og andres sikkerhed. Lægen er ansvarlig for ordination af tvang og den medicinske behandling.

2

Deeskalering inddeles i den akutte fase og relationsfasen. I den akutte fase skabes rammerne for deeskalering, således at relationen kan etableres. Den akutte fase er markeret med rødt. Det betyder, at denne indledende struktur altid er forudsætningen for næste fase, idet relationen kun kan initieres, når både personale og patienter oplever sig sikre.

Deeskaleringsprocessen

Akut fase

- Sikre et personligt rum
- Skab fokus
- Skift kontekst

Relationsfase

- Udvis empati
- Bevar patientperspektiv
- Afstem forventninger
- Evaluer processen

Vejledningen gennemgår de enkelte strategier. De sidste sider kan anvendes til at notere egne gode ideer.

Under hele processen er der fokus på patientens perspektiv, og der arbejdes målrettet på at understøtte patientens autonomi.

Omsorgspersonen skal i mødet udstråle overskud og have en hjælpende og imødekommende attitude, da den nonverbale kommunikation er en vigtig forudsætning for kontakt.

3

Sikre et personligt rum

For at skabe mulighed for dialog er det vigtigt, at patientens personlige rum sikres. Personligt rum er en individuel oplevelse hos patienten. I dette rum føler patienten sig ikke truet og har her mulighed for at trække sig fra situationen og genfinde sin selvkontrol. Patientens personlige rum skabes ved, at personale afventer patientens reaktion og holder sig i en tilpas afstand og undgår direkte kropslig konfrontation og pågående blikkontakt. Derudover viser man, at der er tid nok til at hjælpe patienten.

Hold afstand

Omsorgspersonen placerer sig synligt 2 meter fra patienten. Kollegaerne placerer sig i patientens synsfelt.

Skab tid

Omsorgspersonen afventer patientens signaler. Dermed vises, at der er god tid til at hjælpe patienten med at løse problemet.

Forslag til dialog

"Vi er her omkring dig, fordi du råbte højt og sagde du ville slå Peter, er der noget, vi kan hjælpe dig med?"

"Jeg hedder Lene og er sygeplejerske, jeg hørte du råbte højt, er der noget jeg kan hjælpe med?"



Hold afstand

Skab tid

Skab fokus

Patienten skal opleve, at der er én, der gerne vil hjælpe. Dette gøres gennem en fokuseret opmærksomhed fra omsorgspersonen. Dette fokus skabes ved, at omsorgspersonen kun har ansvar for patienten. Når omsorgspersonen er fokuseret på at hjælpe patienten, er der mulighed for at etablere en dialog. Det indebærer, at omsorgspersonen kender sin opgave og handlemuligheder og kun lytter til og taler med patienten.

Lyt til patienten

Lyt mere end du taler. Patienten skal opleve, at én fra personalet er oprigtig interesseret i at lytte til hans/hendes oplevelse.

Forslag til dialog

"Peter kig på mig, er der noget jeg kan hjælpe dig med?"
"Er det noget, der er sket nu?"
"vil du foretrække..." eller "...der er et par muligheder..."



Lyt til patienten

Vær opmærksom på kropssproget

Tal kun til patienten

Skift kontekst

At skifte kontekst betyder, at man skaber en ny situation. Dette kan være forskellige afledningsmanøvrer, men det kan også være, at man giver situationen en ny mening.

Kontekstsift kan være en overraskelse for patienten og medføre et vendepunkt.

Kontekstsift kan være verbalt, praktisk, socialt eller fysisk.

Verbalt

Gennem dialogen kan situationen rekontekstualiseres. Dermed skabes en ny mening.

Praktisk

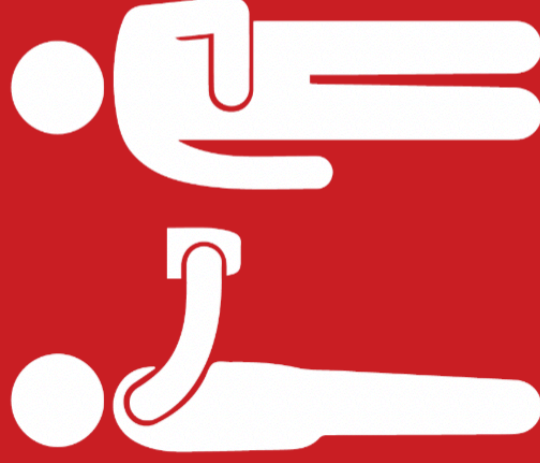
Har patienten nogle praktiske opgaver, der skal løses, så hjælp patienten med dette.

Socialt

Lad en kollega overtage situationen.

Fysisk

Lad patienten flytte sig til et andet rum, f.eks. stuen, haven eller stillerum. Foreslå fysisk aktivitet.



Forslag til dialog

”Er du mest vred eller ked af det?”

”Nej, du er ikke vred på mig, du er vred over den måde du blev indlagt på.”

”Vil du have en kop kaffe?”

Verbalt

Praktisk

Socialt

Fysisk

Udvis empati

Empati er en forudsætning for at deeskalering lykkes. Empati udvises, når man sætter sig i patientens sted. Empati har mange forskellige tilgange, men følgende kan altid anvendes.

Anerkend

Sprogbrugen skal afspejle anerkendelse og understøtte patientens ressourcer og udtrykke ligeværdighed.

Understøt autonomi

Når patienten fortæller om sin oplevelse, understøttes autonomien. Tjek, at du har forstået det rigtigt. Giv patienten tid til at formulere sig.

Understøt ressourcer

Sæt fokus på det, som patienten kan. Anerkend succeser, også de små. Tro på, at patienten har nogle gode forslag til, hvordan situationen løses.

Forslag til dialog

"Jeg kan godt forstå, du er vred"

"Jeg har set, du tidligere har håndteret en lignende situation..."

"Sidst lagde jeg mærke til, at du helst ville i haven, så der går jeg ud sammen med dig".



Anerkend

Understøt
autonomi

Understøt
ressourcer

Bevar patientperspektiv

Når patienten er i en situation, hvor dialog er mulig, skal der målrettet arbejdes med at forstå patienten. I denne tydningsproces er det vigtigste at udforske patientens oplevelse. Dette indfanges gennem empatien og kendskabet til patienten eller lignende situationer. I denne proces kan man med fordel formulere sig nysgerrigt, og matche patientens stemmeleje.

Lyt kun til patienten

Vær aktiv lyttende. Lyt efter, hvad der triggede situationen. Gentag patientens sidste ord. Tjek, at du har forstået det rigtigt. Vis, at du har tid. Afbryd ikke patienten.

Forslag til dialog

”Hvordan tror du bedst, vi kan hjælpe dig?”

”Vil du fortælle mig, hvad du er vred over?”

”Du fortæller mig, at Peter kom ind på din stue og tog din bog?”

Forstå patienten
Uanset situationen skal du forestille dig, hvad patienten har været igennem eller har oplevet. Stil eventuelt sokratiske spørgsmål.

Man kan også forestille sig, hvordan denne adfærd gavner patienten.



Lyt kun til patienten

Forstå patienten

Afstem forventninger

Målet er at understøtte en fælles problemløsning. Inden processen afsluttes, er det vigtigt at afstemme forventninger. Dette gøres ved, at der skabes en fælles forståelse af situationen.

Der skabes mulighed for en gensidig forventningsafstemning ved at meddrage patienten i den videre proces, f.eks. ved at informere og lave konkrete aftaler.

Informere

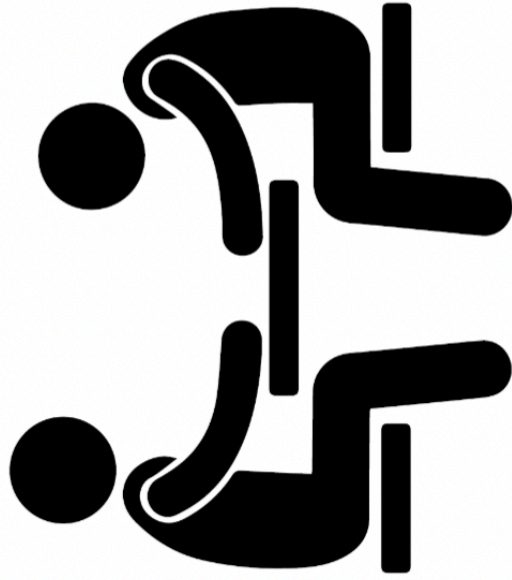
Fortæl, hvad der skal ske, hvis det er grænsesætning eller afvisning af et

ønske. Husk altid at begrunde handlingen.

Medinddrag

Forventningsafstemningen er gensidig. Spørg patienten, hvad der plejer at hjælpe ham i denne situation. Spørg hvordan du kan hjælpe ham med at løse sit problem og spørg, hvad han forventer af dig.

Det er vigtigt, at du er troværdig og ikke lover noget, du ikke kan holde.



Forslag til dialog

"Hvis du skulle give et råd til mig om, hvordan jeg skal håndtere denne situation, hvad er så dit forslag?"

"Hvordan håber du denne her situation slutter?"

"Hvilke forventninger har du til mig eller mine kollegaer i denne situation?"

"Hvis du skal vælge blandt to muligheder, hvad vælger du så?"

Informere

Medinddrag

Evaluer processen

Evaluering er deeskaleringsprocessens afslutning. Der kan være mange forskellige opfattelser af hændelsen. Det er vigtigt, at der skabes et miljø, hvor personale og patienter kan reflektere over hændelsen og dermed skabe en læringssituation. Undgå at tolke andres adfærd. Fasthold fokus på egne handlinger.

Evaluering foretages med forskellige aktører, afhængig af hvem der var involveret, eller hvem der var vidne.

Evaluering foretages inden vagten forlades, og der evalueres altid med både patient og kollegaer.

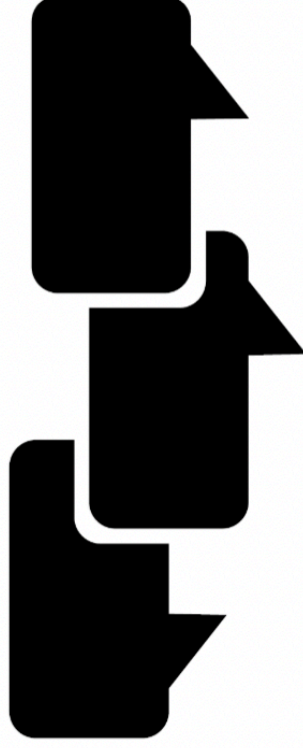
Patienten

Inden du går fra denne vagt, evalueres episoden med patienten.

Kollegaerne

Inden du går fra denne vagt, evalueres episoden med en eller flere kollegaer. Anvend denne vejledning og gennemgå processen systematisk.

Hvis episoden fandt sted i et offentligt rum, evalueres der også med medpatienter.



Patienten

Kollegaerne

Forslag til dialog

”Kan du huske i morges, hvor der pludselig stod en gruppe personale omkring dig? Den episode vil jeg gerne drøfte igennem med dig.”

Somatik



Akuttasken

Placering

Der findes akuttasker i Psykiatrisk Akutmodtagelse (medicinrummet, lok. 70.032) og på Akutafsnittet B205 (medicinrummet, lok. 63.022) samt alle øvrige døgnafsnit. Der er akuttasker til henholdsvis børn og voksne (afhængigt af om de vejer under eller over 40 kg). Der findes desuden her også udstyr til:

- **Basal luftvejshåndtering** - Rubens ballon, nasal-airway, sugekateter og Hudsonmaske
- **Ilflasker**



Indhold

I akuttasken findes udstyr til anlæggelse af drop, saltvand, sprøjter og kanyler samt tre medicinmoduler:

- **Forgiftning**
 - Naloxon – antidot mod opioider
 - Flumazenil – antidot mod benzodiazepiner
- **Krampe tilstande**
 - Stesolid klyasma (rektalsprøjte) – krampestillende benzodiazepin
 - Stesolid emulsion (injektionsvæske) – krampestillende benzodiazepin
- **Anafylaksi**
 - Adrenalin – sympatomimetika til behandling af anafylaksi
 - Tavegyl (clemastin) – antihistamin til behandling af allergiske reaktioner



Psykatri

Forgiftning - Behandling børn

Naloxon 0,4 milligram pr ml

Doseringsforslag:

Børn: 10 mikrogram/kg legemsvægt i.v. Hvis i.v. injektion ikke er mulig, anvendes i.m. injektion. Dosis kan gentages.

Barnets vægt: **Dosis Naloxon mikrogram (ml)**

5 kg	50 mikrogram (0,125 ml)
10 kg	100 mikrogram (0,25 ml)
20 kg	200 mikrogram (0,5 ml)
30 kg	300 mikrogram (0,75 ml)
40 kg	400 mikrogram (1 ml)

Flumazenil 0,1 mg pr ml.

Doseringsforslag:

Børn: 5 mikrogram/kg legemsvægt iv indgivet minimum over 15 sekunder.

Max. enkelt dosis 40 mikrogram/kg legemsvægt!

Barnets vægt: **Dosis Flumazenil mikrogram (ml)**

5 kg	25 mikrogram (0,25 ml)
10 kg	50 mikrogram (0,5 ml)
20 kg	100 mikrogram (1 ml)
30 kg	150 mikrogram (1,5 ml)
40 kg	200 mikrogram (2 ml)

Oktober 2014 • design@regionh.dk • 17944



Psykatri

Forgiftning - Behandling voksne

Naloxon 0,4 mg pr ml.

Doseringsforslag:

Voksne: 0,8 mg (2 ml) i.v. (evt. i.m.), evt. mindre refrakte doser ved moderat respirationspåvirkning. Hvis forbedring af respirationen ikke indtræder hurtigt, kan injektionen gentages med 2-3 min. interval.

Flumazenil 0,1 mg pr ml.

Doseringsforslag:

Voksne: Initialt 0,2 mg (2 ml) i.v. indgivet minimum over 15 sekunder.
Ved utilstrækkelig effekt kan gives 0,1 mg med 1 min. interval.

Oktober 2014 • design@regionh.dk • 17944

Krampe tilstande - Behandling børn

Stesolid Klyksma 5 mg pr Klyksma

Doseringsforslag:

Børn: 1-2 klyksma

Hvis Apoteket ikke kan levere Stesolid Klyksma 5 mg kan Stesolid Suppositorier 5 mg anvendes.

Ved fortsat anfald efter 5 min kan behandles med:

Stesolid emulsion 5 mg pr ml

Doseringsforslag:

Børn: 0,4 mg/kg legemsvægt i.m. eller langsomt i.v. (2-4 mg/min. under nøje observation af respirationen) evt. gentaget 20-30 min. senere.

Max. enkelt dosis 10 mg!

Barnets vægt: Dosis stesolid emulsion mg (ml)

5 kg	2 mg (0,4 ml)
10 kg	4 mg (0,8 ml)
20 kg	8 mg (1,2 ml)
30 kg	10 mg (2 ml)
40 kg	10 mg (2 ml)

Krampe tilstande - Behandling voksne

Stesolid Suppositorier 10 mg pr suppositorium

Doseringsforslag:

Voksne: 1-2 suppositorier.

Hvis Apoteket ikke kan levere Stesolid Klyksma 10 mg kan Stesolid Suppositorier 10 mg anvendes.

Stesolid emulsion 5 mg pr ml

Doseringsforslag:

Voksne: 10-20 mg (2-4 ml) langsomt i.v., evt. gentaget.

Anafylaksi - Behandling børn

Adrenalin 1 mg pr ml

Doseringsforslag:

Adrenalin gives dybt intramuskulært.

Barnets vægt: Dosis Adrenalin milligram (ml)

5 kg	0,1 mg (0,1 ml)
10 kg	0,2 milligram(0,2ml)
20 kg	0,4 milligram (0,4 ml)
30 kg	0,6 milligram (0,6 ml)
40 kg	0,8 milligram (0,8 ml)

Børn fra 40 kg: Behandles som voksne

Dosis kan om nødvendigt gentages efter 10-15 min. ved manglende eller utilstrækkelig effekt.

Tavegyl 1 mg pr ml (clemastin)

T112 IV

Doseringsforslag:

Børn: 0,02 mg/kg legemsvægt.

Barnets vægt: Dosis Tavegyl milligram (ml)

5 kg	0,1 mg (0,1 ml)
10 kg	0,2 milligram(0,2ml)
20 kg	0,4 milligram (0,4 ml)
30 kg	0,6 milligram (0,6 ml)
40 kg	0,8 milligram (0,8 ml)

Anafylaksi - Behandling voksne

Adrenalin: 1 mg pr ml

Doseringsforslag:

Voksne: 0,5-1 mg adrenalin (0,5-1 ml)

Adrenalin gives dybt intramuskulært.

Dosis kan om nødvendigt gentages efter 10-15 min. ved manglende eller utilstrækkelig effekt.

Tavegyl 1 mg pr ml (clemastin)

Doseringsforslag:

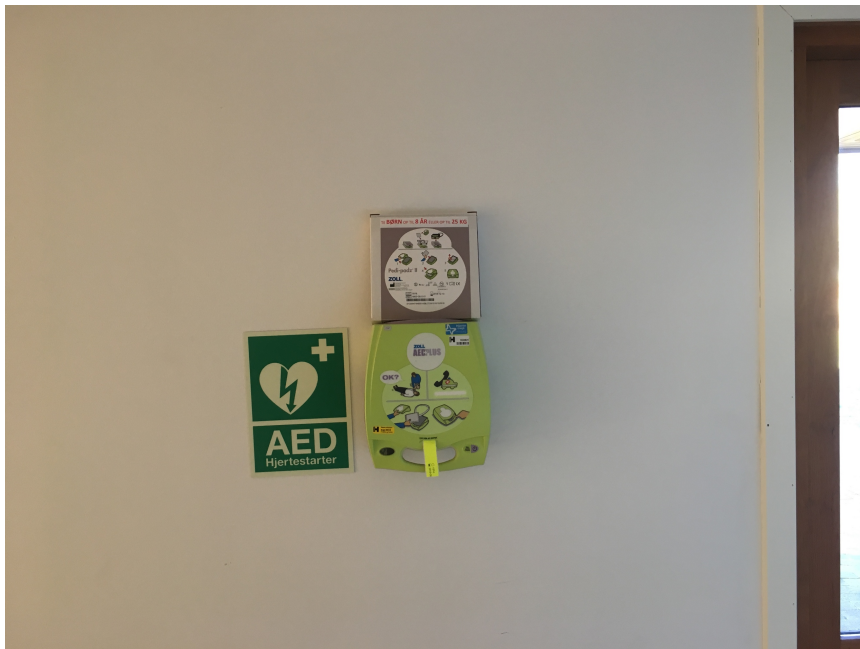
Voksne: 1-2 mg(1-2 ml) s.c., i.m. eller i.v

Hjertestarter (defibrillator)

Der findes bl.a. hjertestartere i Psykiatrisk Akutmodtagelse (medicinrummet, lok. 70.032) og i forhallen imellem indgangen til B205 og B204.

Se venligst:

- VIP - Hjertelungeredning og avanceret genoplivning af børn - specielle forhold (regionh)
- VIP- Hjertelungeredning af voksne for sundhedsfagligt personale
- Træningsvideoer i brugen af hjertestarteren (Zoll AEDPuls) på www.hjertevagt.dk

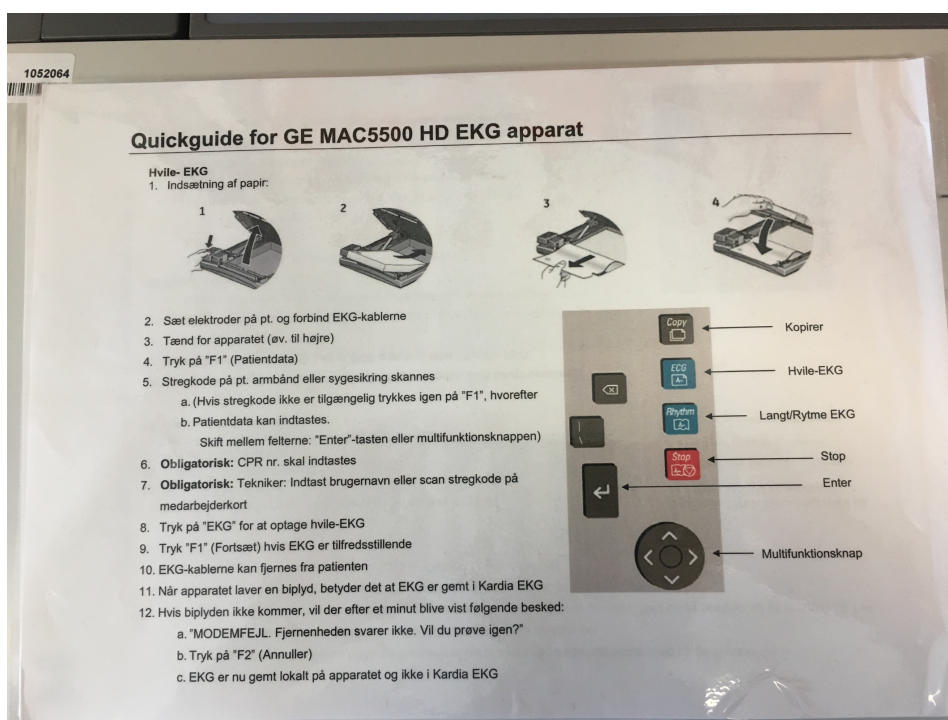


EKG-apparat

Det er ved behov muligt at tage et akut EKG, da der findes et EKG-apparat på Akutafsnittet B205 (medicinrummet, lok. 63.022). Der findes her en Quickguide vedrørende den praktiske udførelse.

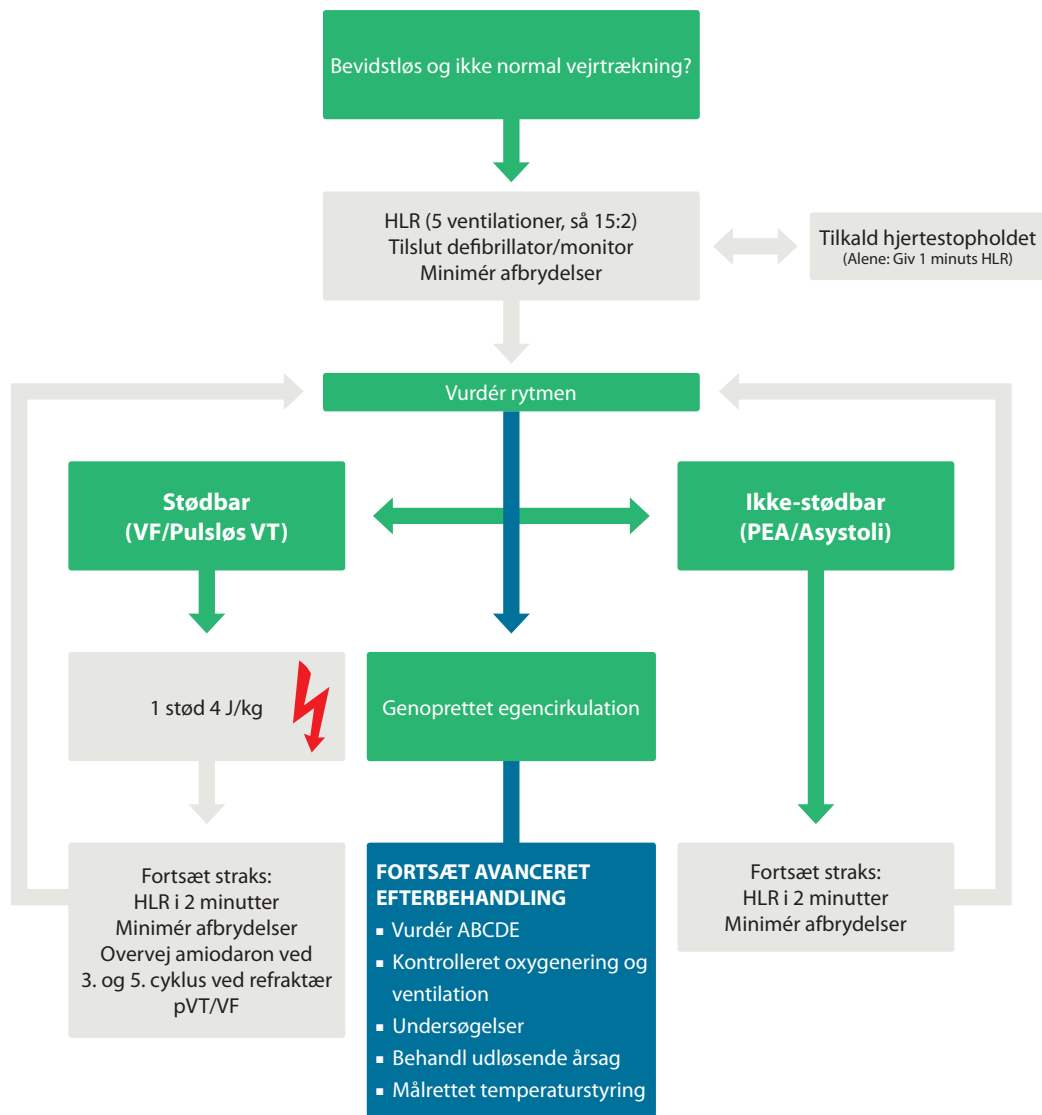
For tolkning af EKG se venligst:

- VIP – EKG hos børn og unge, tolkning af (BUC)
- VIP – EKG, gennemgang (Herlev børneafdeling – er en mere overskuelig guide)





Avanceret genoplivning af børn



SAMTIDIG MED HLR

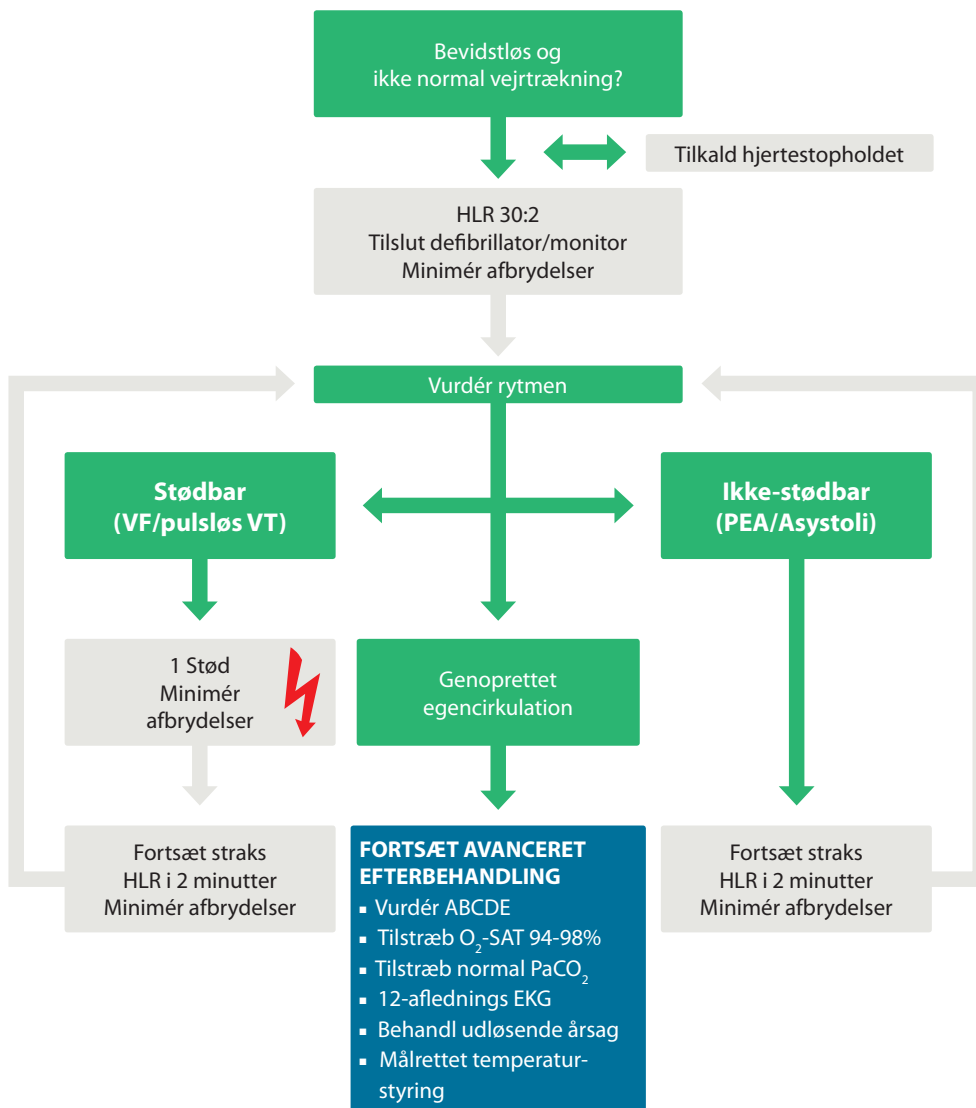
- Sikr kvalitets-HLR: frekvens, dybde, recoil
- Planlæg handlinger inden afbrydelser i HLR
- Giv ilt
- Vaskulær adgang (intravenøs/intraossøs)
- Giv adrenalin hvert 3.-5. minut
- Overvej avanceret luftvej og kapnografi
- Hjertemassage uden pauser, når avanceret luftvej er etableret
- Korrigér reversible årsager

BEHANDL REVERSIBLE ÅRSAGER

- Hypoxi
- Hypovolæmi
- Hypo-/hyperkalæmi, metabolisk
- Hypotermi/hypertermi
- Trombose - koronar eller pulmonal
- Trykpneumothorax
- Tamponade - hjerte
- Toksiner



Avanceret genoplivning



- SAMTIDIG MED HLR**
- Sikr kvalitets-hjertemassage
 - Minimér pauser i hjertemassage
 - Giv ilt
 - Anvend kapnografi
 - Hjertemassage uden pauser, når avanceret luftvej er etableret
 - Vaskulær adgang (intravenøs/intraossøs)
 - Giv adrenalin hvert 3.-5. min.
 - Giv amiodaron efter 3 stød

- BEHANDL REVERSIBLE ÅRSAGER**
- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Hypoxi | Trombose – koronar eller pulmonal |
| Hypovolæmi | Trykpnemothorax |
| Hypo-/hyperkaliæmi/metabolisk | Tamponade – hjerte |
| Hypotermi/hypertermi | Toksiner |

- OVERVEJ**
- Ultralydsundersøgelse
 - Mekanisk hjertemassage for at lette transport/behandling
 - Koronararteriografi og perkutan koronar intervention
 - Ekstrakorporal cirkulation

Blodprøver

Det er ved behov muligt at tage akutte blodprøver i vagten. Der findes udstyr til dette både i Psykiatrisk Akutmodtagelse og på Akutafsnittet B205.

For guidet instruks vedrørende den praktiske udførelse af blodprøvetagningen se:

- VIP – Blodprøvetagning, venepunktur (Nordsjællands Hospital, klinisk biokemisk afdeling)

Se venligst:

- VIP – Parakliniske prøvesvar på BUC døgnafsnit, håndtering af

Urin-drugtest

For sporing af stoffer/medicin er der mulighed for at tage en urinstix i både skadestuen og på B205. De forskellige urinstix kan variere lidt i forhold til, hvad de kan detektere. Varigheden for, hvor længe man kan spore diverse stoffer/medicin i urinen efter indtag afhænger bl.a. af dosis og følsomheden af testen, og kan derfor variere (nedenfor er anført estimater for ca. varighed af detektering i urinen).

Nedenstående urintest er fra B205 og måler indholdet af hhv.:

- | | |
|--|---|
| • COC – Kokain | (kan være positiv i op til 2-4 dage efter indtag) |
| • AMP – Amfetamin | (kan være positiv i op til 1-3 dage efter indtag) |
| • THC – Cannabis | (kan være positiv i op til 7-30 dage efter indtag) |
| • MTD – Metadon (syntetisk opioid) | (kan være positiv i op til 3-4 dage efter indtag) |
| • OPI – Opiater (morfin, kodein, heroin) | (kan være positiv i op til 1-4 dage efter indtag) |
| • BZO – Benzodiazepin | (kan være positiv i op til 21-42 dage efter indtag) |



Sjældne somatiske differentialdiagnoser ved psykiatriske symptomer hos børn og unge

Autoimmune encefalitter (*Anti-NMDA, ADEM*)

Anti-NMDA encefalitis (Anti-N-methyl-D-aspartat-receptor encephalitis)

- Er karakteriseret ved prodrom med influenzalignende symptomer, akut psykose med hallucinationer, vrangforestillinger, epilepsi eller bevægeforstyrrelser.
- Paraklinisk udredning i pædiatrisk regi består typisk bl.a. af blodprøver, lumbalpunktur, EEG og MR.

ADEM (Akut dissemineret encephalomyelit) – postinfektøs encefalit

- Opstår typisk 1-20 dage efter en infektion, som i de langt de fleste tilfælde har været en febersygdom. Er karakteriseret ved prodrom med influenzalignende symptomer. Debuterer ofte med let feber, hovedpine, sløvhed og evt. lysskyhed og NRS samt psykiatriske symptomer såsom personlighedsforstyrrelser, depression, psykose eller delir. Der kan være fokale neurologiske udfald, kramper og bevidsthedspåvirkning.
- Paraklinisk udredning i pædiatrisk regi består typisk bl.a. af blodprøver, lumbalpunktur, EEG og MR.

Viral encefalitis

- Er karakteriseret af akut/subakut feber, hovedpine, lysskyhed, adfærds- og psykisk ændring, bevidsthedspåvirkning, konfusion, fokale neurologiske udfald og kramper.
- Paraklinisk udredning i pædiatrisk regi består typisk bl.a. af blodprøver, lumbalpunktur, EEG og MR.

PANDAS (Paediatric Autoimmun Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infections)

- Karakteriseret ved at være pludselig indsættende tics og/eller OCD-symptomer. Forekommer hyppigst i alderen mellem 3 år og begyndelsen af puberteten. Der er en tidsmæssig forbindelse mellem symptomer og forudgående streptokok-infektion.
- Paraklinisk udredning i pædiatrisk regi består typisk bl.a. af halspodning (strep.A) og blodprøver (bl.a. strep.-antistof) samt evt. lumbalpunktur og MR.

Se venligst referencer:

- *VIP – Encefalitis og ADEM (Herlev børneafdeling)*
- *VIP – PANDAS (Herlev børneafdeling)*
- *Lægehåndbogen – Akut encephalitis*
- *Lægehåndbogen – Akut dissemineret encephalomyelit (ADEM)*

Meningitis

- Akut sygt barn med et eller flere af følgende symptomer: Feber, hovedpine, opkastning, irritabilitet, påvirket bevidsthedsniveau, kramper, hudblødninger (petekker/ekchymoser).
- Hos større børn nakke-rygstivhed.
- Hos børn fra skolealder og unge kan stærke bensmerter være et uspecifikt og hyppigt symptom ved meningokoksygdom.
- Hos spædbørn ofte ukarakteristiske symptomer som slaphed og blegthed, evt. spændt fontanelle.
- I forhold til encefalitis er der ved meningitis ikke fokale neurologiske udfald.

Se venligst reference:

- *VIP – Meningitis, purulent meningit hos børn og unge mellem 4 uger – 18 år (Herlev børneafdeling)*

Neuroborreliose

- Borreliose er forbundet med forskellige symptomer, som kan vise sig i forskellige stadier af sygdommen, men de almindeligste symptomer er fra hud (erythema migrans) og bevægeapparatet.
- Neuroborreliose kan opstå 4-8 uger efter flåtbid og er ikke altid forudgået af erythema migrans. Der kan være symptomer på subakut meningitis (lymfocytær), kranial neuritis eller radikulitis med sensoriske smerter eller pareser (hyppigst facialisparese) og almensymptomer.
- Meget sjældent udvikling til kronisk, progressiv meningoencephalitis. Andre sjældne sygdomsvarianter er perifere neuropatier, myelopatier, demens og parkinsonisme.

Se venligst referencer:

- *VIP – Neuroborreliose, diagnostik, behandling og opfølgning af*
- *Lægehåndbogen – Borreliose*

Epilepsi

Se venligst:

- *VIP – Krampeanfald (afebrilt) – og mulige epileptiske anfald*
- *Lægehåndbogen - Kramper*
- *VIP – Epilepsi hos børn og unge (Herlev børneafdeling)*
- *VIP – Status epilepticus hos børn ældre end 1 måned (Herlev børneafdeling)*
- *VIP – Psykogene non-epileptiske anfald (PNES) – udredning og behandling af voksne*
- *VIP – Neuropædiatri – pixibog*

Hjernetumor

Se venligst:

- *VIP – Primær kræft i hjernen, visitation og udredning ved mistanke om*
- *Lægehåndbogen – Hjernesvulster hos voksne*

Neurologisk undersøgelse af børn

Enhver neurologisk undersøgelse af børn tager udgangspunkt i barnets alder, dets udviklingsgrad og den specifikke problemstilling.

Begynd med en basal neurologisk screening

Er de sociale interaktioner normale? Er sprog og tale passende for alderen? Er syn, hørelse og gang normalt? Vurder også barnet, mens det leger, tegner eller skriver.

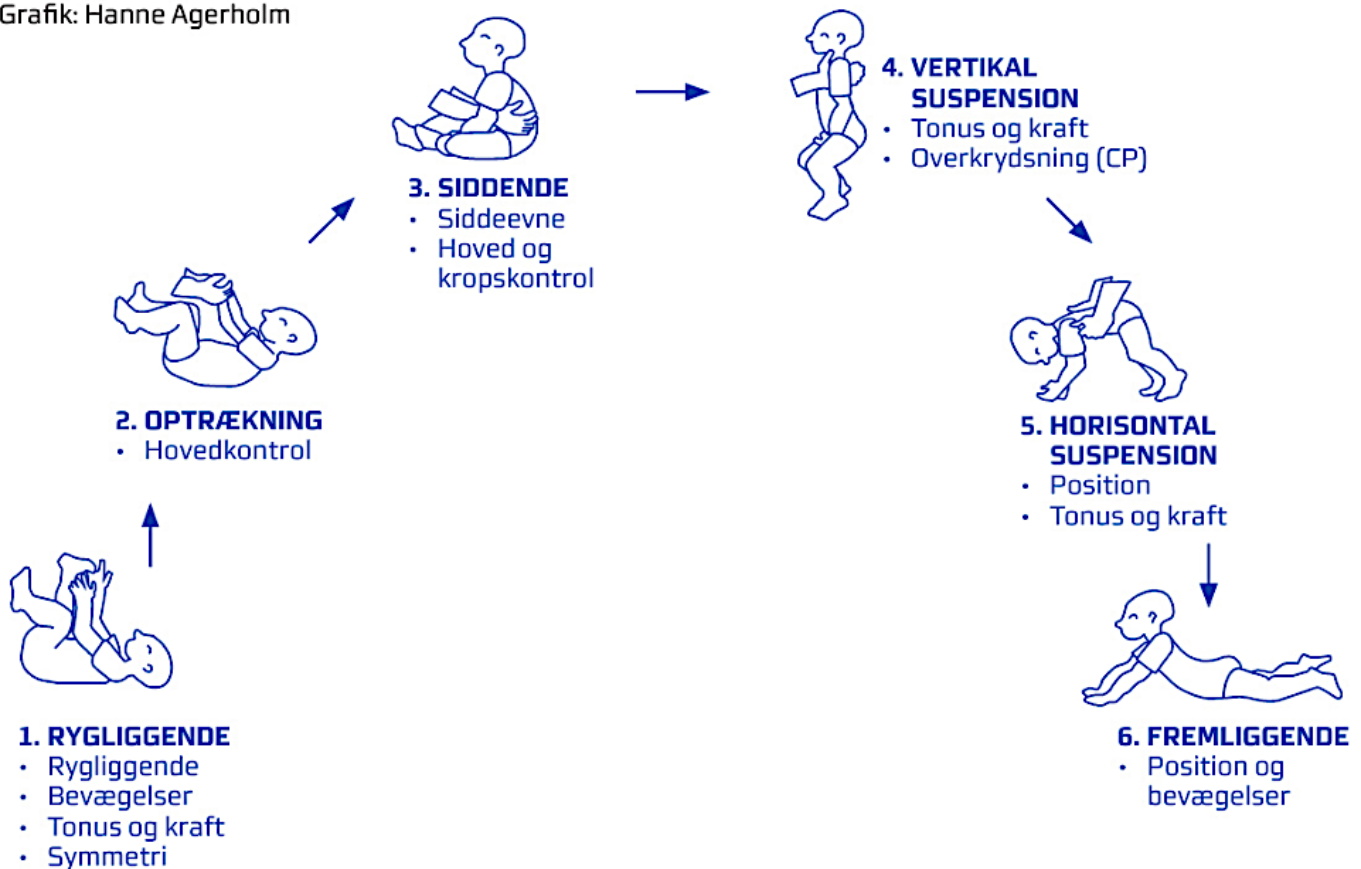
Mere detaljeret screening

Nyfødte: Observer det spontane og stimulerede bevægelsesmønstre, evnen til at fiksere med øjnene og sutte reflexen.

1-8 måneder: "180-graders undersøgelsen" er relevant. Nøje observation under denne simple, trinvis procedure vil give værdifuld information.

Figur 1

Grafik: Hanne Agerholm



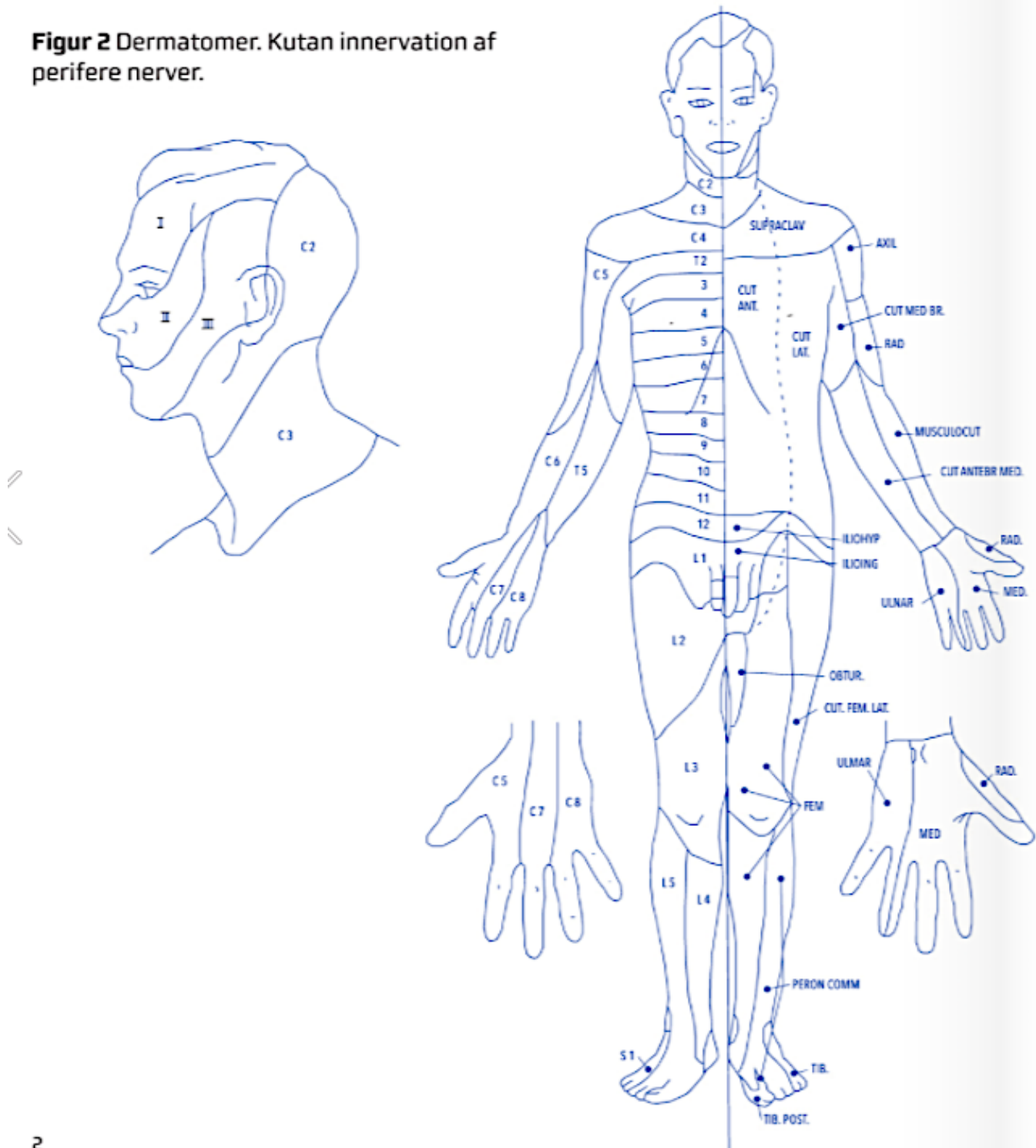
6-14 måneder: Undersøg gerne barnet på forældrenes skød. Undgå protest ved at udføre mere ubehagelige dele af undersøgelsen til sidst. Synsfelter, hørelse og følesans kan undersøges mens barnet vender ryggen mod undersøgeren.

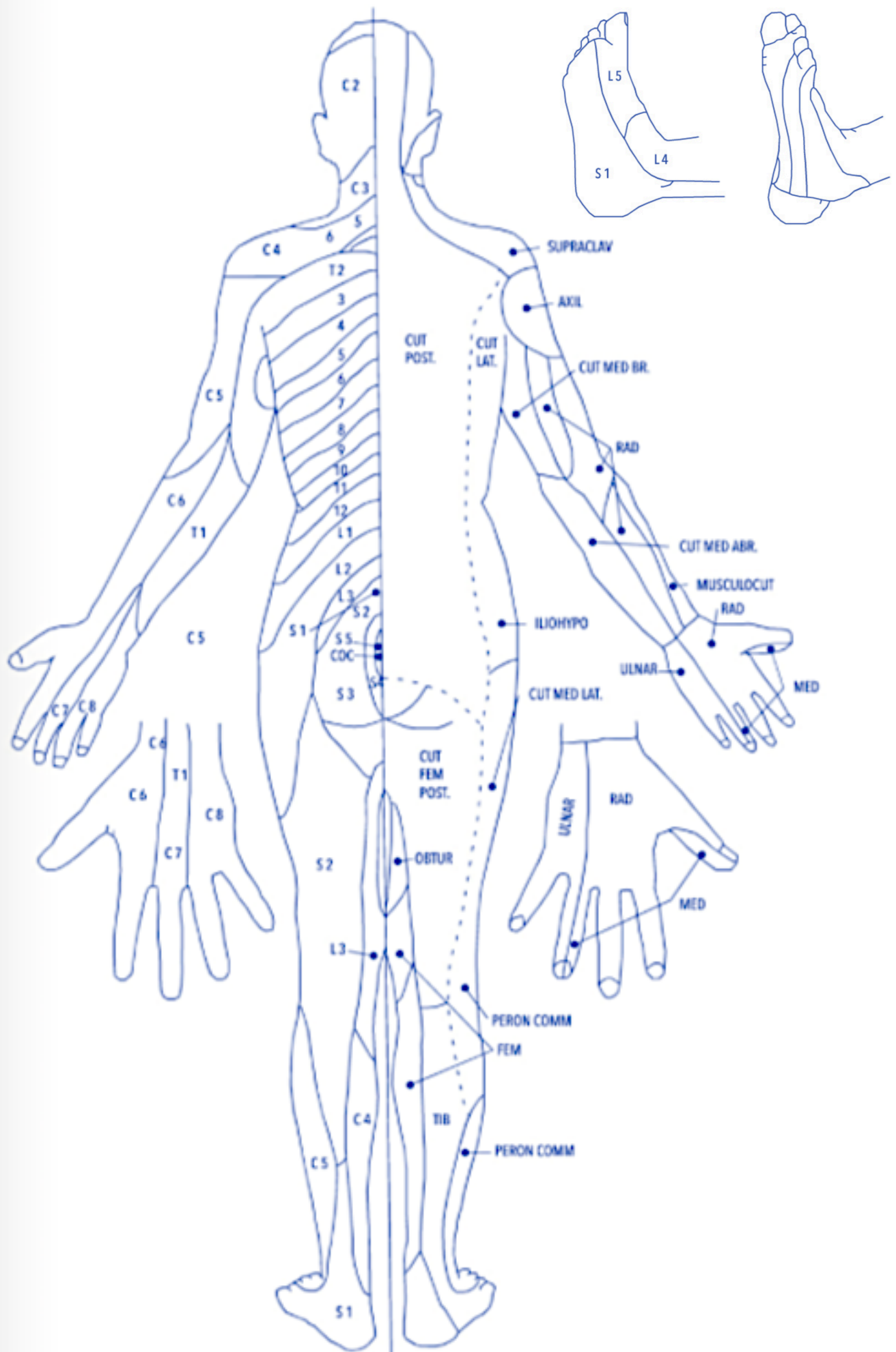
>4 år: Kan ofte samarbejde til en systematisk neurologisk undersøgelse.

Sensorisk funktion

Berøring (vatpind eller papirserviet), kulde/varme, smerte, positionssans, stereognose.

Figur 2 Dermatomer. Kutan innervation af perifere nerver.





Motorisk funktion

Observer: Normale eller unormale bevægelser. Bevægeomfang. Muskel-tonus, trofik og kraft. Dybe sene reflekser: Lad barnet berøre hammeren – eller demonstrer først dens brug på en af forældrene.

Kraft kan gradinddeles fra 0 til 5

- 0: Ingen kontraktion
- 1: Palpabel eller synlig kontraktion
- 2: Bevægelse med elimineret tyngdekraft
- 3: Bevægelse mod tyngdekraft
- 4: Bevægelse mod modstand
- 5: Normal kraft

(Medical Research Council 1975. Aids to the examination of the peripheral nervous (..) system HMSO, London)

Dybe reflekser kan gradinddeles fra 0-4

- 0: Ingen reflekser
- 1: Svage reflekser
- 2: Normale reflekser
- 3: Let hyperrefleksi
- 4: Svær hyperrefleksi. Øget zone. Langvarig klonus kan udløses

Finmotorisk funktion: Observer tegne færdigheder. Højre- eller venstrehåndet? Alderssvarende funktion? Finger opposition.

Grovmotorisk funktion: Observer barnet rejse sig fra rygliggende til stående stilling. Børn op til 3 år vil vende sig til fremliggende stilling for at komme op; efter 3 års alderen må man overveje muskelsvaghed eller lav muskeltonus.

Instruér barnet og demonstrér: Stå med lukkede øjne. Strakt arms test. Gå 10 meter, vend om og gå tilbage.

Gå på line: Forlæns og baglæns. Hop på et ben. Stå på et ben. Gå på hæle, gå på tæer. Gå på ydre fodrand. (Fog's test) Løb.

Om denne folder

Formålet med denne folder er at støtte klinikere som udfører klinisk undersøgelse af børn med neurologiske symptomer. Den 1. version blev publiceret i 2002. Den første internationale version blev publiceret i 2017. Thomas Balslev, MHPE, PhD, valgte og tilpassede indholdet. Thomas Balslev er overlæge ved Børn og Unge, Hospitalsenhed Midt, Viborg, og er prægraduat og postgraduat klinisk lektor ved Center for Sundhedsvidenskabelige Uddannelser, CESU, Aarhus Universitet. <http://cesu.au.dk/> thomas.balslev@midt.rm.dk

Folderen er sponsoreret af Dansk Neuropædiatrisk Selskab.
<http://dnps.dk/uddannelse/neurofolder/>

Kranienerver I-XII

1. Kan undersøges med en skjult pebermyntepastil
2. Synsstyrke udvikler sig med alderen: Spædbørn bør kunne se og følge et ansigt, som bevæger sig. Småbørn bør kunne se, bemærke og følge et lille objekt som en papirklips. Børn fra 2 år kan testes med Kay synsprøvetavler: <https://www.kaypictures.co.uk/>, E- eller Østerberg (Figur 3) synsprøvetavler. Test ved 3 eller 6 meter anbefales. Figur 3 er til øvelser på en meters afstand.
3. Total okulomotorius parese: Dilateret pupil, ptose af øvre øjenlåg, parese af den mediale, inferiore og superiore rektus muskel. Differential diagnose: Horner syndrom optræder ved påvirkning af de sympatiske fibre til øjnene og omfatter miosis, mild ptose og enophthalmus.
4. Trochlearis parese: Det afficerede øje roteres op med en kompensatorisk hældning af hovedet mod den normale side.
5. Styrke: Bed patienten bide sammen og bagefter vrikke underkæben fra side til side mod modstand. Følesans
6. Abducens parese: Det afficerede øje drejes medialt, med en kompensatorisk hoveddrejning mod den paralyserede side.
7. Styrke: Smil. Vis tænder. Øje lukning.

8. Hørelse: Hviskestemme, svag raslen.

- 9.+10. Lyt efter hæshed eller stridor. Observer den bløde gane, kløgningsrefleks og synkningsprocessen.



Approx 6/60

11. Styrke: Skulderløft. Hoveddrejning.



6/36

12. Styrke: Bed pt trykke tungen mod kinden, mens undersøgeren palpéerer tungespidsen.



6/24



6/18



6/12



6/9



6/6

Figure 3

Kognition

Interaktion: Kvalitet. Koncentration.

Hukommelse: Korttid og langtid.

Orientering: Tid og sted.

Staveevne, regneevne, geografi.

Agnosi: Vis f.eks. en blyant og spørg: hvad er det?

Forskolebørn og skolebørn: Tegn en mand.

Almen undersøgelse

Hud: Hypo eller hyperpigmenterede pletter.

Skelet: Hypoplasi eller hyperplasi. Asymmetri.

Ryg og krop: Kurver. Hudforandringer. Abdominalreflekser.

Hoved: Hovedomfang og form. Suturer og fontaneller.

Tabel 1 Glasgow Coma Scale

	4-15 ÅR	<4 ÅR	
Øjne	Åbnes spontant	Åbnes spontant	4
	Åbnes på kommando	Reaktion på tale	3
	Åbnes som reaktion på smerte	Reaktion på smerte	2
	Intet respons	Intet respons	1
Bedste motoriske	Adlyder	Spontan eller adlyder på kommando	6
	Lokaliserer smerter	Lokaliserer smerte	5
	Trækker sig ved smertestimulus	Trækker sig ved smertestimulus	4
	Unormal fleksion	Unormal fleksion	3
	Unormal ekstension	Unormal ekstension	2
	Intet respons	Intet respons	1
Bedste verbale	Orienteret	Smiler, interaktion	5
	Disorienteret	Spontan, irritabel gråd	4
	Uklar tale	Græder kun ved smertestimulus	3
	Uforståelige lyde	Stønnen	4
	Intet respons	Intet respons på smerte	1
Spændvidde			3 - 15

Anfalds klassifikation. ILAE 2017

Figur 4 En god beskrivelse er værdifuld når et anfald skal klassificeres.

I	Fokal start	Generaliseret start	Ukendt start		
II	<table border="1"> <tr> <td>Uden bevidstheds-påvirkning</td> <td>Med bevidstheds-påvirkning</td> </tr> </table>	Uden bevidstheds-påvirkning	Med bevidstheds-påvirkning		
Uden bevidstheds-påvirkning	Med bevidstheds-påvirkning				
III	<p>Motorisk start automatismer atonisk klonisk epileptiske spasmer hyperkinetisk myoklonisk tonisk</p> <p>Non-motorisk start autonomt adfærds stop kognitivt emotionelt sensorisk</p>	<p>Motorisk tonisk-klonisk klonisk tonisk myoklonisk myoklonisk-tonisk-klonisk myoklonisk-atonisk epileptiske spasmer</p> <p>Non-motorisk (absence) typiske atypiske myokloniske øjenlågs myoklonier</p>	<p>Motorisk tonisk-klonisk epileptiske spasmer</p> <p>Non-motoriske adfærds stop</p>		
	Fokalt til bilateralt tonisk-klonisk		Uklassificeret		

Adapteret efter: Fisher R. et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017;58(4):531–542. Med forfatternes tilladelse.

Download dansk eller engelsk udgave



Dine kommentarer til neurofolderen



Milepæle

Table 2. Adapteret efter: Denver development screening test (75% percentilen) og Illingworth: The development of the infant and young child.

ALDER	GROVMOTORIK	FINMOTORIK	SOCIAL FUNKTION	SPROG
5 uger	Løfter hovedet til 45 grader, drejer hovedet	Fine håndbevægelser Åbner hænderne	Smiler socialt	Laver lyde
3 mdr	Støtter vægt på underarme	Fører hænderne sammen	Betragter egen hånd	Ler
5 mdr	Ruller fra mave til ryg	Rækker ud efter ting	Smiler til eget spejlbillede Kilden	Pludrer
6 mdr	Sidder kortvarigt med rund ryg	Overfører objekter fra hånd til hånd		Imiterer lyde
9 mådr	Kommer op i siddende stilling Trækker sig til stående stilling	Pincet greb	Vinker farvel Leger "tutte bøh"	Reagerer på: Hvor er far
12 mdr	Går med en hånds støtte Kravler, kryber eller trækker sig frem på numsen	Giver slip på genstand på kommando	Reagerer på sit navn Genert	1-2 meningsfulde lyde Forstår 10-12 ord
18 mdr	Løber Går på trapper med hjælp	Laver streger med en tegneblyant Spiser med ske	Tager tøj af	Har mindst 6 ord Udpeger to legemsdele
24 mdr	Kaster og sparker en bold	Bygger tårn af 6 klodser Tegner lodret linie	Vasker og tørrer hænder	2-3 ords sætninger Kan synge
36 mdr	Hopper bredt Står på et ben i et sekund	Bygger bro af 3 klodser (efter model)	Tager T-shirt på	Udpeger 6 legemsdele
48 mdr	Hopper godt Står på et ben i 3-4 sekunder	Kopierer kryds Kopierer cirkel	Tager tøj på Børster tænder Leger rollelege Venter på tur	Genkender 4 farver
60 mdr	Står på et ben i 5 sekunder Tandemgang (hæl til tå)	Kopierer kvadrat	Tegner person med 6 dele	Tæller fem genstande

Somatiske komplikationer hos patienter med spiseforstyrrelse

Det er vigtigt at være opmærksom på, at patienter med anoreksi ofte henvender sig med andre klager end vægttab.

Såfremt der er tale om en akut somatisk komplikation til patienten med spiseforstyrrelse, skal patienten konfereres med pædiatrisk BV med henblik på vurdering af behov for akut somatisk indlæggelse.

Dette kan være ved én eller flere af følgende:

Anamnese

- Hurtigt og vedvarende vægttab (mere end 4 kg over de sidste 4 uger, eller mere end 30 % over 3 mdr.)
- Påvirket almen tilstand
- Bevidsthedspåvirkning (svimmelhed, konfusion, besvimelse)
- Muskelsvækkelse (svær myopati)
- Mistanke om excessiv vanddrikning

Objektivt

Værdier

- Svær afmagring (BMI under 14, eller vægtpercentil under 3 %)
- Hypotension (systolisk BT under 80 mm/Hg)
- Bradykardi (puls under 50)
- Hypotermi (temperatur under 36 °C)
- (Husk BS ved bevidsthedspåvirkning)

Klinisk

- Tegn på dehydrering (tørre slimhinder, nedsat hudturgor, indfaldne øjne)
- Ødemer

Paraklinisk

- EKG
 - Bradykardi (puls under 50)
 - Forlænget QTc (især ved samtidige elektrolytforstyrrelser)
 - Nodalrytme
 - Andre arytmier
- Biokemi
 - S-Kalium mindre end 3 mmol/l
 - Tegn på organpåvirkning: Forhøjet nyretal, levertal eller leukopeni
 - Svær metabolisk alkalose: HCO₃ over 40, eller PH over 7,5
 - (Opmærksomhed vedrørende hyponatriæmi ved excessiv vanddrikning).
- Ved mistanke om re-ernæringssyndrom, herved forstås symptomer som følge af genoptaget fødeindtagelse efter længere tids katabol tilstand (faste/spisestop). Tilstanden skyldes store forskydninger af bl.a. elektrolytter fra ekstracellulær- til intracellulær-væsken. Symptomer og fund kan være dyspnø, lungestase, ødemer, cerebrale symptomer, arytmi. Biokemisk ses især hypofosfatæmi, hypokaliæmi, hypomagnesæmi og vitaminmangel.
- Jo yngre des lavere tærskel for indlæggelse eftersom børn har mindre fedt- og glykogendepoter end voksne, og er i vækst og udvikling.

Se venligst referencer:

- *VIP – Spiseforstyrrelse, visitation af børn og unge*
- *VIP – Spiseforstyrrelser, udredning af børn og unge*
- *VIP – Spiseforstyrrelser, behandling af børn og unge med anorektisk spiseforstyrrelse*
- *Afdelingslæge pædiater Tina Messell, ambulatorium for spiseforstyrrelser B132*

Selvskade

Selvskade er relativt hyppigt forekommende blandt indlagte patienter. Strangulation, cutting og hovedbanken er tre hyppige metoder.

Strangulation

Ved strangulation er der risiko for frakturer af skjoldbruskene samt bløddelsskader (ødem, hæmatom) i endolarynx, med kompromittering af luftveje og påvirkning af stemmen til følge. Efter en strangulation skal patienten derfor altid tilses af en læge. Vær opmærksom på udvikling af tardivt larynxødem (dog relativt sjælden tilstand ved lette traumer, se nedenstående).

Anamnestisk er det vigtigt at få beskrevet:

- Varighed af stranguleringen
- Bevidsthedstab
- Genstand anvendt (fx snor, reb, ledning, sengelinned, beklædningsgenstand, hænder, plastikpose)
- Om patienten har hængt i noget, og i så fald om der har været kontakt til gulvet
- Smerter, synkebesvær eller globulusfornemmelse
- Andre somatiske klager

Objektivt skal der være opmærksomhed vedrørende:

- ABCDE (herunder vitale værdier)
- Stridor
- Stemme påvirkning med hæshed eller afoni
- Snørefure
- Petekkier (i så fald har der været manifest livsfare)
- Hæmatomer eller hævelse
- Trykømhed eller asymmetri/dislocering af larynx
- Anden mistanke om larynx- eller collumfraktur

Behandling/plan

- Ved akutte somatiske tilfælde behandles ud fra ABC-princippet og der ringes 112.
- Ved mindre akutte tilfælde kan ved behov konfereres med ØNH-vagthavende RH med henblik på evt. vurdering/observation.
- Der foretages efterfølgende altid **selvmordsrisikovurdering** og vurdering af **observationsniveau**.

Se også

Artikel i Ugeskr Læger (d. 15. marts 2010) – *”Tardivt larynxødem efter stumpt traume mod halsen”*

Her beskrives:

- Lette til moderate stumpe traumer mod eksterne larynx er hyppige. Og i Danmark indlægges patienter til observation for endolaryngealt ødem i minimum 24 timer. Patientgruppen er dårligt beskrevet i litteraturen og den sande incidens af både det akutte og det tardive ødem er dårligt belyst. Det samme gælder tidsforløbet, samt beskrivelse af, hvilken traumemekanisme der i særdeleshed øger risikoen for ovenstående.
- Særlig opmærksomhed bør udvises over for børn, traumer efter regelret hængning, fald og slag – samt i de tilfælde, hvor der observeres alarmerende kliniske fund.

Cutting

Er traumatiske sår påført ved at skære i sig selv, ofte på ekstremiteter. Husk at spørge til hvornår patienten har fået seneste stivkrampevaccination.

Det er vigtigt at vurdere sårets:

- Lokalisation, dybde og længde

At undersøge for yderligere skade på kar, nerver eller sener:

- Vaskulære forhold
 - Er der pågående blødning (ved arteriel blødning komprimeres såret og der ringes 112)
 - Er der normalt kapillærrespons og puls distalt for skaden
- Neurologiske forhold
 - Er der normal følesans, bevægelse og kraft distalt for skaden
- Muskulo-skeletale forhold
 - Er der mistanke om skade på sener, fascier eller muskler
 - Er der mistanke om underliggende brud

Ved ældre sår vurderes tegn på infektion/inflammation

- Rødme, hævelse, varme eller smerter
- Feber
- For indlagte patienter må BUC FV gerne suturere ukomplicerede sår, men det er ikke et krav. Patienten kan i stedet meldes til somatisk skadestue (Glostrup skadestue har åbent til kl 22, ellers Herlev Børnemodtagelse) og ledsages hertil af plejepersonale.
- Den vigtigste årsag til at lukke et sår er ikke de kosmetiske forhold, men det at nedsætte infektionsrisikoen og reetablere hudens infektionsbarriere. Patienten opfatter dog ofte det kosmetiske som det væsentligste, hvorfor man med teknikken bør tilstræbe at få både et optimalt kosmetisk og funktionelt resultat.
- Når såret ikke er potentielt kontamineret (ikke svært forurenet sår, stiksår, bidsår o.lign), skal det sutureres **inden 6 timer** fra skadetidspunktet. Er der gået mere end 6 timer, er såret potentielt inficeret og må som hovedregel ikke sutureres.
- Husk at bedøve patienten inden suturering, også selvom de beder om, at vi ikke gør. At undlade vil være yderligere "selvskade", blot påført af os som behandlere (selvskade by proxy).
- Der foretages efterfølgende altid **selvmordsrisikovurdering** og vurdering af **observationsniveau**.

Referencer:

- www.saks-odense.dk/wp-content/uploads/2012/01/Sutur-af-hudsår-med-instrumenter.pdf
- *Region Sjællands Dokumentportal – Traumatiske sår*

Hovedbanken

Ved voldsom hovedbanken skal der være opmærksomhed vedrørende følgende symptomer:

- Bevidstløshed eller amnesi
- Svær og tiltagende hovedpine samt opkastninger
- Underlig eller uforståelig adfærd og tale
- Tiltagende sløvhed eller besvær med at komme i kontakt med patienten
- Betydelige muskeltrækninger, kramper eller andre fokale neurologiske udfald

Se venligst:

- *VIP – Comotio cerebri (Herlev børneafdeling)*
- *VIP – Hovedtraume hos børn og unge under 18 år – observation og behandling*

Akutte bivirkninger til medicinsk behandling

Akut dystoni

- Er en tilstand med ufrivillige, groteske, vridende bevægelser eller unormal kropsholdning, der kan forekomme som medikamentel bivirkning ved brug af antipsykotika (ses oftest hos unge mænd i opstartsfasen af nyt antipsykotika).
- Ved akut dystoni skal der straks behandles med intramuskulær injektion af **Akineton 2,5 – 5 mg** (*Biperiden – antiparkinsonmiddel med antikolinerg virkning*).
- Perorale midler kan bruges som PN og profylaktisk opfølgning, fx tablet Lysantin 50 mg x 3 dgl (*Orphenadrin – antiparkinsonmiddel med antikolinerg virkning*).

Se venligst referencer:

- *VIP – Akut agiterede børn og unge, behandling af*
- *Lægehåndbogen - Dystoni*

Malignt neuroleptikasyndrom

- Malignt neuroleptikasyndrom er en potentielt fatal komplikation til brug af neuroleptika/antipsykotika.
- Tilstanden kendetegnes ved en blanding af feber, parkinsonisme, katatoni og muskelsmerter.
- Kan ofte præsentere sig ved udvikling af uforklarlig feber og øget muskeltonus (evt kramper) i løbet af et par døgn.
- Al antipsykotisk medicin samt evt. litium og antikolinergika seponeres.
- Der tages CK for at sikre diagnosen (er typisk forhøjet mindst x5 over normalt).
- Behandlingen foregår i somatisk regi. Den er primært symptomatisk og rettet mod at undgå komplikationer.

Serotonergt syndrom

- Er et symptomkompleks forårsaget af overdosering med serotonergt aktive substanser.
- De hyppigste symptomer og tegn er forvirring, tremor, svedtendens, feber, hjertebanken og hyperrefleksi.
- Ofte opstår tilstanden efter, at to eller flere serotoninaktive midler kombineres, men tilstanden kan også opstå ved monoterapi.
- Typiske udløsende substanser er:
 - MAO-hæmmere, SSRI, SNRI, TCA, litium og sumatriptan.
 - Amfetamin, kokain, ecstasy og LSD.
- Vigtigt for håndtering af tilstanden, er tidlig diagnose og seponering af udløsende præparat.
- Tilstanden udvikles hurtigt og kan være livstruende. Behandlingen foregår i somatisk regi, den er primært symptomatisk (i visse tilfælde specifik serotoninhæmning) og rettet mod at undgå komplikationer.

Se venligst referencer:

- *VIP – Malignt neuroleptikasyndrom*
- *Lægehåndbogen – Malignt neuroleptikasyndrom*
- *Lægehåndbogen – Serotonergt syndrom*

	Serotonergt syndrom	Malignt neuroleptikasyndrom
Udløsende lægemiddel	Serotonergt præparat	Antipsykotika
Tidsforløb	<ul style="list-style-type: none"> Hurtig debut, almindeligvis timer til et døgn Tilstanden går hurtigt over i løbet af 1-2 døgn 	<ul style="list-style-type: none"> Langsom debut, ofte flere dage Langtrukket forløb, flere dage til uger
Fund	<ul style="list-style-type: none"> Ofte moderat rigiditet Hyperrefleksi, myoklonus, nystagmus og mydriasis er almindelig 	<ul style="list-style-type: none"> "Blyrørs"-rigiditet Ikke hyperrefleksi, myoklonus, nystagmus eller mydriasis

Benzodiazepinforgiftning

- Mortalitet og morbiditet i forbindelse med benzodiazepinforgiftning er lav og respirationsdepression og hypotension er sjældent.
- Forgiftninger med benzodiazepiner sker ofte ved kombinationer med andre lægemidler, narkotiske stoffer eller alkohol. Mortaliteten og morbiditeten bliver i disse tilfælde forøget.
- Flumazenil (benzodiazepin antidot) er indiceret, hvis respirationsfrekvensen falder under 10/min eller iltmætningen under 92 %.
 - For dosisforslag se kapitlet - *Akuttasken dosisforslag*
- Man skal være opmærksom på samtidig indtagelse af krampeinducerende lægemidler, da den krampestillende effekt af benzodiazepiner kan blive ophævet ved brug af Flumazenil.
- OBS I tilfælde af alvorlig forgiftning behandles desuden ud fra ABC-princippet og der ringes 112

Se venligst referencer:

- VIP – Akut agiterede børn og unge, behandling af
- VIP – Akut instruks, til brug ved det lægelige vagtarbejde på Psykiatrisk Center Glostrup, 2018 (PDF)

Se også:

- Lægehåndbogen – Benzodiazepinforgiftning
- Pro.medicin.dk – Flumazenil

Narkotiske stoffer og akutte rusmiddeltoksidromer

Akut toksidrom er betegnelsen for en gruppe af kliniske fund og symptomer, der konsekvent optræder ved forgiftning med et specifikt giftstof, herunder rusmidler. Akutte toksidromer kan beskrives ved kombinationen af vitalparametres værdier, kliniske fund og organspecifikke manifestationer. **Ved tvivl kontakt Giftlinien: 82 12 12 12**

Rusmiddeltoksidromer opdeles på baggrund af det pågældende rusmiddels primære virkning i henholdsvis aktiverende, sløvende og hallucinogene stoffer.

Aktiverende stoffer

- Aktiverende stoffer omfatter bl.a. kokain, amfetaminer, ecstasy, methylphenidat (Ritalin®) og khathinon (khat).

Sløvende stoffer

- Sløvende stoffer omfatter bl.a. opioider (morfin, heroin, metadon, fentanyl, kodein, tramadol, oxycodon), alkohol, benzodiazepiner, cannabis og GHB (fantasy).

Hallucinogene stoffer

- De hallucinogene stoffer omfatter bl.a. LSD, psilocybin (svampe), meskalin (kaktus) og ketamin (lægemiddel, der anvendes til bedøvelse).

Oversigt over vitalparametre og kliniske fund ved specifikke rusmiddeltoksidromer (SST 2012):

	Blodtryk	Puls	Respiration	Temperatur	Centralnervesystemet	Pupilstørrelse	Peristaltik	Sved	Andet
Aktiverende stoffer	↑	↑	↑	↑	Agiteret	↑	↑	↑	Rysten, kramper
Opioider	↓	↓	↓	↓	Sedation	↓	↓	–	Nedsatte reflekser
Alkohol / benzodiazepiner	↓	↓	↓	–/↓	Sedation	↑/↓	↓	–	Nedsatte reflekser, manglende koordinering

Se venligst:

- Sundhedsstyrelsen - Vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger, 2012
- Sundhedsstyrelsen - Stoffer, hvordan virker de og hvordan ser de ud, 2016

OBS

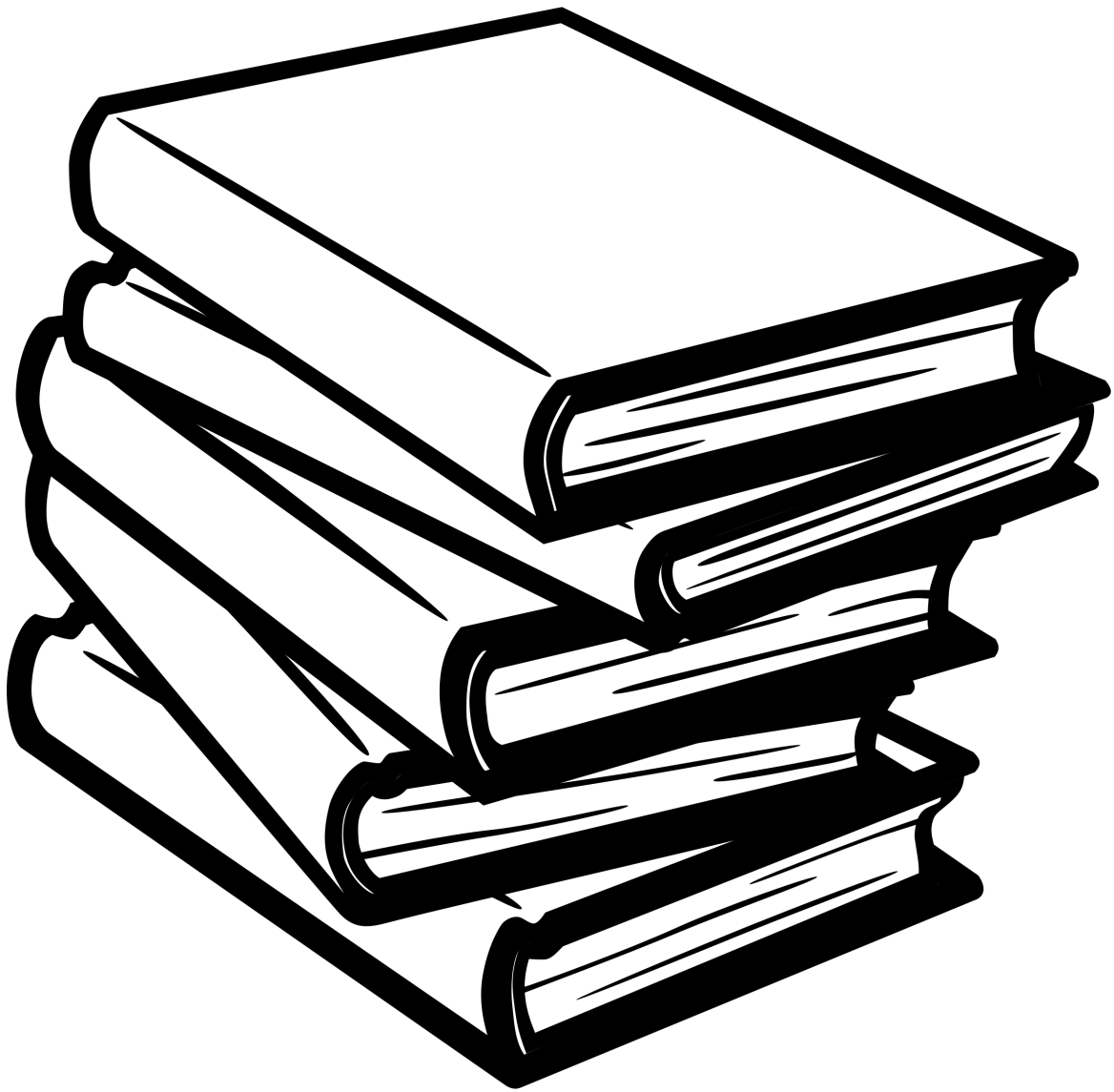
- Vær opmærksom på, at en hyppig dødsårsag ved intoksikation af aktiverende stoffer er **hypertermi**. Ved forhøjet temperatur bør derfor konfereres med pædiatrisk vagthavende.
- Det er ikke helt sjældent, at der ved intoksikation af aktiverende stoffer kan forekomme **koronar vasospasme** (Prinzmetals angina). Husk derfor at spørge ind til brystsmerter og andre kardielle symptomer.
- Ved indtag af både kokain og alkohol dannes der en særlig **kardiotoksisk metabolit** i leveren (Cocaethylene), der bl.a. øger risikoen for arytmier. *Reference: Giftlinien*

Abstinenser og monitoring

Se venligst:

- *VIP – Abstinensstilstand, blandingsmisbrug*
- *VIP – Abstinensstilstand, opioider*
- *VIP – Abstinensstilstand, benzodiazepiner*
- *VIP – Alkoholabstinensbehandling – visitation, monitorering og scoring*
- *VIP – Pediatric Early Warning Score (PEWS) - systematisk observation og risikovurdering af indlagte børn og unge på hospital samt dertil hørende handlingsalgoritme*
- *Lægehåndbogen*

Uddannelse m.m.



Uddannelsesansvarlige overlæge (UAO)

Den uddannelsesansvarlige overlæge sikrer sammen med afdelingsledelsen et godt uddannelsesmiljø og muligheder for et højt læringsudbytte.

Følgende arbejdsopgaver indgår i den uddannelsesansvarlige overlæges funktionsbeskrivelse:

- Overordnet sikring af læringsmiljøet i afdelingen.
- Sikre at der findes uddannelsesprogrammer for alle afdelingens typer af uddannelsesstillinger.
- Informere om at der skal udarbejdes en individuel uddannelsesplan for uddannelseslægen.
- Sikre at enhver uddannelseslæge tildeles en hovedvejleder.
- Engagere og instruere hovedvejledere.
- Deltage i håndteringen af uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.
- Godkende tidsmæssigt gennemførelse af dit forløb.
- Opfordre til at evaluere uddannelsen udføres.
- Give afdelingen feedback på uddannelsen samt iværksætte og gennemføre kvalitets-udviklingsarbejde.

Hvis du har spørgsmål vedrørende din uddannelse kan du altid kontakte din uddannelsesansvarlige overlæge!

Hovedvejlederen

Alle uddannelseslæger i en afdeling skal have en hovedvejleder. Denne er en læge, der er senior i forhold til uddannelseslægen. Hovedvejlederen har en helt central rolle og pålægges ansvar for den praktiske gennemførelse af én eller flere uddannelseslægers forløb i afdelingen.

Følgende arbejdsopgaver indgår almindeligvis i hovedvejlederens funktion:

- Sætte sig grundigt ind i uddannelsesprogrammet for det gældende uddannelsesforløb.
- Udarbejde en individuel uddannelsesplan sammen med uddannelseslægen for uddannelsesforløbet i afdelingen.
- Sikre at uddannelsesplanen bliver gennemført.
- Sikre løbende justering af uddannelsesplanen.
- Informere daglige kliniske vejledere om uddannelsesplanen.
- Sammen med afsnitsledelsen være ansvarlig for, at introduktionsprogrammet bliver gennemført.
- Anvende pædagogiske redskaber sammen med uddannelseslægen. Evt. uddelegeres opgaven.
- Yde klinisk vejledning og give feedback.
- Gennemføre fortløbende vejledning.
- Inddrage den uddannelsesansvarlige overlæge i uhensigtsmæssige uddannelsesforløb. Kompetencevurdering af de enkelte kompetencer.
- Attestere at de til uddannelsesforløbet svarende kompetencer er opnået.

Referencer:

- www.sst.dk/da/uddannelse/speciallaeger/maalbeskrivelser/boerne-og-ungdomspsykiatri
- Uddannelsesudvalget BUC

Speciallægeuddannelsen i børne- og ungdomspsykiatri

Der henvises til Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst på www.laegeuddannelsen.dk

- Her findes oversigt med: Faglig profil, vurderingsskema, vejledning, målbeskrivelse, kursus og forskningstræning, oversigt over intro-stillinger, oversigt over H-uddannelsesforløb og uddannelsesprogrammer.
- Du kan endvidere læse om speciallægeuddannelsen på sst.dk eller bupnet.dk

Introstillingen

Kurser:

- RegionH Psykiatri – Introduktionskursus
- Lokale introduktionsdage på BUC Glostrup
- Pædagogik II kursus (hvis du ikke allerede har gennemført det - husk at du selv skal tilmelde dig)
- I-kurser (husk at du selv skal tilmelde dig) - se www.bupnet.dk/uddannelse/speciallaegeuddannelsen-i-børne-og-ungdomspsykiatri
- Psykoterapikurser efter aftale med din afdelingsleder (husk at du selv skal tilmelde dig) – se *nedenstående kapitel om "Psykoterapeutisk grunduddannelse" samt Kursusportalen (plan2learn.dk)*.

For nærmere beskrivelse af bestilling/refundering af transport, hotel, diæter osv. – se vejledninger for TUR.

Hoveduddannelsen

Eksempel på H-uddannelsens opbygning:

Periode:	H1 (12 mdr)	H2 (12 mdr)	H3 (12 mdr)	H4 (12 mdr)
Matrikel:	Glostrup	Glostrup	Roskilde	Bispebjerg
Afdeling:	Børnepsykiatrisk ambulatorium	Børnepsykiatrisk dag-/døgnaftsnit	Ungdomspsykiatrisk ambulatorium	Ungdomspsykiatrisk dag-/døgnaftsnit
Supplerende uddannelse:	Voksenpsykiatri (4 uger)	Pædiatri (4 uger)	Forskningsmodul (10 dage teori / 10 dage praksis)	
Specialespecifikke H-kurser				
Psykoterapi kurser				
Generelle kurser Sol 1, Sol 2 og Sol 3				

Uddannelsesplaner og kompetencekort

- En uddannelsesplan er en individuel udmøntning af uddannelsesprogrammet med tilpasning til den enkelte læge ud fra dennes og uddannelsesstedets aktuelle forudsætninger og muligheder.
- Uddannelsesplanen fastlægger konkret (hvornår og hvordan) erhvervelsen af kompetencer skal ske.
- Uddannelsesplanen fastlægger evt. indsatsområder for kortere tidsperioder i uddannelsesforløbet på uddannelsesstedet - og/eller prioritering af kompetencer frem til udarbejdelse af næste uddannelsesplan.
- Uddannelsesplanen er et stærkt redskab til at udvikle refleksion i personlig uddannelsesudvikling og egen monitorering og bør anvendes i alle uddannelsesstillinger i en form tilpasset niveau af stilling.
- Uddannelsesplanen udfærdiges af den kliniske vejleder og den uddannelsessøgende læge i fællesskab under introduktionssamtalen med udgangspunkt i målbeskrivelsen og logbogen. Der anbefales 1 vejledning om ugen, og lægen skal i gennemsnit opnå, og få evalueret og godkendt mindst 2 kompetencer pr. måned.

Du kan finde en skabelon for uddannelsesplaner og kompetencekort via:

- www.laegeuddannelsen.dk -> Speciallægeuddannelsen -> Børne- og ungdomspsykiatri -> Uddannelsesprogrammer

Psykoteraapeutisk grunduddannelse

Generelt om psykoterapi

I forhold til den lægelige grunduddannelse i psykoterapi er der lavet en mappe med undermapper vedrørende psykoterapi. Du kan finde mappen her:

- **P:\BUC\PSYKOTERAPI**

Du kan ligeledes finde flere informationer om grunduddannelse i psykoterapi på

- **www.bupnet.dk/uddannelse/psykoterapi**

Det er vigtigt du kommer i gang med terapien allerede på dit intro-år, da det er godt at være på forkant og sjovt at give terapi 😊

For at opnå grunduddannelsen i psykoterapi skal uddannelsen stykkes sammen fra introåret og H-uddannelsen.

Du skal opnå kompetencer indenfor tre områder:

- **Psykodynamisk terapi**
- **Kognitiv adfærdsterapi**
- **Systemisk terapi (familieterapi/narrativ terapi)**

For alle tre områder gælder det, at du skal have kompetencer indenfor både teori og praksis.

På baggrund af Børne- og ungdomspsykiatrisk selskabs psykoterapibetænkning fra 2008 øges kravene til psykoterapien fra 2008-2020. Du kan her finde en opdateret version af psykoterapibetænkningen her:

- **www.bupnet.dk/media/betænkning_25-11-2016.pdf**

Her beskrives også kravene i forhold til teori, praksis og supervision.

Teoridelen sammensættes af elementer fra Grundkursuset i psykoterapi, I-kursus, H-kursus og øvrige kurser. Husk at samle kursusbeviserne sammen.

Praksisdelen består af, at du har patienter i de tre forskellige retninger med opfølgende supervision. Det er vigtigt at du har en supervisor, der er godkendt af psykoterapiudvalget i BUP ellers tæller det ikke. Det kan også være en supervisor der er på vej til at blive supervisor, men denne skal være superviseret af specialist i psykoterapi, der står på BUP's liste:

- **www.bupnet.dk/media/Specialist_og_supervisorliste_til_BUP-DK_opdat.pdf**

Grundkursus i psykoterapi

Grundkursus i psykoterapi i børne- og ungdomspsykiatrien består af fire moduler med teoretisk introduktion til de anvendte psykoteraeutiske retninger.

- Modul 1: Generel introduktion til psykoterapi
- Modul 2: Psykodynamisk terapi
- Modul 3: Kognitiv adfærdsterapi
- Modul 4: Systemisk terapi (familieterapi/narrativ terapi)

Kurserne slås op på Kursusportalen.

- **www.kursusportalen.plan2learn.dk**

Du kan oprette en kursusagent, så du automatisk bliver orienteret, når kurset udbydes.

Godkendelse af psykoterapi

Videreuddannelsesudvalget godkender grunduddannelsen i psykoterapi for læger i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægeuddannelse. Du kan finde en vejledning vedrørende godkendelsen af terapiforløb og supervision på:

- www.bupnet.dk/uddannelse/psykoterapi

Før at ansøgningen indsendes, bør ansøgeren sikre sig at supervisorernes navne er læsbare, at supervisorerne er godkendt jævnfør listen på hjemmesiden og at kravene i psykoterapibetænkningen er opfyldt.

Fristerne for indsendelse af ansøgning er som følgende: 1. januar, 1. april, 1. august og 1. november.

Psykoterapi-supervision på Glostrup matriklen

Kognitiv adfærdsterapi

Supervisorer: overlæge Gabriele Leth, B295 Ungeambulatoriet.

Gabriele har supervisionsgrupper. Du kan kontakte Gabriele med henblik på at koordinere supervision til terapiforløb på:

- gabriele.leth@regionh.dk

Familieterapi / Narrativ terapi

Supervisor: overlæge Marianne Gürtler, B294.

Marianne har supervisionsgrupper. Du kan kontakte Marianne med henblik på at koordinere supervision til terapiforløb på:

- marianne.gyrtler@regionh.dk

Psykodynamisk terapi

Supervisorer: Psykolog Marianne Skydsbjerg, Centerledelsen.

Overlæge Françoise Gautre-Delay, B291 Ambulatorie for spæd og småbørn.

Begge har supervisionsgrupper.

Du kan kontakte Marianne og Françoise på henholdsvis:

- marianne.skydsbjerg@regionh.dk
- francoise.catherine.denise.gautre-delay@regionh.dk

Reference: Overlæge Marianne Gürtler

Uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL)

UKYL samarbejder med uddannelsesansvarlige overlæge (UAO), TR, vejledere og ledelsen om tilrettelæggelse af uddannelsen samt at håndtere uhensigtsmæssige uddannelsesforløb.

UKYLs arbejdsopgaver

- Planlægning og koordinering af regelmæssig undervisning for yngre læger.
- Bidrage til håndtering af uddannelsesforløb, der er kørt skævt.
- Medvirke til implementering af nye uddannelseselementer for yngre læger.
- Er med til at udrydde myten om "den fejlfri læge" med fokus på en læringskultur, der anerkender at fejl opstår. Så der kan tales åbent om det og på den måde bidrage til en bedre forståelse og forebyggelse.

Du kan altid kontakte din UKYL, hvis du har spørgsmål eller utilfredshed vedrørende din uddannelse!

Udpegningen af UKYL sker i samarbejde mellem ledelsen, uddannelsesansvarlig overlæge og yngre læger.

Tidsforbruget til funktionen som UKYL, vil afhænge af de aftalte opgaver og variere ved særlige tiltag i BUC. Dette skal aftales ved udpegningen. Ledelsen skal i samarbejde med den uddannelsesansvarlige overlæge sikre, at der i arbejdstilrettelæggelsen afsættes den aftalte og nødvendige tid til funktionen.

Fælles ansvar

Et godt og spirende uddannelsesmiljø/kultur kræver selvfølgelig de rette rammer, men er også i høj grad et fælles ansvar. Så hvis du har nogle gode ideer eller lyst til at sætte et initiativ i søen, kontakt da din UKYL eller uddannelsesansvarlige overlæge, så vi i fællesskab kan arbejde videre på det.

Tillidsrepræsentant (TR)

TR-uddannelsen

- Din TR har været på TR-kursus I og II, hvor man lærer mere om det fagpolitiske arbejde, løn, uddannelse, overenskomst, TR-regler og MED-strukturer.

Løn

- Din TR medvirker til at sikre kolleger den rigtige løn bl.a. ved at videreformidle information om overenskomsten og andre (lokale) aftaler. Derudover deltager din tillidsrepræsentant i lønforhandlinger.

Arbejdstilrettelæggelse

- Din TR medvirker til at sikre en god arbejdstilrettelæggelse. Hvis du oplever problemer med din bagvagt, personale, arbejdstider eller vagtbelastning, kan du kontakte din TR.

Afskedigelses- og personsager

- Din TR er den enkelte yngres "advokat" i forbindelse med afskedigelses- og personsager. Hvis du har problemer med dit uddannelsesforløb kan du kontakte din TR.

Hvis du har behov for en snak eller yderligere spørgsmål kan du altid kontakte din TR!

Reference: Læge Erik Døssing

Arbejdsmiljørepræsentant (AMR)

Arbejdsmiljørepræsentant for Yngre Lægers arbejdsmiljø (AMR-YL)

- AMR-YL indgår i sin egen tværgående arbejdsmiljøgruppe – denne er bestående af AMR-YL og klinikchef Jan Birnbaum Christensen.
- AMR-YL vælges for en 2-årig periode af de medarbejdere, AMR repræsenterer.
- Overordnet skal AMR være med til at overholde arbejdsmiljølovens krav om, at arbejdet kan foregå sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt.
- **AMRs opgaver er - i samarbejde med arbejdsmiljøleder - at:**
 - Varetage og deltage i aktiviteter til at beskytte ansatte og forebygge fysiske og psykiske skader som følge af arbejdet, herunder arbejdsbetinget stress.
 - Kontrollere at arbejdsforholdene er sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarlige.
 - Motivere og inspirere den enkelte medarbejder til at tage medansvar for eget og andres arbejdsmiljø gennem en fornuftig og sund adfærd.
 - Sørge for en løbende dialog med medarbejderne om forhold af arbejdsmiljømæssig art.
 - Deltage i planlægningen af arbejdsmiljøarbejdet, herunder udarbejdelse af arbejdspladsvurderinger (APV) og Trivsel-OP samt at registrere og følge op på arbejdsmiljøproblemer i IPL løbende.
 - Være kontaktpunkt mellem de ansatte og MED-organisationen og lederen på områder, som vedrører arbejdsmiljø.
 - Sikre at arbejdsmiljømæssige problemer, som ikke kan løses lokalt bringes videre til næste ledelsesniveau.
 - Bringe arbejdsmiljøproblemer af principiel karakter op for det lokale MED-udvalg.
- Det særlige ved AMR-YL er at denne primært beskæftiger sig med Yngre lægers psykiske arbejdsmiljø, og ikke er forankret lokalt til et særligt afsnit, men til en særlig personalegruppe.
- Praktisk fungerer det således, at yngre læger henvender sig til AMR-YL i situationer, hvor arbejdsmiljøet påvirker den yngre læge negativt. Man kan også henvende sig til sin TR, som tager kontakt til AMR-YL, hvis det er en problematik, der skal behandles i arbejdsmiljøorganisationen eller evt. i samarbejde. Sammen besluttet hvordan problematikken håndteres bedst. Derudover får AMR-YL oplysninger via de tre lokalt forankrede TR og bringer generelle arbejdsmiljømæssige problematikker videre i systemet.

Reference: Læge Marie Louise Charlotte Max Andersen

Vagtplanlægger (yngre læge)

Vagtønsker

Velkommen til vagterne på BUC Glostrup.

- Vagtønsker skal sendes til vagtplanlægger per mail **senest d. 15. i måneden**. Vagtplanen træder som udgangspunkt i kraft om halvanden måned efter vagtønske deadline (eks. vagtønsker for juni skal være vagtplanlægger i hænde senest d. 15 april)
- Vagtplanlægger sender påmindelsesmail ud ugen inden deadline.
- I emnefeltet skal du huske at skrive **vagtønsker**, **"måned"** og **"navn"** (fx vagtønsker, juni, Sanne)
- Vedrørende friønsker skal det gerne specificeres om det er grundet:
 - Kursus (om det er obligatorisk eller ej).
 - Alm. fri ønske.
 - Feriedage.
 - Det er også tilladt at ønske specifikke vagt-datoer, men det kan dog ikke garanteres, at disse ønsker kan imødekommes.

Vagtholdet

Vagtholdet er opdelt i:

- Et Akut-rul, der primært dækker dagvagter og aften/nattevagter i hverdage.
- Og resten af vagtholdet, der primært dækker weekender og helligdage (ved behov også hverdage).

Det kan i perioder med ledige stillinger eller i ferier være nødvendigt at ophæve denne struktur og det er derfor altid en god ide at meddele alle vagt- og friønsker, uanset om det gælder hverdag eller weekender.

Vagtplan

- Der fremsendes en midlertidig vagtplan til gennemgang, hvor rettelser eller indsigelser (grundet evt. fejl fra vagtplanlæggerens side) kan indgives.
- Herefter kommer den endelige vagtplan (husk at tjekke denne, da der kan forekomme løbende ændringer). Vagtplanen bliver lagt på p-drevet og sendt ud per mail.
- Byt skal meddeles vagtplanlægger i mail, som derefter retter vagtplanen på p-drevet. Der kan evt. også rettes i den vagtplan, der befinder sig på vagtværelset.

Sygemelding

- Ved sygdom til planlagt vagt skal dette meldes snarest muligt ved at ringe til forvagten.
- Forvagten sender en SMS/mail rundt til hele vagtholdet, og alle skal hurtigst muligt melde tilbage, hvorvidt de har mulighed for at dække vagten eller ej.
- Er man i vagtrul er man forpligtiget til at dække vagter ved sygdom.

Prioriteringslisten

Der findes en prioriteringsliste, såfremt ingen melder sig frivilligt til at dække en akut-vagt ved sygemelding:

- Såfremt det bliver nødvendigt at pålægge en vagt, bliver der prioriteret efter listen således, at øverste bliver pålagt vagten, hvis det er muligt (dog kan afdelingens behov også spille ind).
- Det er bagvagten, der i sidste ende pålægger vagten.
- Man bliver sat midt på listen, når man begynder som ny i vagtlaget.
- Man rykker på listen, når man har tiltrådt akutte vagter udenfor planlagt arbejdstid.
 - Man rykker nederst på listen ved at tage en akut ANV eller weekend DV

- Man rykker 2 pladser ned på listen ved at tage en akut DV i hverdage (ved planlagt fri)
- Såfremt man har taget en akut vagt og derfor skal rykkes ned på listen, skal du sende en mail til vagtplanlægger, som opdaterer listen ved næstkommende lejlighed.
- Prioriteringslisten findes på P-drevet i samme mappe som vagtplanerne.
- Ved orlov/sygemelding/ophold eller lign. med varighed på over 7 uger fastfryses ens position på listen.

Sommerferie

Typisk skal sommerferie-ønsker meddeles inden d. 15. januar eller snarest muligt herefter såfremt stillingen starter efter denne dato.

Sommerferie planlægges ved at sende ferieønsker til vagtplanlægger, som får overblik over disse og sender et udkast til ledende overlæge på B205 Anne Marie Christensen samt Klinikchef Jan Kristensen, som skal godkende ferieplanen.

Ved yderligere spørgsmål kan du altid kontakte din vagtplanlægger!

Reference: Læge Sanne Kolding Ersgaard

Vagtplanlægger (sekretær)

Vedrørende udfyldelse og aflevering af ugeskemaet

- Sekretæren sender ved tiltrædelsen en folder med vejledning for udfyldelse af ugeskemaer via mail. Læs denne grundigt, så vi undgår misforståelser og forkert tastning af løn.
- Ugeskemaet skal underskrives af dig og din leder, og afleveres hver uge. Proceduren for afleveringen findes på dit afsnit (kan også scannes ind og sendes via mail)
- Dine uger er indberettet med dit ugentlige timetal fordelt på 5 arbejdsdage. Du skal kun notere ændringer til planen, hvis ændringer er 10 minutter eller derover. Mindre end 10 minutters difference, kan håndteres på daglig/ugentlig basis.
- Når du har taget en aften/natte-vagt, skal du jf. arbejdstidsregler holde en hviledag den efterfølgende arbejdsdag – en såkaldt '0-dag'. Er dagen efter en beskyttet fridag, helligdag eller anden planlagt fridag, bedes du på ugeskemaet påføre, hvornår du i stedet afvikler 0-dagen. Hvis 0-dagen fremgår af selvsamme ugeskema, giver det sig selv – og du behøver derfor ikke, at bemærke det yderligere.
- **Se desuden bilag – Procedurebeskrivelse vedr. ugeskema for læger**

Vedr. normperioden / normregnskab

- Normperioden på BUC, Glostrup løber 14 uger ad gangen.
- Vær opmærksom på, at regnskabet så vidt muligt skal gå op ved udgangen af perioden. Er dette ikke muligt, skal der indgås aftale med nærmeste leder.
- Din leder bliver løbende orienteret om dit normregnskab.

Normregnskab på mobilen

- Ved tiltrædelse bliver lægen gjort opmærksom på, at man kan følge ens normregnskab på mobilen via app'en Min Tid (Silkeborg Data).
- Lægen er forpligtet til jævnlige, at holde sig opdateret om diverse saldi, så arbejdstid kan planlægges hensigtsmæssigt i samråd med afsnittet.
- MinTid hjælper dig med at holde styr på diverse saldoer:
 - Dit norm-, ferie- og afspadseringsregnskab, din vagtplan – både indberettede og kommende vagter, normperioden og dine omsorgsdage.

Ferieloven

Se venligst:

- www.regeringen.dk/nyheder/aftale-om-ny-ferielov/

Link til intranettet ifm. eksempelvis aftale om barsel, omsorgsdage, overførsel af ferie m.v. – hvor leder og/eller medarbejder skal udfylde skema:

- intranet.regionh.dk/rhp/personale/min-ans%C3%A6ttelse/Sider/default.aspx

Blanketter

- intranet.regionh.dk/rhp/personale/min-ansættelse/selvbetjening/Sider/blanketter-personale.aspx

Kontakt

Du kan kontakte sekretær Sarah Hebel Jørgensen, hvis du har behov for yderligere information i forbindelse med din vagtplan.

- sarah.hebel.joergensen@regionh.dk
- Tlf: 3864 0722

Procedurebeskrivelse vedr. ugeskema for læger

Ugeskemaet udfyldes med lægens faktiske arbejdstider og fravær. Det er vigtigt at lægen registrer både arbejdstid og fravær korrekt, da ugeskemaet skal være et retvisende billede af arbejdsdagen. Dette giver afsnittet mulighed for, at trække data på faktisk præsteret arbejde for personalegruppen. Herudover giver det et specificeret overblik over personalegruppens fravær.

Ugeskemaet er på forhånd udfyldt med lægens gennemsnitlige arbejdstid (7,40 timer pr. hverdag for en fuldtidsansat) og fremsendes til lægens arbejdsmail for en normperiode ad gangen – dvs. 14 uger. For nyansatte læger fremsendes disse umiddelbart efter tiltrædelsen med en vejledning til brug ved udfyldelse.

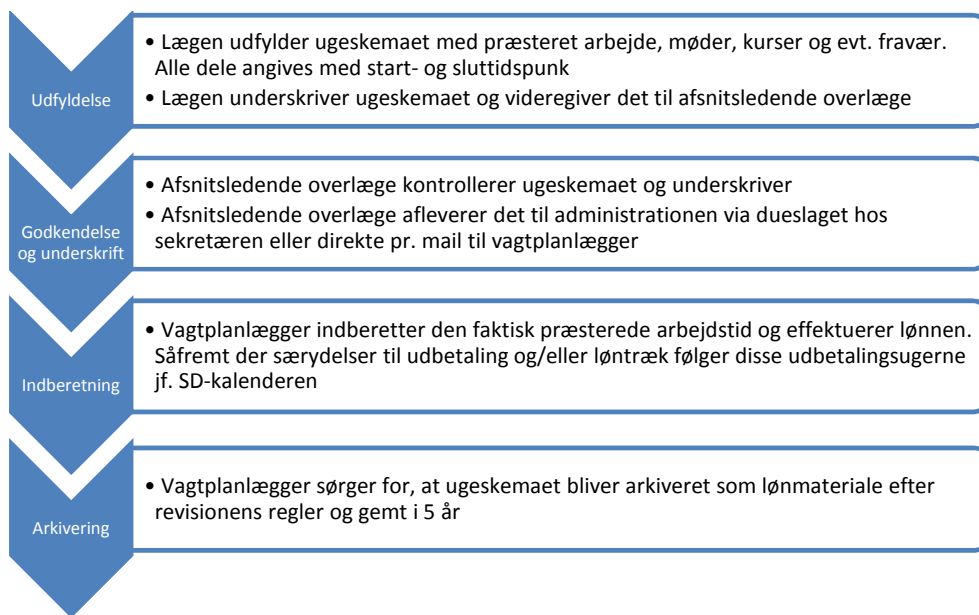
Efter endt arbejdsuge, udfyldes ugeskemaet for den forudgående uge. Her registreres de ændringer der måtte være til den fortrykte arbejdstid, med faktisk præsterede timer og fravær – dog ikke hvis ændringen består i +/- 10 min. Småændringer som disse kan administreres af lægen selv.

Ugeskemaet indberettes i tjenestetidssystemet, så disse to er identiske. Herfra fratrækkes / udbetales lønnen, såfremt der måtte være registreret ferie, eller vagter med arbejdstidsbestemte ydelser – som fx manglende varslingstillæg for varetagelse af en aften-/nattevagt, præsteret arbejde/telefonopkald i en rådighedsvagt eller andet.

For at sikre lægen en korrekt løn, skal skemaerne afleveres en gang ugentligt, da deadlines i lønsystemet skal overholdes. Det fremgår af SD-kalenderen, hvilke uger der valideres i den kommende løn, samt hvornår deadlines finder sted. Såfremt ugeskemaet mangler, vil den afsnitsledende overlæge blive rykket af administrationen.

Lægen er forpligtet til at holde sig opdateret om evt. ændringer i normtimeregnskab via SD-MiniTid. Afsnitsledende overlæge bliver ligeledes orienteret om lægens norm- og afspadsringssaldo via mail fra vagtplanlægger.

Herunder beskrives proceduren for aflevering af ugeskemaet



Faste møder/undervisning/supervision

❖ **Yngre lægemøde** (1. torsdag i måneden, kl. 11.30-12.30)

Typiske faste punkter på dagsorden:

- Valg af referent.
- Trivselsrunde med feedback vedrørende uddannelses- og arbejdsmiljø for de enkelte afsnit/ambulatorier. Dette føres til notat og videresendes til uddannelsesansvarlige overlæge, så hun har mulighed for løbende monitorering af uddannelsesmiljøet på hele BUC Glostrup.
(Det er i øvrigt VIGTIGT, at I tidligt gør opmærksom på uhensigtsmæssige uddannelsesforløb, så der kan tages hånd om det i tide. Du kan altid kontakte TR, AMR, UKYL eller uddannelsesansvarlige overlæge, hvis du har brug for en snak)
- Nyt fra TR, UKYL eller AMR.
- Eventuelt.

❖ **Yngre læge Undervisning** (1. torsdag i måneden, kl. 12.30-14.00)

- YL-undervisningen en kombi-rotationsordning, hvor vi dels underviser hinanden på skift og dels får eksterne undervisere på besøg. Emnet skal selvfølgelig være relevant for vores arbejde, men er i øvrigt valgfrit.
- Husk at orientere jer om, hvornår I selv(afd.) står på listen. Det er tilladt at bytte, såfremt man ikke har mulighed for at undervise på den pågældende dato, men det er afdelingens (yngre læger) eget ansvar at gøre dette og UKYL skal orienteres om bytningen. Vær opmærksom på, at der kan forekomme ændringer på rotationslisten. Dette skal selvfølgelig nok blive meldt ud i god tid.

❖ **Yngre læge Supervision** (2. torsdag i måneden)

- Baggrund: Der har været en stor efterspørgsel efter et forum, hvor man som yngre læge, kan dele og arbejde med de mere personlige udfordringer og belastninger ved arbejdet i børne- og ungdomspsykiatrien. Og at dette foregår i en fælles gruppe således, at man kan høre og lære af hinandens erfaringer.
- Formål: At give yngre læger supervision vedrørende belastninger og komplicerede patientforløb, udover den faglige vejledning, der foregår ved de vanlige vejledersamtaler. Formålet er at sikre et trygt, fagligt og konstruktivt uddannelsesmiljø, da det er erfaringen, at mange nye yngre læger ikke altid føler sig personligt rustede til de særlige udfordringer, som der er i psykiatrien.

❖ **Vedligeholdelsestræning** (2. torsdag i måneden)

- Der er mulighed for, at yngre læger kan deltage i vedligeholdelsestræningen af akutte tvangssituationer med det øvrige personale, hvis deres kalender tillader det.
- Dette er en oplagt mulighed for at få en bedre forståelse, styrke samarbejdet og skabe overblik over rollefordeling og forventninger faggrupperne imellem samt medvirke til at forebygge uhensigtsmæssigheder og misforståelser i forhold til de akutte situationer.
- Træningen kan variere fra gang til gang, men kan fx bestå af træning af fastholdelsesgreb og øvelse af forskellige scenarier.
- Træningen er af 1,5 timers varighed, og samme træning afholdes af tre omgange i løbet af dagen, så man har mulighed for at deltage, når det passer bedst ind i ens kalender.
- Træningen afholdes i **Festsalen** i nedenstående tidsrum:
 - Kl. 08:30 – 10:00
 - Kl. 10:30 – 12:00
 - Kl. 13:00 – 14:30

- Hvis man er på døgnafsnit skal man blot informere sin lokale vedligeholdelsesinstruktør om at man ønsker at deltage den pågældende dag og tidspunkt. Hvis man er i ambulatoriet gives der besked til vedligeholdelsesinstruktøren på B205.
- ❖ **Fælles lægemøde og undervisning** (3. torsdag i måneden, kl. 12.30-14-00)
 - Nyt fra ledelsen.
 - Undervisningen er en rotationsordning, hvor læger for de enkelte afdelinger skiftes til at stå for undervisningen. Rotationslisten bliver udsendt via ledelsessekretariatet.
- ❖ **Personale-/afdelingsmøder** (afholdes typisk 4. torsdag i måneden, kl. 12.30-14-00)

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)

BUP-DK er et lægevidenskabeligt selskab, hvis formål er at fremme dansk børne- og ungdomspsykiatri.

I særlig grad er det selskabets opgave at fremme forskning, at sikre den bedst mulige uddannelse af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri, at arbejde for at børn og unge får et optimalt behandlingstilbud og at udbrede kendskabet til børne- og ungdomspsykiatri.

Selskabet ledes af en bestyrelse, som vælges af selskabets øverste myndighed, generalforsamlingen.

Generalforsamlingen vælger formanden for selskabet. Bestyrelsen kan nedsætte udvalg og udpege repræsentanter for selskabet til deltagelse i eksterne fora. Herunder fællesudvalg med bl.a. Dansk Psykiatrisk Selskab.

BUP-DK er medlem af LVS (Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber), UEMS (Union Europeene Des Médecins Spécialistes - sektion for Børne- og Ungdomspsykiatri/psykoterapi, CAPP) og ESCAP (European Society of Child and Adolescent Psychiatry).

På selskabets hjemmeside (**www.bupnet.dk**) kan man bl.a. finde relevante informationer vedrørende:

- Uddannelse
 - Herunder speciallægeuddannelsen, I-kurser, H-kurser, psykoterapiuddannelsen, psykoterapikurser, målbeskrivelse og faglig profil
- Kliniske retningslinjer
- Arrangementer
- Årsmøde og generelforsamling
- Nyheder (og medier)
- Diverse links og downloads

Reference:

- www.bupnet.dk

Foreningen af yngre psykiatere

Foreningen af Yngre Psykiatere (FYP) er en del af Dansk Psykiatrisk Selskab og Børne- og Ungdoms Psykiatrisk Selskab.

FYP arbejder for forbedret uddannelse og øget arbejdsglæde blandt yngre psykiatere. FYP ønsker at fremme interesse for specialerne og dermed også rekrutteringen til dem. FYP er repræsenteret i forskellige organer og udvalg – således har de fingeren på pulsen og er yngre lægers talerør overfor dem, der påvirker, hvor psykiatrien er på vej hen. Derfor har FYP stor relevans for yngre læger!

Få mere information på **fypnet.dk**

Se også Dansk Psykiatrisk Selskab's hjemmeside på **dpsnet.dk**

Reference:

- www.fypnet.dk

Kollegiale råd fra tidligere introlæger

Der blev i 2016 foretaget et BUC-interview, hvor en række I-læger blev interviewet i slutningen af deres forløb, for at høre, hvilke råd de gerne vil give videre til nye I-læger, som var i opstarten af deres forløb.

Grundlæggende beskrives specialet som fagligt spændende, meningsfyldt og personligt udviklende. Specialet adskiller sig på nogle områder fra andre specialer. Forvent fx at ikke-lægefaglige opgaver som planlægning, kalenderstyring og kontakt til kommune m.m. fylder en del.

De vigtigste råd

- Husk, at du til at begynde med ikke skal kunne det hele selv.
- Husk, at du ikke er alene. Brug dit team, dine kollegaer, din vejleder og din leder. Spørg om hjælp til stort og småt.
- Prøv om du kan danne makkerpar med en kollega med henblik på sparring, gerne en med mere erfaren kollega.
- Hvis du har behov for det, så husk at bede om hjælp til udredning ved komplicerede forløb.
- Opgaver med patienter kan være følelsesmæssigt belastende. Spar med din vejleder og giv eventuelt sagen videre til en speciallæge, hvis det er særligt komplicerede sager.
- Gå i dialog med din leder, hvis du oplever, at fagligheden er presset f.eks. pga. tid.
- Husk også, at du kan kontakte yngre lægers tillidsrepræsentant eller arbejdsmiljørepræsentant, hvis du har behov for det.

Hvordan kan man planlægge og strukturere sit arbejde/sin uge hensigtsmæssigt?

- Husk at afsætte god tid i starten af dit I-forløb. I begyndelsen kan tingene godt tage længere tid. Du bliver hurtigere hen ad vejen.
- Hvis ikke du kan nå opgaverne, så kontakt vejleder/afsnitsleder for hjælp til prioritering/omlægning af opgaver.
- Læg administrativ tid ind – også længere blokke – til at få bugt med hængepartier, f.eks. at skrive notater eller epikriser, opgørelse af tests, følge op på indkaldelser osv.
- Husk at lægge dine nul-dage ind i kalenderen, og prøv så vidt muligt at holde dem løbende, så du får restitueret.
- I pressede perioder: Sig fra, overvej om der er en anden kollega, som kan tage over på opgaver, eller om der er noget, som kan udsættes.
- Forventningsafstem med din vejleder for at få en realistisk idé om, hvor mange patienter du kan nå.
- Bed om hjælp til kalenderstyring – spørg f.eks. en af de afgangende yngre læger.
- Hvis du bruger megen tid på dokumentation, så tag eksempler på dine notater med til din vejleder, for at høre hvordan du kan blive skarpere og derved spare tid i fremtiden.
- Brug vejlederen og stil krav til din vejledning – tag udgangspunkt i kompetencekortet.

Hvad kan man gøre for at sikre, at man får hjælp og sparring til gavn for egen faglig udvikling?

- Stil krav til din vejleder. Bed om brugbar feedback.
- Tag journalnotater med til din vejleder for at få mere substans i vejledningen.
- Sæt om muligt tid af til forberedelse inden vejledningen. Orientér dig løbende i din uddannelsesplan og informér vejleder om evt. overarbejde. Spørg, hvordan du skal prioritere.
- Husk, at du har ret til en introsamtale indenfor 2 uger samt en opfølgende samtale hvert kvartal.

- Sig fra, hvis du får opgaver, som du ikke er blevet oplært ordentligt i, f.eks. KSADS, PSE, anamnese eller andet.
- Husk, at det er muligt at tage en kollega med til komplicerede samtaler el.lign.
- Husk, at du er en del af et team. Sig til, hvis du har for travlt. Det kan være du har en kollega, som kan hjælpe.
- Book evt. din vejleder til en patientsamtale, så du kan få direkte feedback. Vejledning behøver ikke kun at være katederundervisning
- Stå ikke alene efter svære situationer, f.eks. hårde vagter, arbejdspress el. lign. Søg sparring hos kollegaer også udenfor egen faggruppe. Vær ikke bange for at bruge dine kollegaer.
- Find ud af, hvem du har mulighed for at mødes med. Hold f.eks. en fast ugentlig frokost med andre yngre læger på matriklen.

Hvordan kan man prioritere i opgaverne, så man får løst de væsentligste opgaver og ikke hele tiden føler, at man er bagud?

- Husk selv at sige til din leder, når du er bagud og bed om hjælp til at prioritere.
- Spørg konkret ind til forventet kvalitetsniveau.
- Når du har haft samtale med din vejleder/afsnitsleder, så send et kort referat med, hvad I blev enige om. Klare konkrete aftaler, som du sidenhen kan arbejde ud fra.
- Giv ikke familierne dit direkte arbejdsnummer eller arbejdsmail. Henvis til afsnits-/fællesmail og sekretariatet.
- Hvis en familie ønsker hjælp udenfor planlagt tid, så overvej om du eller en af dine kollegaer har tid, f.eks. til en telefonkonsultation. Husk, at du også har mulighed for at henvise til skadestuen, hvis det er akut. Det kan også hjælpe dig, så din kalender ikke vælter.
- Stol på den henvisning, der er foretaget fra CVI. Hvis et forløb dog viser sig at være kompliceret, kan det være, at patienten skal sendes videre til ansvarshavende speciallæge. Spørg din leder, hvis du er i tvivl.

Hvilke snitflader til andre faggrupper mv., der er vigtige at være opmærksom på?

- Husk, at du også kan søge sparring hos psykologerne.
- Husk, at det er et tværfagligt speciale i højere grad end andre specialer
- Husk, at selvom du har været læge i flere år, er du er ny i specialet. Lægerollen er anderledes i Psykiatrien.
- Få en liste over, hvad lægerollen på afsnittet er. Spørg til, hvad der forventes og ikke forventes, at du gør. Skal du f.eks. indkalde til netværksmødet eller er det en sekretæropgave? Husk, at I skal arbejde sammen som et team med forskellige roller og opgaver.
- Spørg ind til andre faggruppers arbejdsgange, som måske kan have betydning for dine egne arbejdsgange.
- Gennemgå definitioner/formål med forskellige aktiviteter f. eks. klinisk konferencer osv.
- Brug sygeplejerske eller socialrådgiver til f.eks. at ringe og lave en skoleudtalelse. Du må godt uddelegere.
- Forhold dig kritisk til, hvilke tests der er behov for.

Vagtarbejde

- Lav en liste over, hvad du gerne vil have styr på før du går hjem fra din følgevagt.
- Gå ikke i vagt før du føler dig tryk ved det. Bed gerne om flere følgevagter, f.eks. hvis du ikke har set patienter i de faste følgevagter.

Reference: Arbejdsmiljøkonsulent Lasse Stie Andersen

Ad. Dagordenspunkt 7: Orienteringspunkter

Sagsfremstilling:

- a. Udkast til dagsorden for NRLV den 6. marts 2019
- b. Referat af NRLV den 12. december 2018
- c. Overblik brugt som dagsorden FU-NRLV den 5. februar 2019
- d. Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 7. februar 2019
- e. Udkast til referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 20. december 2018
- f. Dagsorden VUSAM den 29. januar 2019
- g. Dagsorden følgegruppe Generelle kurser den 6. marts 2019
- h. Referat følgegruppe Generelle kurser den 12. december 2018
- i. Udkast til referat af møde i Styregruppen for generelle kurser Øst 30. januar 2019
- j. Udkast til Lægeprognose 2018-2040 version 01.02.2019
- k. Artikler om sprogtest fra BT 24. januar 2019

Indstilling:

Vedr. a) Udkast til dagsorden for NRLV den 6. marts 2019 – BEMÆRK punkt 4 ☺

Punkterne behandles i øvrigt på anmodning. Bilagene 07.11 og 07.12 er alene vedlagt som orientering.

Bilag:

- Bilag 07.01 Udkast til dagsorden for NRLV den 6. marts 2019
- Bilag 07.02 Referat af NRLV den 12. december 2018
- Bilag 07.03 Overblik brugt som dagsorden FU-NRLV den 5. februar 2019
- Bilag 07.04 Dagsorden Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 7. februar 2019
- Bilag 07.05 Udkast til referat Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 20. december 2018
- Bilag 07.06 Dagsorden VUSAM den 29. januar 2019
- Bilag 07.07 Dagsorden følgegruppe Generelle kurser den 6. marts 2019
- Bilag 07.08 Referat følgegruppe Generelle kurser den 12. december 2018
- Bilag 07.09 Udkast til referat af møde i Styregruppen for generelle kurser Øst 30. januar 2019
- Bilag 07.10 Udkast til Lægeprognose 2018-2040 version 01.02.2019
- Bilag 07.11 Artikler om sprogtest fra BT 24. januar 2019
- Bilag 07.12 FADL udspil om fremtidens læger

D A G S O R D E N _ U D K A S T

BILAG NR01-19

Emne Møde i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Mødedato 6. marts 2019, kl. 15-18

Sted Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S
Mødelokale 501

- Medlemmer**
- Direktør Søren Brostrøm (Sundhedsstyrelsen, formand)
 - Lægefaglig direktør Lone Winther Jensen (Videreuddannelsesregion Nord)
 - Lægelig direktør Michael Dall (Videreuddannelsesregion Syd)
 - Sundhedsfaglig chef, Preben Cramon (Videreuddannelsesregion Øst)
 - Professor, dr.med. Torben Bæk Hansen (Universiteterne)
 - Formand Henrik Ullum (Lægevidenskabelige Selskaber)
 - Overlæge Bente Malling (Lægevidenskabelige Selskaber)
 - Reservelæge Jesper Brink Svendsen (Lægeforeningen)
 - Reservelæge Cæcilie Trier Sørensen (Yngre Læger)
 - Ledende overlæge Inger Brødsgaard (Foreningen af Speciallæger)
 - Alm. praktiserende læge Gunver Lillevang (Praktiserende Lægers Organisation)
 - Professor, dr.med. Doris Østergaard (Uddannelses- og Forskningsministeriet)
 - Kontorchef Lene Brøndum Jensen (Sundheds- og Ældreministeriet)
 - Lægefaglig direktør Morten Noreng (Danske Regioner)
 - Kontorchef Thomas I. Jensen (Danske Regioner)
 - Kontorchef Birgitte Drewes (Styrelsen for Patientsikkerhed)
 - Sektionsleder Astrid Nørgaard (Sundhedsstyrelsen)

17-01-2019

Sagsnr. 2-1410-221/1

Reference ASKD

T 93 59 02 10

E enhedeub@sst.dk

- Sekretariat**
- Enhedschef Henrik Stig Jørgensen (Sundhedsstyrelsen)
 - Fuldmægtig Astrid Keur Devantier (Sundhedsstyrelsen)

- *Afventer nyt medlem* (Lægevidenskabelige Selskaber)

- *Afventer nyt medlem* (Danske Regioner)

1. Godkendelse af dagsorden (Bilag NR01-19)

2. Lægeprognose 2018-2040 (bilag 02-19)

Sagsfremstilling: Udvalget for prognose og dimensionering har udarbejdet en prognose for udbuddet af læger og speciallæger i Danmark for perioden 2018-2040.

Indstilling: Til drøftelse

3. Opgørelse af besatte og ubesatte i- og h-stillinger (bilag 03-19)

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen fremlægger sin årlige oversigt over forholdet mellem opslåede og besatte stillinger for de enkelte speciale samt status fra hver videreuddannelsesregion.

Indstilling: Til orientering

4. Afskaffelse af seksårsfristen

Sagsfremstilling: Kage til alle! Sundhedsstyrelsen orienterer om processen omkring afskaffelsen af seksårsfristen.

Indstilling: Til orientering

5. Afrapportering fra arbejdsgruppen for de laboratorimedici-nske specialer (Bilag 03-19)

Sagsfremstilling: Arbejdsgruppen for de laboratorimedici-nske specialer blev nedsat efter møde i NRLV den 7. marts 2018, hvor den teknologiske og uddannelsesmæssige udvikling inden for de laboratorimedici-nske specialer blev drøftet. Arbejdsgruppen har afholdt to møder i efteråret/vinteren og efterfølgende udfærdiget et notat med en indstilling til Rådet om, at der ikke umiddelbart foretages sammenlægning af kurser eller lektioner på hoveduddannelsen af de laboratorimedici-nske specialer

Indstilling: Til drøftelse

6. Tema: Den kliniske basisuddannelse (KBU)

Sagsfremstilling: Drøftelsen vil tage udgangspunkt i den nuværende KBU samt en rapport udarbejdet internt i Sundhedsstyrelsen om udenlandske modeller for KBU.

Oplægsholdere:

- Mads Skipper
- Troels Kodal
- Claus Brøckner Nielsen

Indstilling: Til drøftelse

7. Orientering

Syd

Nord

Øst

- Orientering fra andre medlemmer af rådet.

8. Eventuelt

REFERAT

BILAG NR28-18

Emne Møde i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Mødedato 12. december 2018, kl. 15-18

Sted Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S
Mødelokale 501

Medlemmer

- Direktør Søren Brostrøm (Sundhedsstyrelsen, formand)
- Lægefaglig direktør Lone Winther Jensen (Videreuddannelsesregion Nord)
- Lægelig direktør Michael Dall (Videreuddannelsesregion Syd)
- Sundhedsfaglig chef, Preben Cramon (Videreuddannelsesregion Øst)
- Professor, dr.med. Torben Bæk Hansen (Universiteterne)
- Overlæge Bente Malling (Lægevidenskabelige Selskaber)
- Alm. praktiserende læge Roar Maagaard (Lægevidenskabelige Selskaber)
- Reservelæge Jesper Brink Svendsen (Lægeforeningen)
- Reservelæge Cæcilie Trier Sønderskov (Yngre Læger)
- Ledende overlæge Inger Brødsgaard (Foreningen af Speciallæger)
- Alm. praktiserende læge Gunver Lillevang (Praktiserende Lægers Organisation)
- Professor, dr.med. Doris Østergaard (Uddannelses- og Forskningsministeriet)
- Kontorchef Lene Brøndum Jensen (Sundheds- og Ældreministeriet)
- Kontorchef Thomas I. Jensen (Danske Regioner)
- Centerdirektør Lars Juhl Petersen (Danske Regioner)
- Kontorchef Birgitte Drewes (Styrelsen for Patientsikkerhed)
- Sektionsleder Astrid Nørgaard (Sundhedsstyrelsen)

17-01-2019

Sagsnr. 2-1410-221/1

Reference ASKD

T 93 59 02 10

E enhedeub@sst.dk

Sekretariat

- Enhedschef Henrik Stig Jørgensen (Sundhedsstyrelsen)
- Fuldmægtig Astrid Keur Devantier (Sundhedsstyrelsen)

Inviterede

- Tidligere institutleder og chefkonsulent Kristjar Skajaa
- Klinikchef og professor Jørgen Kurtzhals
- Dekan Lars Hvilsted Rasmussen
- Chefkonsulent Nina Aksig Nørland (Styrelsen for Patientsikkerhed)
- Sekretariatschef Tine Boesen Larsen (Videreuddannelsesregion Syd)
- Sekretariatschef Lise Møller (Videreuddannelsesregion Øst)
- Sekretariatschef Berit Handberg (Videreuddannelsesregion Nord)

Afbud

- Formand Henrik Ullum (Lægevidenskabelige Selskaber)

1. Godkendelse af dagsorden (Bilag NR24-18)

Ingen kommentarer.

2. Ændring af godkendelse for akutkurset i KBU (bilag 25-18)

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen har modtaget en henvendelse fra netværket af de fagligt ansvarlige for akutkurset vedr. ændring af logbognet.dk således at det bliver muligt at kunne registrere at lægen har gennemført kurset men ikke fået godkendt alle kompetencer.

Forretningsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har drøftet henvendelsen og indstiller til, at der ikke foretages ændringer i logbog.net, da der allerede jf. afsnit 6 i [Vejledningen for kompetencevurdering](#), findes en velbeskrevet procedure vedrørende problemstillingen.

Indstilling: Til drøftelse

Referat: Lise Møller orienterede om at henvendelsen også har været drøftet i videreuddannelsesregionernes samarbejdsforum (VUSAM) uden at give anledning til at ændre logbog.net.

3. UDGIK: Antallet af besatte og ubesatte intro- og hoveduddannelsesforløb (Bilag NR26-18 – KUNNE IKKE eftersendes)

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen fremlægger sin årlige oversigt over forholdet mellem opslåede og besatte stillinger for de enkelte speciale samt status fra hver videreuddannelsesregion.

Indstilling: Til orientering

Referat: Punktet er flyttet til næste møde i Rådet den 6. marts 2019.

4. Opfølgning på temadag i Prognose- og dimensioneringsudvalget

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen orienterer om udbyttet af den temadag som blev afholdt den 22. november i regi af Prognose- og dimensioneringsudvalget. Temadagen havde til formål at give inspiration til det fremtidige arbejde med lægeprognosen.

Indstilling: Til drøftelse/orientering

Referat: Sundhedsstyrelsen samlede op på temadagen, som Rådets medlemmer havde været inviteret til, og opfordrede Rådet til at komme med deres refleksioner.

Der var enighed om, at temadagen havde været interessant og bidraget med inspiration til fremtidens lægeprognose. Nogle af Rådets medlemmer fremhævede behovet for en efterspørgselsprognose og andre efterspurgte at den prægraduate uddannelse tænkes bedre sammen med speciallægeuddannelsen samt større fleksibilitet i specialerne for eksempelvis at tage hensyn til udviklingen af nye lægefaglige teknikker.

5. Sprogkompetencer i den lægelige videreuddannelse (Bilag NR27-18 og Bilag NR29-18)

Sagsfremstilling: Styrelsen for Patientsikkerhed præsenterer de formelle krav der stilles til sproglige kompetencer for læger med udenlandsk uddannelse, der søger autorisation i Danmark samt den ansvarsdeling der er mellem myndighed, ansættelsessted og arbejdsgiver.

Sundhedsstyrelsen ønsker en kort tilkendegivelse blandt Rådets medlemmer om omfanget af vanskeligheder oplevet med lægers sprogkompetencer i klinikken trods bestået sprogtest samt eventuelle indsatsmuligheder.

Indstilling: Til drøftelse

Referat: Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) redegjorde for de krav til sprogkompetencer som gælder i forhold til udenlandske læger der er uddannet i hhv. Norden, EU/EØS og uden for EU/EØS (tredjelandslæger). STPS orienterede ydermere om at DR planlægger at sende en dokumentarserie i uge 7-9 om blandt andet sprogkompetencer blandt udenlandske læger på landets hospitaler.

Rådet spurgte kort til indholdet af danskprøve 3, som skal bestå af læger uden for EU/EØS, og understregede samtidig at der er flere læger fra EU/EØS i de danske klinikker som har udfordringer med sproget. Flere medlemmer af Rådet efterspurgte tilbud eller kurser om sprog og kultur til udenlandske læger og processen omkring bekymringshenvendelser blev drøftet.

6. Tema: Lægen fra den prægraduate uddannelse

Sagsfremstilling: På bagkanten af to temadrøftelser om fremtidens sundhedsvæsen og lægeroller ønsker Sundhedsstyrelsen en drøftelse af sammenhængen mellem den prægraduate uddannelse og speciallægeuddannelsen. Drøftelsen vil have fokus på om speciallægerne er i fare for at miste medmenneskelige kompetencer på grund af fremdriftsreformen, den tidligere fireårsregel og de store krav til effektivitet hos læger under uddannelse. Sundhedsstyrelsen ønsker således en tematiseret drøftelse af om fremtidige lægerolle er ændret i en sådan grad, at det kræver forberedelse til speciallægelivet allerede under studiet.

Oplægsholdere:

- Lars Hvilsted Rasmussen (bilag NR30-18)
- Kristjar Skajaa (bilag NR31-18)
- Jørgen Kurtzhals (bilag NR 32-18)

Indstilling: Til drøftelse

Referat

Lars Hvilsted Rasmussen præsenterede det paradigmeskift som medicinuddannelsen oplever i forbindelse med overgangen fra fokus på et stringent naturvidenskabeligt curriculum til et fokus på medmenneskelige kompetencer. Lars pointerede at den prægraduate uddannelse kun er en kort del af det livslange læringsforløb, som universitetet er en del af.

Aalborg Universitet (AAU) har udviklet en læringsmodel som har fokus på klinisk, faglig og personlig integration allerede fra første semester, hvor de studerende møder patienter. Grundfilosofien er at empati skabes i den direkte kontakt til patienterne eller med autentiske problemer (kliniske cases) som løses ved gruppediskussion.

Afsluttede understregede Lars, at universiteterne ikke kan eller skal rumme de krav som stilles fra patientforeninger, hospitalsledelser eller politisk hånd.

Kristjar Skajaa's præsentation tog udgangspunkt i kandidatuddannelsen for medicin på Aarhus Universitet (AU), hvor der på hvert semester er indlagt et såkaldt professionsspor. Professionssporet har til formål, at sikre lægen kompetencer i at agere professionelt, udvise empati og igangsætte tværfagligt samarbejde i arbejdssituationer tillært i klinikken.

AU har oplevet kritik fra aftagerne omkring at lægerne påtager sig en tilskuersrolle samt, at der er for mange studenter på afdelingerne. AU har forsøgt at imødekomme kritikken ved at lave generiske og mere involverende klinikforløb af længere tids varighed, med færre studerende på bekostning af færre ophold.

Kristjar foreslog en ny funktion på afdelingerne, en koordinator for de studerende, som i lighed med de uddannelsesansvarlige læger. Kristjar understregede ligesom Lars, at universiteternes opgave er at uddanne basislæger.

Jørgen Kurtzhals fremhævede at medmenneskelige kompetencer indgår i lægerrollerne som kommunikator, samarbejder og leder. Københavns Universitet (KU) har valgt at lave kortere kliniske ophold for at sikre højere kvalitet i opholdene. Jørgen fortalte at aftagerpanelet er enige om, at de unge læger aldrig har været dygtigere, men de efterspørger samtidigt, at lægerne udviser større handlekraft, fleksibilitet og identifikation med faget. De studerende efterlyser til gengæld kompetencer til at samarbejde på tværs af faggrupper og til at styre processer som er fagligt komplicerede eller innovative/kreative samt viden om lovgivning, økonomi og IT.

Jørgen understregede, at de studerende, speciallægerne, hospitalerne og universiteterne har et ansvar for at styrke de medmenneskelige kompetencer. De studerende som forandringsagenter, speciallægerne som rollemodeller, hospitalerne skal facilitere patientfokuseret

opgaveløsning og universiteterne skal sikre forskningsbaseret videreuddannelse.

Drøftelse

Rådet takkede oplægsholderne for tre interessante præsentationer.

Rådets medlemmer var enige med oplægsholderne i, at medmenneskelige kompetencer skal opnås i et samarbejde med hospitalerne, hvor hverdagen på afdelingerne er problembaseret. Rådet bemærkede at en række omstændigheder gør det svært at have de studerende mere i almen praksis, selvom patienterne i højere grad bruger det nære sundhedsvæsen end hospitalerne.

Det blev pointeret, at der i den prægraduate uddannelse er udfordringer med at identificere de medicinstuderende som ikke har de nødvendige kommunikationskompetencer til at uddanne sig i eksempelvis pædiatri eller almen medicin.

Nye kurser i medicinsk etik og fællesbeslutningstagen blev fremhævet som eksempler på undervisning der bør indgå i **pensum** for den prægraduate uddannelse. Universiteterne blev opfordret til at gentænke deres læringskultur og rammer samt til at inddrage andre faggrupper i ledelsen og driften af universiteterne.

Rådet drøftede endnu engang udfordringen med at de nyuddannede læger er meget bekymrede for at lave fejl. Præstationskulturen er voldsom, hvilket også fremgår af de nationale arbejdsmiljøundersøgelser, hvor læger er den erhvervsgruppe som både oplever mest stress på arbejdet og at arbejdet tager mest energi fra privatlivet ([NFA, 2016](#)).

Det blev pointeret, at de studerende i højere grad skal *have* ansvar, mens hospitalerne og universiteterne skal *tage* ansvar når nyuddannede læger bliver ansat, således at der er en overgang hvor lægerne gradvist kan tage kitlen på. Der var ligeledes opbakning til tanken om koordinator for yngre læger.

7. Orientering

- Orientering fra Sundhedsstyrelsen

Bente Malling orienterede om en forestående behovsanalyse i forbindelse med Følgegruppen for de generelle kurser, som er nedsat i regi af NRLV. Bente fik samtykke til at kontakte nogle af Rådets medlemmer

- Orientering fra Videreuddannelsesregionerne

Syd

- Den 4. december er der møde i DRRLV. Temadrøftelsen vil handle om status for etablering af en kandidatuddannelse i medicin i Esbjerg.
- Halvdelen af den ekstra udvidelse i Almen medicin har været i opslag til besættelse pr. 1/3-19. Ansættelsesrunden er ikke afsluttet, men der er både ledige introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb.
- Der er et sammenhængende forløb i opslag i Intern medicin: Lungesygdomme i Esbjerg. Ansættelsesrunden afsluttes medio december.

Nord

- Pr. 1. januar 2019 er Mads Skipper ansat som kontor- og sekretariatschef i henholdsvis Sundhedsuddannelser og Videreuddannelsessekretariatet.
- Den 6. december er der møde i DRRLV. Temadrøftelsen vil handle om kvalitetsmonitorering i den lægelige videreuddannelse. Dertil forventes det at få godkendt sammensætningen og fordelingen af hoveduddannelsesstillinger i akutmedicin.
- VUR Nord er fortsat i proces vedr. udmøntning af udvidelsen på 10 hoveduddannelsesforløb i almen medicin og dertil svarende introduktionsstillinger.
- VUR Nord har fået godkendt ansøgning om yderligere sammenhængende forløb. I VUR Nord er der dermed i alt godkendt følgende sammenhængende forløb:
 - I årene 2018–2022: 4 årlige sammenhængende forløb i almen medicin i Region Nordjylland (KBU-Intro-Hoveduddannelse)
 - I årene 2018-2022: 2 årlige sammenhængende forløb i kirurgi i Region Nordjylland (KBU-Intro-Hoveduddannelse)
 - I årene 2018-2022: 4 sammenhængende uddannelsesforløb i psykiatri i Region Nordjylland (KBU-Intro-Hoveduddannelse) og i årene 2019-2023 op til yderligere 8 årlige sammenhængende uddannelsesforløb i hele VUR Nord (Intro-Hoveduddannelse)
 - I årene 2019-2023: 3 årlige sammenhængende uddannelsesforløb i neurologi (Intro-Hoveduddannelse)

Øst

- Den af ministeren udmeldte udvidelse af h-forløb og deraf følgende i-stillinger i Almen Medicin er under godkendelse i de to driftsregioner.
- Det forventes at indstillingen vedr. sammensætning af h-forløb i Akutmedicin kan præsenteres på februar mødet i Det Regionale Råd.
- Der er netop godkendt en forsøgsordning i Region Sjælland indeholdende:
 - I årene 2019 – 2023 kan der halvårligt opslås op til 24 sammenhængende forløb bestående af prægraduat udd. + KBU
 - I årene 2019 – 2023 kan der halvårligt opslås op til 10 sammenhængende forløb bestående af enten prægraduat udd. + KBU + introduktion ELLER op til 10 sammenhængende forløb bestående af KBU + introduktion
 - I årene 2019 – 2023 gives der dispensation fra 6-års-fristen ved ansættelse i i-stilling ved alle sygehuse samt i Psykiatrien i Region Sjælland. Dispensation gives kun for én i-stilling pr. speciale. Ansættelse ved SUH giver ikke adgang til dispensation.
- Orientering fra andre medlemmer af rådet.

Roar Maagaard og Lars Juhl Petersen udtræder efter mange gode år i Rådet. Rådet takker begge for deres indsats.

8. Eventuelt

Der var intet til dette punkt.

Overblik for NRLV 2019

6. marts

Tema: KBU

Drøftelsen vil tage udgangspunkt i den nuværende KBU samt en rapport udarbejdet internt i Sundhedsstyrelsen om udenlandske modeller for KBU. Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet drøfter:

- Hvilke aspekter værdsætter vi og, hvilke udfordringer har vi ved den nuværende KBU?
- Sammensætningen af KBU-forløb og geografisk placering foretages regionalt, men der er en central fordeling af antallet af forløb. Er der et behov for at bevare en centralt fordelt KBU eller, kunne der i stedet opslås stillinger i frit opslag evt. af varierende længde?
- Hvordan ser 'KBU' ud i udlandet? Hvilke modeller anvendes i udlandet? Hvorfor nedlagde Norge sin turnus – og, hvad har de etableret i stedet for - oplægsholder fra Norge?
- Hvordan ser NRLV sammenhængen mellem KBU og speciallægeuddannelsen – kan KBU ændres uden ændring af speciallægeuddannelsen? Og hvad gør vi herfra?
- Hvordan kan KBU eventuelt tilpasses til også at indeholde psykiatri?

Oplægsholdere

- Mads Skipper
- Troels Kodal
- Claus Brøckner Nielsen

Øvrige punkter

- Lægeprognose 2018-2040
- Forsøgsordning med fleksibilitet vedr. seksårsfristen eller afskaffelsen af seksårsfristen
- Afrapportering fra arbejdsgruppen for laboratoriemedicin
- Opgørelse af besatte og ubesatte i- og h-stillinger
- Sundhedsreform?

12. juni

Tema: Speciallægeuddannelsen (speciallægekommission – eller hvad der bliver konsekvensen af sidste års temarække?)

Oplægsholdere

Øvrige punkter

- Afrapportering fra arbejdsgruppen for simulationstræning

9. oktober

Tema:

Oplægsholdere

Øvrige punkter

- Afrapportering fra Følgegruppen for de generelle kurser
- Revision af inspektorordningen

11. december

Tema:

Oplægsholdere

Øvrige punkter

Mulige temaer (gammel oversigt)

- Specialespecifikke kurser – økonomi og ramme
- En systematisk og struktureret kompetenceudvikling i efteruddannelsen eksemplificeret ved en ekspertuddannelse i kræftkirurgi, herunder diskussion af forskelle mellem faguddannelse, ekspertuddannelse og et lægeligt speciale
- Afledte konsekvenser af specialeplanen på den lægelige videreuddannelse.
- Fleksibilitet i speciallægeuddannelsen – kunne man forestille sig en mere fleksibel struktur ved eksempelvis ikke-specifikke specialeforløb.
- Kvalitetsforbedring i speciallægeuddannelserne ved eksempelvis 'færre mål, mere tillid'.



D A G S O R D E N

BILAG P1-19

Emne: Prognose- og Dimensioneringsudvalget

Mødedato: 7. februar 2019 kl. 10:30-13:30

Sted: Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 Kbh. S
Mødelokale 502

Deltagere: Henrik Stig Jørgensen, formand, Sundhedsstyrelsen
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Bertil Selde Krogh, Videreuddannelsesregion Nord
Laura Brink, Sundheds- og Ældreministeriet
Susanne Lausten Brogaard, Sundhedsdatastyrelsen
Jens Storm, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Bente Malling, Lægevidenskabelige selskaber
Thomas Ibsen Jensen, Danske Regioner
Anne-Dorthe Sørensen, Danske Regioner
Camilla Vejlø Hartling, Lægeforeningen
Hans Mathiassen, Yngre Læger
Jesper Hastrup Svendsen, De sundhedsvidenskabelige fakulteter
Allan Skårup Kristensen, Lægemiddelindustriforeningen

01-02-2019

Sagsnr. 2-1410-267/2

Reference ALJE

T 93 59 02 11

E alje@sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Sekretariat:

Susanne Vinther Nielsen, Sundhedsstyrelsen

Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Afbud: Marie Frankov Nissen, Sundhedsdatastyrelsen
Roar Maagaard, Lægevidenskabelige selskaber (stoppet)

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden (Bilag P1-19)

Indstilling: Til godkendelse.

**Punkt 2. Udkast til Lægeprognose 2018-2040
(Bilag P2-19)**

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har den 16. januar 2019 udsendt udkast til Lægeprognose 2018-2040 til kommentering i udvalget med svarfrist den 29. januar 2019. Sundhedsstyrelsen præsenterer centrale indkomne kommentarer til udkast til Lægeprognose 2018-2040.

Indstilling: Til godkendelse.

Punkt 3. Processen vedr. Dimensioneringsplan 2021-2025

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen orienterer om tidsplanen for det kommende arbejde med udarbejdelse af en ny Dimensioneringsplan 2021-2025 for antallet af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen.

Indstilling: Til orientering.

Punkt 4. Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2018
(Bilag P3-19)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for 2018. Udkast har været til kommentering i Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum (VUSAM) den 29. januar 2019, og der var enkelte korrektioner til oversigten. Korrektionerne er indarbejdet i opgørelsen.

Indstilling: Til godkendelse.

Punkt 5. Opsamling på temadag den 22/11-2018 om inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde
(Bilag P4-19 – eftersendes)

Sagsfremstilling:

Temadagen afholdt den 22. november 2018 om inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde blev kort drøftet på sidste møde i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 20. december 2018. På udvalgs mødet blev aftalt, at der påbegyndes udarbejdelse af opsamling af temadagen ved tematisering inden for nogle områder, og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet det første udkast til en opsamling.

Indstilling: Til drøftelse.

Punkt 6. Orientering fra medlemmer

Punkt 7. Næste møde

Punkt 8. Eventuelt

Bilagsliste:

Bilag P1-19:	Dagsorden for mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 7. februar 2019
Bilag P2-19:	Udkast Lægeprognose 2018-2040 pr. 01.02.2019
Bilag P3-19:	Udkast opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for 2018
Bilag P4-19	1. Udkast opsamling på temadagen 22/11-2018 om inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde (eftersendes)



REFERAT – UDKAST 7/2 - 2019

Emne: Prognose- og Dimensioneringsudvalget

Mødedato: 20. december 2018 kl. 12:30-14:00

Sted: Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 Kbh. S
Mødelokale 501

Deltagere: Henrik Stig Jørgensen, formand, Sundhedsstyrelsen
Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Bertil Selde Krogh, Videreuddannelsesregion Nord
Laura Brink, Sundheds- og Ældreministeriet
Karen Lisbeth Sejrup van Deurs, Uddannelses- og Forsknings-
ministeriet
Anne-Dorthe Sørensen, Danske Regioner
Jesper Allerup, Lægeforeningen
Hans Mathiassen, Yngre Læger
Allan Skårup Kristensen, Lægemedelindustriforeningen

07-02-2019

Sagsnr. 2-1410-267/2

Reference ALJE

T 93 59 02 11

E alje@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Sekretariat:

Susanne Vinther Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Afbud: Jesper Hastrup Svendsen, De sundhedsvidenskabelige fakulteter
Jens Storm, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Roar Maagaard, Lægevidenskabelige selskaber
Marie Frankov Nissen, Sundhedsdatastyrelsen
Susanne Lausten Brogaard, Sundhedsdatastyrelsen
Camilla Vejlø Hartling, Lægeforeningen
Thomas Ibsen Jensen, Danske Regioner
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Gideon Ertner, Sundhedsstyrelsen

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden (Bilag P16-18)

Indstilling: Til godkendelse.

Referat:

Der var ikke yderligere til dagsorden, og dagsorden blev godkendt.

Punkt 2. Kapitel om udviklingen på det lægelige arbejdsmarked
(Bilag P17-18, kapitel 3)

Sagsfremstilling:

Udvalgets kommentarer fra sidste møde i udvalget til kapitlet om udviklingen på det lægelige arbejdsmarked er indarbejdet i Lægeprognosen, og eventuelle nye kommentarer fra udvalget modtages.

Indstilling: Til overordnet drøftelse og godkendelse. Tekstnære ændringer og faktuelle korrektioner bedes venligst tilsendt på mail.

Referat:

Sundhedsstyrelsen præsenterede kapitlet, og udvalget havde følgende bemærkninger:

- I indledning rettes til fremskrivninger af udbuddet.
- I rapporten er anført tal for 2017, men bør det ikke være 2018? Uddannelses- og Forskningsministeriet oplyste, at kandidatproduktionen fra universiteterne er fra 2017 – tal for 2018 foreligger endnu ikke. Tidligere i rapporten bør anføres, at der tages udgangspunkt i tal fra 2017.
- På side 20, fig. 7, tilrettes at tallene ligge over 100 %.
- Tabel 6 opretholdes i dens nuværende form.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet fremsender til Sundhedsstyrelsen gennemførselsgraden på universiteterne.
- Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde bilag 13.

Derudover var der drøftelser i udvalget om, hvorvidt man bør opføre, en kobling mellem det sted, hvor lægen får sin afgangsgivende eksamen til medicinstudiet i forhold til hvor medicinstudiet er gennemført og hvor de efterfølgende får ansættelse – det kan overvejes om denne opgørelse medtages ved næste Lægeprognose.

Punkt 3. Kapitel om det fremtidige udbud af læger og speciallæger
(Bilag P17-18, kapitel 4)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har modtaget prognosekørslerne fra Sundhedsdatastyrelsen, og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet udkast til kapitlet om det fremtidige udbud af læger og speciallæger til Lægeprognosen 2018-2040. Sundhedsstyrelsen præsenterer kapitlet.

Indstilling: Til overordnet drøftelse og godkendelse. Tekstnære ændringer og faktuelle korrektioner bedes venligst tilsendt på mail.

Referat:

Sundhedsstyrelsen præsenterede kapitlet om det fremtidige udbud af læger og speciallæger. Der er foretaget samme prognosekørsler som ved sidste Lægeprognose med samme scenarier.

Der var følgende bemærkninger fra udvalget:

- Ved tabel 23 indføres det faktuelle tal for læger der tilgår KBU i 2018 (evt. som note).
- Fremskrivningerne for kandidatproduktionen fra universiteterne fra Uddannelses- og Forskningsministeriet skal med i bilag i Lægeprognosen.
- Fremskrivningerne af kandidatproduktionen svarer ikke til det faktuelle tal. Uddannelses- og Forskningsministeriet oplyste, at UFM regner med 1.280 i 2017 fra universiteterne. Det er udenlandske statsborgere som udvandrer fra Danmark.
- Nederst på side 42 om hvad væksten kan skyldes, bør omformuleres, således at der indføres "primært".
- På side 43-44, tabel 20 bør præciseres om det er inkl. eller ekskl. orlov.
- På side 46, figur 9 bør tilrettes ift. anden inddeling af aldersgrupper, herunder de 70-74 årige.
- På side 51 bør der anføres i parentes, at det er hovedscenariet.
- På side 57 og 58 bør overskrifterne justeres ift. efterspørgsel både i selve overskriften og figurerne.
- Grafiske illustration af figurerne tilrettes således, at de er årlige i stedet for 2018, 2020, 2025 osv.
- Der indføres i rapporten hvorfor akutmedicin ikke fremgår.

Sundhedsstyrelsen oplyste om ændring ift. udmelding på udvalgs mødet den 13. november 2018:

Andelen af læger der udvandrer fra Danmark er i den kommende Lægeprognose ift. Lægeprognosen 2015-2040 faldet fra 5 % til 4 % for danske statsborgere og er fortsat 60 % for udenlandske statsborgere (ikke 50 % som udmeldt tidligere).

Punkt 4. Afsnit om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen og deres betydning for behovet for læger (Bilag P18-18, i kapitel 4)

Sagsfremstilling:

På mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 12. september 2018 blev bemærket, at der kunne i den kommende Lægeprognose indarbejdes enkelte efterspørgselsfaktorer og det blev aftalt, at dette arbejdes der videre med i Teknikergruppen. Teknikergruppen drøftede dette forslag den 26/10-2018, og der blev foreslået, at i den kommende Lægeprognose kunne indskrives et kvalitativt afsnit om fremtidens sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen har nu udarbejdet et udkast til afsnittet.

Indstilling: Til drøftelse og godkendelse.

Referat:

Sundhedsstyrelsen præsenterede afsnittet. Afsnittet siger lidt om hvad der kan påvirke Lægeprognose fx demografi. Der præsenteres mulige scenarier, som kan få indflydelse på Lægeprognosen, men afsnittet er ikke en fyldestgørende redegørelse med inddragelse af alle kilder.

Udvalget havde følgende bemærkninger:

- Der mangler refleksioner fra andre rapporter ift. ændringen af befolkningens alder over tid – der var i udvalget ikke enighed om den samlede byrde bliver større eller rykker sig et par år. Det kunne med fordel nuanceres i kapitlet.
- Vedr. teknologiske udvikling - der er behov for yderligere uddybning ift. at tingene måske ikke går så hurtigt som vi forestiller os. – der efterlyses en nuancering af fremstillingen.
- Der foreslås, at fjerne boks på side 2.
- Afsnittet kunne være et afsluttende kapitel eller perspektivering af afsnit i slutningen af rapporten ift. at behovet for læger bør ses i en bredere kontekst.

Sundhedsstyrelsen arbejder videre med udvalgets kommentarer. Sundhedsstyrelsen modtager gerne fra udvalget gode formuleringer til brug i afsnittet.

Punkt 5. Kapitel om udgangspopulation og modelbeskrivelse
(Bilag P17-18, kapitel 5 og 6)

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet udkast til kapitel om udgangspopulation og modelbeskrivelse til Lægeprognose 2018-2040. Sundhedsstyrelsen præsenterer afsnittet.

Indstilling: Til drøftelse og godkendelse.

Referat:

Sundhedsstyrelsen præsenterede kapitlet. Udgangspopulationen omfatter beskæftigede og arbejdsløse (arbejdsstyrken) under 75 år, hvilket svarer til Lægeprognose 2015-2040. Modelbeskrivelsen svarer også som beskrivelsen ved sidste Lægeprognose.

Udvalget ønsker en definition af hvad orlov fra ledighed betyder. Sundhedsstyrelsen undersøger dette nærmere.

Der var i rapporten enkelte udeståender, som Sundhedsstyrelsen retter til efter indmelding fra Sundhedsdatastyrelsen, herunder andelen som er tilknyttet forskningssektoren mv.

Punkt 6. Orientering fra Teknikergruppemøde den 10/12-2018

Sagsfremstilling:

Der er afholdt et møde i Teknikergruppen den 10. december 2018, og Sundhedsstyrelsen orienterer om dette.

Indstilling: Til orientering

Referat:

Der blev afholdt et møde i Teknikergruppen den 10. december 2018. På dagsordenen blev gennemgået tidsplanen, nye kommentarer til afsnit om udviklingen på det lægelige arbejdsmarked samt gennemgået prognosekørslerne for fremtidige udbud af læger og speciallæger.

Vedr. udviklingen på det lægelige arbejdsmarked havde Teknikergruppen kommentarer vedrørende nogle formuleringer samt drøftelser om nogle tabeller bør tages pr. speciale pr. videreuddannelsesregion. Derudover blev drøftet enkelte overskrifter som yderligere bør præciseres.

Vedr. prognosekørslerne foreslog Teknikergruppen:

- at der ses yderligere på intervallerne i de forskellige figurer, særligt mellem 2018-2020.
- at enkelte overskrifter rettes til.
- at der ses yderligere på aldersgruppeinddeling, herunder inddeling i 65-69 år og 70-74 år.
- at der i tabel 22 overvejes, om de faktuelle tal for antal læger og speciallæger bør anføres.

Sundhedsstyrelsen har indarbejdet overstående ændringer i Lægeprognosen.

Punkt 7. Opfølgning på temadag den 22/11-2018 om inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde

Sagsfremstilling:

Den 22. november 2018 er afholdt temadag om inspiration til det fremtidige lægeprognosearbejde. Der ønskes en overordnet evaluering af dagen. Den videre proces fremlægges til drøftelse i udvalget.

Indstilling: Til kort drøftelse.

Referat:

Sundhedsstyrelsen udarbejder til næste møde en opsamling på temadagen den 22/11-2018. Det fremtidige arbejde planlægges bl.a. med prioritering af temaer til viderearbejde i udvalget.

Punkt 8. Næste møde og videreproces

Referat:

Sundhedsstyrelsen udsender udkast til Lægeprognose i januar til kommentering i udvalget. Kommentarer indarbejdes i prognosen og et revideret udkast til Lægeprognosen udsendes til udvalgmødet den 7. februar 2019. Efter drøftelse i udvalget, forelægges Lægeprognosen i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 6. marts 2019. Lægeprognosen forventes at kunne offentliggøres i april 2019.

Punkt 9. Eventuelt

Intet.

Bilagsliste:

Bilag P16-18:	Dagsorden for mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 20. december 2018
Bilag P17-18:	Udkast Lægeprognose 2018-2040 pr. 13/12-2018
Bilag P18-18:	Udkast afsnit om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen og deres betydning for behovet for læger



DAGSORDEN

BILAG VU1-19

Emne: Møde i Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum
VUSAM

Mødedato: 29. januar 2019, kl. 11:00-14:00

Sted: Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S,
Mødelokale C

Deltagere: Susanne Vinther Nielsen, formand, Sundhedsstyrelsen
Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord
Trine Kirkegaard Petersen, Videreuddannelsesregion Nord
Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Nina Aksig Nørland, Styrelsen for Patientsikkerhed

23. januar 2019
Sagsnr. 2-1012-562/1

Reference ALJE
T 9359 0211
E alje@sst.dk

Sekretariat:
Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden (Bilag VU1-19)

Punkt 2. Vedr. akutmedicin

Sagsfremstilling:

1) Den enkelte videreuddannelsesregion fremlægger status på indførelsen af uddannelsesstillinger inden for akutmedicin regionalt, herunder introduktionsuddannelse, hoveduddannelse og merit.

2) Sundhedsstyrelsen ønsker drøftet estimer for akutmedicin i udkast til Lægeprognosen 2018-2040 (Bilag VU2-19).

3) Videreuddannelsesregion Øst har fremsendt fem spørgsmål vedrørende akutmedicin, som ønskes afklaret (Bilag VU3-19).

Dagsordenspunkt ønsket af: Videreuddannelsesregion Nord, Sundhedsstyrelsen pkt. 2), og Videreuddannelsesregion Øst pkt. 3)

Punkt 3. Status på forsøgsordning med sammenhængende uddannelsesforløb i videreuddannelsesregionerne

Sagsfremstilling: Den enkelte videreuddannelsesregion giver en opdatering ift. godkendte forløbstyper samt opslåede og besatte sammenhængende forløb.

Dagsordenspunkt ønsket af: Videreuddannelsesregion Nord

Punkt 4. Status på tillægsaftaler

Sagsfremstilling:

1) Opfølgning på dagsordenspunkt syv fra mødet i VUSAM den 1. november 2018 ved STPS om tillægsaftaler.

2) Afklaringer vedrørende tillægsaftaler til KBU-læger og i den forbindelse godkendelse af ansættelser i logbogen.net. Problemstillingen er tekniske vanskeligheder i forbindelse med godkendelse af ½ års ansættelse, hvor den konkrete ansættelse er lidt kortere grundet f.eks. barsel (Bilag VU4-19).

Dagsordenspunkt ønsket af: Videreuddannelsesregion Nord pkt. 1), og Videreuddannelsesregion Øst pkt. 2)

Punkt 5. 6-årsfristen

Sagsfremstilling:

1) Drøftelse af Danske Regioners udmelding vedrørende 6-årsfristen.

2) Drøftelse af den politiske udmelding om 6-årsfristens afskaffelse ift. hvornår det officielt udmeldes samt den forventede dato for ikrafttræden.

Dagsordenspunkt ønsket af: Videreuddannelsesregion Nord pkt. 1), og Videreuddannelsesregion Øst pkt. 2)

Punkt 6. Status på andelen af almen medicin i KBU-forløb og drøftelse af almen praksis vs. psykiatri i KBU fremover

Sagsfremstilling:

1) De tre videreuddannelsesregioner angiver status på andelen af almen medicin i KBU-forløb.

2) Drøftelse af andelen af KBU-forløb i almen praksis versus psykiatrien fremover.

3) Drøftelse af det politiske udspil med flere introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i almen medicin ift. kapacitet og implementering.

Dagsordenspunkt ønsket af: Sundhedsstyrelsen pkt. 1), Videreuddannelsesregion Syd pkt. 2), og Videreuddannelsesregion Øst pkt. 3)

Punkt 7. Udveksling af personfølsomme oplysninger

Sagsfremstilling: Drøftelse af udfordringer ift. den nye persondataforordning (Bilag VU5-19).

Dagsordenspunkt ønsket af: Videreuddannelsesregion Syd

Punkt 8. Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2018

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for 2018, som ønskes gennemgået på mødet (Bilag VU6-19).

Dagsordenspunkt ønsket af: Sundhedsstyrelsen

Punkt 9. Eventuelt

Punkt 10. Næste møde

Bilagsliste:

Bilag VU1-19: Dagsorden VUSAM 29. januar 2019

Bilag VU2-19: Estimer for akutmedicin i udkast Lægeprognosen 2018-2040

Bilag VU3-19: Vedr. afklaringer ift. akutmedicin – VUR Øst (anonymiseret)

Bilag VU4-19: Vedr. tillægsaftaler – VUR Øst (anonymiseret)

Bilag VU5-19: Vedr. udveksling af personfølsomme oplysninger – VUR Syd

Bilag VU6-19: Udkast opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for 2018



D A G S O R D E N

B I L A G 01 - 19

Emne	Møde i følgegruppen for de generelle kurser, lægeligvidereuddannelse
Mødedato	Kl 12.00-14.00, 6. marts 2019
Sted	Lokale B
Deltagere	<ul style="list-style-type: none">- Susanne Vinter Nielsen, Formand (Sundhedsstyrelsen)- Doris Østergaard (Universiteterne)- Vibeke Ersbak (Lægevidenskabelige Selskaber)- Anne-Dorthe Sørensen (Danske Regioner)- Bente Vigh Malling (Videreuddannelsesregion Nord)- Lise Møller (Videreuddannelsesregion Øst)- Tine Boesen Larsen (Videreuddannelsesregion Syd)- Jesper Brink Svendsen (Lægeforeningen)- Helle Guldager Aaskoven- Claus Malta Nielsen (Sundhedsstyrelsen)- Astrid Keur Devantier (Sundhedsstyrelsen)

19. februar 2019

Sagsnr. 2-1410-253/1/
Reference ASKD
T 93590210
E eub@sst.dk

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden (bilag 01-19)

Punkt 2. Status for arbejdsgruppe for KBU og introkurser

Arbejdsgruppen præsenterer status og ca. en A4-side med tidsplan, formål og produkt jf. sidste møde i følgegruppen. Arbejdsgruppen består af Doris Østergaard (tovholder), Jan Toft, Vibeke Ersbak og Susanne Vinther Nielsen.

Punkt 3. Status for arbejdsgruppe for SOL-kurserne

Arbejdsgruppen præsenterer status og ca. en A4-side med tidsplan, formål og produkt jf. sidste møde i følgegruppen. Arbejdsgruppen består af Helle Guldager Aaskoven (tovholder), Lise Møller, Bente Malling, Jesper Allerup (Lægeforeningen) og Claus Malta Nielsen.

Punkt 4. Behovsanalysen

Bente Vigh Malling orientere status og proces for behovsanalysen.

Punkt 6. Planlægning af næste møde

Punkt 7. Eventuelt



REFERAT

Emne Møde i følgegruppen for de generelle kurser, lægeligvidereuddannelse

Mødedato Kl 11.00 – 14.00, 12. december 2018

Sted Lokale E

Deltagere

- Susanne Vinter Nielsen, Formand (Sundhedsstyrelsen)
- Doris Østergaard (Universiteterne)
- Vibeke Ersbak (Lægevidenskabelige Selskaber)
- Anne-Dorthe Sørensen (Danske Regioner)
- Bente Vigh Malling (Videreuddannelsesregion Nord)
- Lise Møller (Videreuddannelsesregion Øst)
- Tine Boesen Larsen (Videreuddannelsesregion Syd)
- Jesper Brink Svendsen (Lægeforeningen)
- Claus Malta Nielsen (Sundhedsstyrelsen)
- Nanna Svejborg (Sundhedsstyrelsen)

15. januar 2019

Sagsnr. 2-1410-253/1/
Reference NASV

Præsentation af punkt 6:

- Ture Larsen
- Randi Beier-Holgersen

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden

Referat for sidste møde blev godkendt.

Dagorden blev godkendt og ingen punkter til eventuelt.

Punkt 2. Forundersøgelsen

Bente Vigh Malling og Susanne Vinter Nielsen opdaterer følgegruppen på arbejdet med at få frigivet ressourcer til en forundersøgelsen af 'hvilken viden der mangler' samt hvordan forundersøgelsen tilrettelægges og tidshorizonten for arbejdet.

Sundhedsstyrelsen oplyste om, at der arbejdes på endelig godkendelse af ressourcer, hvorefter arbejdet kan påbegyndes.

Bente Vigh Malling præsenterede det foreløbige arbejde, med formål, tidsplan og produkt.

Arbejdsgruppen har udarbejdet tidsplan for arbejdet (*se vedhæftet bilag 23-18*). Efter første fokusgruppediskussion, der er sammensat af respondenter fra Uddannelsesregion Nord, inviteres arbejdsgruppen til at komme med inputs til listen over relevante aktører, analysen skal inddrage.

I forbindelse med udsendelse af spørgeskema, blev det pointeret i gruppen, at grundet GDPR anbefales det, at hver uddannelsesregion sender ud til mulige respondenter, hvorefter arbejdsgruppen kan tage opfølgende kontakt til respondenterne i anden svarrunde.

Punkt 3. Status for arbejdsgruppen for KBU og introkurser

Arbejdsgruppen beskriver gruppens formål, produkt og tidsplan. Arbejdsgruppen består af Doris Østergaard (tovholder), Mikael Giødesen og Susanne Vinther Nielsen.

Jan Toft erstatter Mikael Giødesen i arbejdsgruppen. Derved består arbejdsgruppen af Doris Østergaard (tovholder), Jan Toft, Vibeke Ersbak og Susanne Vinther Nielsen.

Doris Østergaard præsenterede det følgende arbejde, hvor bl.a. formål blev præciseret (*se vedhæftet bilag 24-18*), med fokus på, om kurserne dækker de behov som interessenterne har brug for.

Undersøgelsen af KBU og introkurser vil fokusere på indhold af kurserne. Hertil blev det nævnt, at det i uddannelses region Nord er kursusundervisere, der har den største viden, frem for kursuslederen.

Jesper Allerup bidrager til arbejdsgruppen med inputs om kurser i de enkelte regioner på vegne af Lægeforeningen.

Gruppen udarbejder tidsplan, formål og produkt (ca. en A4-side) til næste møde i følgegruppen.

Punkt 4. Status for arbejdsgruppen for SOL-kurserne

Arbejdsgruppen beskriver formål, produkt og tidsplan. Arbejdsgruppen består af Lise Møller (tovholder), Vibeke Ersbak, Jesper Allerup (Lægeforeningen) og Claus Malta Nielsen.

Arbejdet i denne arbejdsgruppe er ikke påbegyndt.

Det blev foreslået at Helle Guldager Aaskoven tiltræder som tovholder i gruppen (accepteret).

Derved vil gruppen bestå af: Helle Guldager Aaskoven (tovholder), Lise Møller, Bente Malling, Jesper Allerup (Lægeforeningen) og Claus Malta Nielsen.

Arbejdsgruppen udarbejder tidsplan, formål og produkt (ca. en A4-side) til næste møde i følgegruppen.

Punkt 5. Status for arbejdsgruppe for forskningstræning

Arbejdsgruppens formål, produkt og tidsplan præsenteres. De tre videreuddannelsesregioner bidrag vedr. kurser i forskningstræningstræningsmodulet bliver sendt til Lise Møller og præsenteres på mødet.

Arbejdsgruppen har ikke udarbejdet formål, produkt og tidsplan.

Arbejdsgruppen vil i første omgang indhente viden om, hvordan dette kursus forløber på de enkelte specialer, med fokus på, om nogle specialer har fælles eller individuelle kurser.

Gruppen drøftede, at der i undersøgelsen kan være fokus på:

- Hvordan kurserne – det generelle forskningsmetodologi kursus og det speciale-eller metodespecifikke kursus - er tilrettelagt i det enkelte speciale

- Hvor mange der får dispensation fra deltagelse i forskningstræningsmodulet eller dele af dette
- Beskrivelse af forskelle i kurserne. Herunder tilfredshed, samt længde i forhold til udbytte.

Tine Boesen Larsen og Bente Vigh Malling bidrager til at indsamle information til arbejdsgruppen. Forud for dataindsamlingen fremsender Lise Møller et skema, der beskriver hvilke oplysninger, der ønskes. Susanne Vinther Nielsen er Sundhedsstyrelsens repræsentant.

Punkt 6. En dirigent perspektiv på lægers ledelseskompetencer

Ture Larsen og Randi Beier-Holgersen præsenterer Tures [PhD](#) 'Conducting the emergency team – focus on leadership'. Studiet undersøger om ledelseskompetencer blandt medicinstuderende kan overføres fra en dirigents non-verbale ledelse af et orkester.

Ture Larsen og Randi Beier-Holgersen præsenterede Tures PhD, som fokuserer på uddannelsen af ledelsesrollen, med udgangspunkt i anvendelse af teknikker fra anden fagperson - dirigentens.

Punkt 7. Planlægning af næste møde

Næste møde i gruppen er d. 6. marts 2019 kl 11 – 14.

Arbejdsgrupperne sender deres arbejde ud til gruppen i god tid inden mødet.

SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE REGION ØST

Referat

Møde i styregruppen for de generelle kurser

Sted: Gentofte Hospital, Kildegårdsvej 28, 2900 Hellerup
Center for HR, opgang 65, mødelokale C-126

Tid: Onsdag den 30. januar 2019 kl. 09.30 – 13.30

Region Hovedstaden
Center for HR
Enhed for Kompetenceudvik-
ling og Uddannelse - Læger
Sekretariatet for Lægelig
Videreuddannelse Øst
c/o Gentofte Hospital
Kildegårdsvej 28, opg. 63
2900 Hellerup
Tlf.: 38 66 99 30

Sagsbeh.: Wendy Mikkelsen

Sagsnr.:
17003280

Direkte 38 66 99 40

sagsgrp.:

tlf.:

E-mail: wjm@regionh.dk

Deres J.
Nr./Ref.:

Dato: 7. februar 2019

e-mail:

laegeuddannelsen@regionh.dk
www.laegeuddannelsen.dk

Indkaldte:

Charlotte Søjnes (kursusleder CAMES, RH), Marlene Mohr (kursusleder CAMES, Herlev), Lise Møller (Sekretariatschef), Francis Grinderslev (kursusadministrator CAMES, Herlev), Birgitte Dahl Pedersen (Region Hovedstadens Psykiatri), Camilla Thamdrup (kursusleder CAMES, RH), Ann Maria Kromann Halse (uddannelseschef, RSJ), Trine Saida (specialkonsulent, RSJ), Karsten Wegener (uddannelseskonsulent, RSJ) Christina Nielsen (Sekretariatet) og Wendy Mikkelsen (Sekretariatet – ref.)

Dagsorden:

1. Godkendelse af dagsorden
Godkendt

2. Godkendelse af referat fra den 29. januar 2018 (se bilag 1)
Godkendt

3. Kursusrækkerne - status

a. Akut-kurser

RSJ: Akut-kurser kører godt, men der er udfordringer med at skaffe plads til uddannelseslæger, der kommer retur fra orlov. Men RegH hjælper gerne med at skaffe plads.

Har forsøgt at lave 2-2, som i RegH, hvor der er tre-fire uger imellem, men det er desværre ikke lykket. Som det er lige kører kurserne med fire dage i streg. Det er svært at få 2-2 igennem i RSJ pga. drift.

Der er en del uddannelseslæger med sproglige udfordringer og RSJ vil gerne sikre, at der bliver taget hånd om disse. En del af disse skal tage kurserne igen og de kan fylde på kurserne.

I RegH kan man godt efter to dage nå at vurdere om uddannelseslæge har store sproglige og faglige udfordringer. Hvis der er bliver afdelingen orienteret og der bliver taget hånd om uddannelseslægen, så uddannelseslægen kan nå at forbedre sig og gennemføre resten af kurserne fremstillende.

RegH: Kurserne kører rigtig godt og der 12 fyldte kursusforløb. De regulære KBU-forløb kører overordnet fint, men evalueringsansættelser fylder meget. Afdelingerne er begyndt at håndtere evalueringsslægerne bedre og er blevet opmærksomme på udfordringerne. Der er dog også mange udenlandsk uddannede som klarer sig godt og gennemfører uddannelsen tilfredsstillende. Men de få, der klarer sig dårligt fylder rigtig meget.

Lise oplyste, at der bliver arbejdet en del med emnet udenlandske uddannede læger og der er opmærksomhed på, at sprogprøverne ikke er gode nok. Der testes ikke i sprogforståelse og den kulturelle sprogforståelse.

Der arbejdes lige nu på at ensarte sagsbehandlingen mellem RegH og RSJ, så sprogscreeningen bliver den samme.

Marlene nævnte, at hun var blevet gjort opmærksom på, at der kan være udfordringer med fortroligheden, når hun kontakter en afdeling, fordi en uddannelseslæge klarer sig dårligt. Men når uddannelseslægen er informeret om, at en afdeling kontaktes, så er det et samarbejde mellem organisationen.

Der er stadig behov for at underviserne har brug for at bytte vagter, når de skal undervise, fordi de bliver sat i vagt selvom de skal undervise.

Det blev aftalt, at der udarbejdes et dokument, som underviserne kan sendes til afdelingerne. Marlene, Charlotte og Camilla udfærdiger et udkast, som sendes til Lise. Når det er endeligt vedtaget sendes det til underviserne og Lise vil dernæst orientere afdelingsledelserne.

RSJ har allerede et lignende brev, som sendes til RegH til inspiration.

RSJ: afdelingerne afholder ikke selv udgiften til de obligatoriske kurser. Det blev aftalt, at RegH kontakter RSJ med henblik på erfaringsudveksling, således at RSJ evt. begynder at opkræve afdelingerne for kurserne.

b. Pædagogik-kurser

RegH: der er lidt bekymrende tilbagemeldinger fra underviserne på PÆD-1-kurserne. Dette uddybes under punkt 5.

Charlotte oplyste, at hun har været i kontakt med Copenhagen Game Lab, som har udviklet et brætspil til nye læger, der skal lære at være KBU-læge. Prisen for spillet er 10,000 kr. pr. spiller. Spillet er bestilt af Region Syddanmark.

Marlene har prøvet spillet og synes, at det hører til på pædagogik-kurset. Formålet med spillet er at skabe læring og kunne prioritere ude på afdelingerne. Charlotte prøver at sætte sine underviser til spillet og se, om det kan bruges til KBU-lægerne. RSJ afventer tilbagemeldinger fra RegH.

Hvad angår PÆD-2 i RegH, så er der mange intro-læger, som skal holdsættes. Den store volumen skyldes det høje antal KBU-læger. Der er pt. 28 kurser om året. Der er altid mulighed for at komme på kurser. Der overvejes, om der skal laves flere kurser eller om kurserne skal udvides. En af udfordringerne ved at udvide kurserne kan være, at kvaliteten af kurserne bliver mindre. Udfordringen ved at lave flere kurser er, at det er svært at finde dage nok.

RSJ: der er gode evalueringer af kurserne. Det er primært strukturelle udfordringer, der fylder. Der er fokus på at skabe gode rammer for underviserne samt sørge for, at de er forankret i RSJ.

c. Kommunikation

RegH: kurset kører godt og underviserne samt uddannelseslægerne er glade. Kurset bliver evalueret godt. Camilla oplyste, at hun har færdiggjort en to-årig master og at hun som en del af uddannelsen har deltaget i kurserne, bl.a. selv faciliteret kurserne, filmet sig selv og uddannelseslægerne. Mange af tilbagemeldingerne fra uddannelseslægerne er negative, fordi de føler sig klemt. De er dygtige teoretiske, men det praktiske er svært og så fylder forholdet til den senior læge meget, som ikke altid er lige imødekomende. Det positive ved kurset er, at uddannelseslægerne får mulighed for at få legitimeret deres følelser og frustrationer. Og dermed bidrager til at kulturen ændres, så der bliver bedre kommunikation og tale om det, der er svært. Der er mulighed for at underviserne kan undervise sammen og så vil Camilla tage det andet hold. Dette er for sikre, at undervisningen bliver bedre.

Evalueringerne bliver med al held digitaliseret.

RSJ: der har ikke været samme ressourcer til at dykke ned i det samme som der er gjort på kurset i RegH. Men kurserne bliver evalueret fint.

d. SOL-kurser

RSJ: SOL-1: der er kommet ny underviser og evalueringerne bliver bedre. Det er besluttet, at der pt. ikke ændres noget ved kurserne. Afventer følgegruppens udmeldinger.

RegH: SOL-1: Klinisk Farmakologisk afdeling på BBH indgår på kurserne og det går godt. Og det er også kommet videre til SOL-2

Marlene har haft et møde med Christian Antonsen og han var meget opmærksom på, at det er vigtigt med arbejde på tværs i organisationen.

Der arbejdes på at ledende overlæge på neurologisk afdeling Jesper Erdal, RH bliver en del af kurset.

Der kan tydeligt mærkes forskel på, at det er hoveduddannelseslæger i stedet for som tidligere intro-læger. Lægerne er mere læringsparate.

Der blev stillet forslag til, at mødestedet kunne ændres fra Scandic Ringsted til Scandic Roskilde. Dette var der stemning for, da det vil lette transporten for mange. SOL-kurserne bliver fordelt meget mere stringent.

RSJ har 1/3 del af hoveduddannelseslægerne og RegH har 2/3 og det betyder, at RSJ har tre kurser og RegH har seks kurser.

Der blev opfordret til at arbejde mere sammen de to regioner imellem. Bekymringen er, at RSJ bliver udvandet, hvis flere kurserne flyttes længere mod RegH. Men det vigtigste er, at kurserne bliver fyldt og der er færre på kurserne i RSJ. Der er flere, der tilmelder sig kurserne i RegH.

RSJ: SOL-3: indholdssiden er blevet ændret og det samme er casen. Kurserne kører fint. Det viser sig dog, at underviserne ikke altid er lige tro mod konceptet for kurserne og underviserne justerer materialet.

Ann Maria og Marlene har udformet et brev, der skal sendes til underviserne, hvor der gøres opmærksom på vigtigheden af at følge det allerede godkendte kursusmateriale og koncept for kurset.

Alle kursisterne bliver fordelt og der bliver taget hensyn til de forskellige specialer. Den nuværende dimensioneringsplan kører indtil 2021, men der udvides med 15 hoveduddannelsesforløb i almen medicin i Region Øst (heraf 10 i RegH). Forløbene er med start i efteråret 2019.

Der er blevet stillet forslag til fra politisk side, at der skal udvides yderligere 100 forløb. Disse ekstra forløb kan først være med start i foråret 2020. Dette er dog stadig usikkert.

Lise orienterede om, at regionerne har svært ved øgningen af både KBU-forløb, intro- og hoveduddannelsesforløb. Det betyder, at alle KBU-forløb med al sandsynlighed ikke kommer til at indeholde almen medicin.

4. Den nationale følgegruppe for de generelle kurser ved Lise (bilag 2, 3 og 4)

Dette punkt blev drøftet efter punkt 5

Gruppens endelige linje er endnu ikke lagt. Der er ikke taget stilling til, om nogle af kurserne skal reduceres. Lise har fået til opgave at finde nogle deltagere til undersøgelsen, jf. punkt 2, bilag 2

Gruppen melder tilbage til Lise med info om, hvilke undervisere, der deltager.

Hvad angår punkt 5, bilag 2 satte Lise spørgsmålstejn ved formålet med forskningstræningen. Enhver læge skal naturligvis kunne forholde sig kritisk til kilder mv., men er det nødvendigt med 20 dage til dette formål.

5. Manglende supervision mv. af KBU-læger ved Charlotte

Undervisere på Pædagogik I oplever i stigende grad at KBU-lægerne på kurset fortæller, at de alt efter hvor de er ansat, mangler supervision, arbejder uden adgang til bagvagt, oplever sig som samlebåndsarbejdere og generelt trives dårligt. På baggrund af disse tilbagemeldinger ønskes en drøftelse af, hvordan vi som kursusledere oplever KBU-lægernes vilkår i afdelingerne.

Charlotte startede med at informere om, at mange af tilbagemeldinger ikke nødvendigvis var nye, men at de var alarmerende. Charlotte ville gerne vide, om den "virkelighed" ude på afdelingerne var i orden. Der mangler supervision og mange trives dårligt. Spørgsmålet er, hvor meget pres, der skal være på de nye uddannelseslæger?

De cases, der arbejdes med på kurset, åbner for nogle ting, som til tider kan gøre uddannelseslægerne kede af det. På nuværende tidspunkt forsøger underviserne at lukke ned for det.

Charlotte skal holde et møde med sine undervisere, hvor hun skal forsøge at finde en løsning på, hvordan man som underviser håndterer uddannelseslæger, der er ked af det. Hvordan balancerer man det som underviser.

Ovenstående er meget i tråd med det, som Camilla sagde under punkt kommunikation.

Lise tilføjede, at ovenstående omhandler alle slags uddannelseslæger. Det gælder ikke kun for KBU-læger. I dag er det sværere at lære at være læge.

Alle på afdelingerne føler sig klemmt, der er travlt og det er svært at kommunikere.

Der var enighed om, at underviserne mangler redskaber til at håndtere KBU-lægerne og det er vigtigt, at de får disse redskaber. Men det er ikke løsningen på problemet.

I RSJ får mange samme tilbagemeldinger og der er også opmærksomhed på udfordringerne.

Der er nogle grundpræmisser, som ikke kan løses, fordi der følger meget ansvar med at være læge. Men det er vigtigt at lære, hvordan man agerer i det. Marlene sagde, at det kan være en god ting, at være bange, fordi det er vigtigt at kunne lære af sine fejl og at man er opmærksom på at man kan begå fejl.

Camilla mente dog, at det er vigtigt at møde folk venligt og der skal en kulturændring til på afdelingerne. Og hvordan kan kursuslederne være en stemme i denne ændring.

Charlotte var enig i, at man ikke kan fjerne al bekymring, men der kan skrues ned for presset på afdelingerne. Og hun oplever også, at der er forskellige tilbagemeldinger fra hvilket hospital, man arbejder på. Det er vigtigt at kende strukturen på arbejdspladsen og vide, hvem man skal kontakte, hvis man har brug for det. Og hvornår der er tydelig supervision.

Lise tilføjede, at kultur flyttes meget langsomt, men der er sket en stor udvikling fra tidligere, hvor tonen var rigtig hård. Der er gjort meget for arbejdsmiljøet, hvilket blandt andre Yngre Læger har en del af æren for.

Lises anbefaling til underviserne var, at de skulle være mere åbne over for KBU-lægerne og turde presse dem til at kontakte deres supervisor.

I psykiatrien har der en årrække været rekrutteringsproblemer og det har medført en større bevågenhed på uddannelsesmiljøet og opgavevaretagelsen. Jo større tydelighed jo mindre usikkerhed.

På PC København er der opsat en tavle, hvorpå alle kompetencer fremgår og hver dag bliver der talt om, hvem der skal kompetencevurderes og hvem der skal have supervision.

Marlene sagde, at der oftest er fokus på de negative historier. Og når der først er lagt et negativt spor er det svært at bryde ud af. Mange uddannelseslæger er måske uvidende om, hvor meget hjælp og supervision, de egentlig får i dagligdagen. Der findes rigtig meget uformel læring. Men det vil helt klart være en hjælp at få mere struktur på arbejdsdagen og gøre opmærksom på, hvornår der findes supervision til stede.

Ann Maria tilføjede, at det var vigtigt at få fokus på denne tydelighed ude i klinikken, men også længere oppe i organisationen.

Camilla sagde, at mange KBU-læger har svært ved at genkende, hvornår der finder læring sted. Og Charlotte tilføjede, at der faktisk bliver undervist i dette. Men det er vigtigt, at vejlederne gøres opmærksom på, at de skal tydeliggøre, hvornår der finder supervision sted.

Der var enighed om, at ledelsesstrengen bliver involveret, så strukturen kan ændres. Derudover var det også vigtigt, at uddannelseslægenes fortælling bliver ændret en smule, så den ikke kun er negativ.

Og alle var enige om, at det var vigtigt at klæde vejlederne og underviserne godt på

6. Gensidig øvrig orientering

Sundhedsreformen blev kort nævnt, men der er ikke så meget at sige, når den endnu ikke er vedtaget.

Der var stillet forslag til, at alle kurserne lægges ud på hospitalerne, men dette var der ikke opbakning til.

Der er blevet afholdt møde med de uddannelsesansvarlige overlæger i RegH omhandlende indholdet på de obligatoriske kurser. Uddannelseslægenes trivsel blev drøftet og der var enighed om, at mødet gentages en til to gange årligt.

7. Næste møde

Tirsdag den 20. august 2019 kl. 09.30 – 13.30, CAMES, Herlev Hospital

7. Eventuelt

Intet



UDKAST

Lægeprognose 2018-2040

Udkast pr. 01/2-2019



Udbuddet af læger og speciallæger

Lægeprognose 2018-2040 Udkast pr. 01/2-2019

Udbuddet af læger og speciallæger

© Sundhedsstyrelsen, 2019.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Oversigt over figurer og tabeller	5
1. Introduktion	8
2. Resumé og konklusion	9
2.1. Der bliver uddannet flere læger	9
2.2. Antallet af beskæftigede læger og speciallæger er steget	10
2.2.1. Der er kommet flere udenlandsk uddannede læger	10
2.2.2. Uddannelsessted har betydning for efterfølgende arbejdssted	11
2.3. Udbuddet af læger og speciallæger øges.....	11
3. Udviklingen på det lægelige arbejdsmarked	13
3.1. Tilgangen til medicinstudiet er tredoblet siden 1990	13
3.1.1. Danmark uddanner mange læger sammenlignet med andre OECD-lande	14
3.1.2. Færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet	15
3.1.3. Flest kvinder bliver læge	16
3.1.4. Balance mellem antal læger og befolkningsandel fordelt på region	16
3.1.5. Optaget på universitet stiger.....	17
3.2. Antallet af udstedte autorisationer er steget gennem de sidste år	18
3.3. Flere speciallæger uddannes	19
3.3.1. Kortere tid fra opnået autorisation til speciallægeanderkendelse	23
3.4. Antallet af beskæftigede læger og speciallæger er steget	26
3.4.1. Et svingende antal læger er beskæftiget i medicinalindustrien.....	27
3.4.2. Danmark har lidt højere antal læger med patientkontakt end OECD gennemsnittet.....	27
3.4.3. Stigende antal udenlandsk uddannede læger	28
3.5. Flest mænd er speciallæger men lige kønsfordeling for alle læger	29
3.6. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger	32
4. Det fremtidige udbud af læger og speciallæger	41
4.1. Stigende andel kvinder	43
4.2. Aldersfordelingen ændres over tid	44
4.3. Antallet af speciallæger forventes at stige	47
4.4. Antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere stiger.....	52
4.5. Sammenligning af ændring af effekterne i den nuværende Lægeprognose 2018-2040 i forhold til den forrige Lægeprognose 2015-2040	53
4.6. Balancen mellem udbud og teknisk fremskrivning af antal læger	55
4.6.1. Efterspørgselsreducerende og udbudsforøgende tiltag	58
5. Perspektivering om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen	60
6. Udgangspopulation	66
7. Modelbeskrivelse	68
7.1. Estimer for læger i akutmedicin.....	69

7.2. Tilgangen af læger	70
7.3. Vandring mellem grupper	71
7.4. Pensions- og dødsintensiteter	72
7.5. Orlov og andre årsager til fravær	72
7.6. Beskæftigelse uden for sundhedsvæsenet.....	73
7.7. Fordeling af kandidater på speciale	74
7.7.1. Hovedscenariet	74
7.7.2. Hovedscenariet + to års øget pensionsalder	76
7.7.3. "Status quo scenarie" – besatte forløb lig med gennemsnit for 2015-2017.....	76
7.7.4. Fuld dimensionering	76
7.7.5. Flere forløb end dimensioneringen	77
7.7.6. Færre forløb end dimensioneringen.....	77
7.7.7. Anvendelse af fordelingsfunktion i tildeling af specialer	77
7.8. 6-årsfristen –tidsfristen mellem KBU og hoveduddannelsen	81
7.9. Fremskrivningsmakroen	81
7.10. Diskretionering af data.....	82
8. Bilag.....	83

Oversigt over figurer og tabeller

Figur 1. Tilgang til medicinstudiet og antal autoriserede, 1990-2017	13
Figur 2. Nyuddannede kandidater pr. 100.000 indbyggere i udvalgte OECD lande (2016 eller nærmeste år)	14
Figur 3. Udvikling i tilgang af udenlandske statsborgere på medicinstudiet, 1990-2017	15
Figur 4. Udviklingen i kønssammensætningen ved studiestart, 1990-2017	16
Figur 5. Udvikling i dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, 2003-2017	20
Figur 6. Udviklingen i antal besatte hoveduddannelsesforløb fordelt på videreuddannelsesregion, 2008-2017	20
Figur 7. Udvikling i andel af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensionerede forløb, 2005-2017	21
Figur 8. Uddannelsesvarighed.....	24
Figur 9. Udvikling i gennemsnitlig gennemførelsestid, 2004-2017.....	25
Figur 10. Læger, der leverer ydelser til patienter pr. 1.000 indbyggere (2016 eller nærmeste år) i udvalgte OECD lande	28
Figur 11. Kønsfordeling blandt læger, 2015.....	30
Figur 12. Aldersfordeling blandt læger fordelt på region og Danmark, 2015.....	31
Figur 13. Aldersfordelingen blandt speciallæger fordelt på region og Danmark, 2015.....	31
Figur 14. Speciallæger og læger pr. 1.000 indbyggere i regionerne og Danmark, 2015.....	33
Figur 15. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher, 2015	36
Figur 16. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på specialegruppering, 2015.....	39
Figur 17. Udvikling i antal læger inkl. orlov, 2018-2040 (prognosefremskrivninger)	42
Figur 18. Udviklingen i antallet af mandlige og kvindelige læger inkl. orlov i hovedscenariet, 2018-2040	44
Figur 19. Udvikling i aldersfordelingen for alle læger inkl. orlov i hovedscenariet	45
Figur 20. Udvikling i aldersfordelingen for mandlige læger inkl. orlov i hovedscenariet	45
Figur 21. Udvikling i aldersfordelingen for kvindelige læger inkl. orlov i hovedscenariet	46
Figur 22. Udvikling i aldersfordelingen for speciallæger i hovedscenariet.....	46
Figur 23. Udvikling i antal speciallæger, 2018-2040 (prognosefremskrivninger)	48
Figur 24. Udvikling i antal læger med og uden speciale i hovedscenariet, 2018-2040	49
Figur 25. Udvikling i antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, 2018-2040	52
Figur 26. Udvikling i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere fordelt på specialegrupperinger, 2018-2040.....	53
Figur 27. Hovedscenariet ekskl. orlov og ratio antal læger pr. 1.000 indbyggere som i 2018.....	55

Figur 28. Hovedscenariet og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2018.....	56
Figur 29. Udvikling i antallet af læger, 2018-2040 (vækstscenarier).....	57
Figur 30. Udviklingen i antallet af speciallæger, 2018-2040 (vækstscenarier).....	58
Figur 31. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel.....	59
Figur 32. Demografisk udvikling i Danmark for aldersgrupper (%), 2018-2040	61
Figur 33. Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne relativt til 2018-niveau	62
Figur 34. Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne, absolutte tal (2018-niveau)	62
Figur 35. Fire scenarier for udviklingen i den norske sundheds- og omsorgssektor.....	64
Figur 36. Fremskrivningsmakroen.....	81
Tabel 1. Andel autoriserede læger i forhold til befolkningsandel, 2010-2017.....	17
Tabel 2. Aktuelle dimensionering af tilgang til universiteterne i forhold til befolkningsandel	17
Tabel 3. Dimensionering af tilgange til de fire universiteter fra 2019	18
Tabel 4. Antal udstedte autorisationer fordelt på uddannelsesland, 2010-2017	18
Tabel 5. Antal udstedte speciallægeanderkendelse fordelt på uddannelsesland, 2010-2017	19
Tabel 6. Andel ubesatte forløb i forhold til dimensionerede forløb fordelt på specialer	22
Tabel 7. Udvikling i gennemsnitlig kandidatalder (ekskl. almen medicin), 2006-2017	25
Tabel 8. Udvikling i antal beskæftigede læger fordelt på branche, 2009-2015	26
Tabel 9. Udvikling i antal beskæftigede speciallæger fordelt på branche, 2009-2015.....	27
Tabel 10. Antal læger i arbejdsstyrken fordelt på uddannelsesland, 2009-2015	28
Tabel 11. Antal og andel af udenlandsk uddannede læger fordelt på region, 2009-2015.....	29
Tabel 12. Antal beskæftigede læger fordelt på region, 2008-2015.....	32
Tabel 13. Antal beskæftigede speciallæger fordelt på region, 2008-2015	32
Tabel 14. Udvikling i antal hospitalsansatte læger fordelt på region, 2009-2015.....	34
Tabel 15. Udvikling i antal hospitalsansatte speciallæger fordelt på region, 2009-2015.....	34
Tabel 16. Udvikling i antal alment praktiserende læger (speciallæger), 2009-2015	35
Tabel 17. Udvikling i antal praktiserende speciallæger, 2009-2015	35
Tabel 18. Antal speciallæger fordelt på speciale og region, 2015 (og i 2012).....	37
Tabel 19. Speciallæger og læger fordelt på region og uddannelsesinstitution, 2015	40
Tabel 20. Sammenligning af antal læger inkl. orlov i de forskellige scenarier	43
Tabel 21. Sammenligning af antal speciallæger i de forskellige scenarier	48
Tabel 22. Udvikling i antal læger og speciallæger i hovedscenariet, 2018-2040	50
Tabel 23. Sammenligning af forventet tilgang fra universiteterne til den lægelige videreuddannelse med denne og tidligere Lægeprognose (1)	54
Tabel 24. Årlig tilgang til speciallægeuddannelsen.....	71

Tabel 25. Eksempel på fordelingen af kandidater på speciale – almen medicin.....	76
Tabel 26. Specialernes normerede uddannelseslængde samt indplacering i specialegruppe i prognosen.....	78

UDKAST

1. Introduktion

I fremtidens danske sundhedsvæsen er kvaliteten af sundhedsydelserne blandt andet afhængig af, at der findes tilstrækkeligt med læger generelt og inden for de forskellige specialiseringer. Det skal derfor sikres, at der dels er en hensigtsmæssig fordeling mellem de 39 lægelige specialer dels en geografisk spredning, så der er læger i hele landet. Samtidig er det ud fra en overordnet ressourcemæssig betragtning også afgørende, at der ikke uddannes flere læger end nødvendigt.

Sundhedsstyrelsen udarbejder med hjælp fra Sundhedsdatastyrelsen og Prognose- og Dimensioneringsudvalget jævnlige prognoser for udbuddet af læger og speciallæger for herigennem at følge den forventede udvikling af det lægelige arbejdsmarked.

Prognosernes overordnede mål er at virke som et debatskabende element, som regioner, politikere, sundhedspersoner og andre interessenter kan tage udgangspunkt i, ved drøftelser af sundhedsvæsenets fremtidige bemanning. Herudover skal prognosen skabe basis for fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen samt for rådgivning angående optaget på medicinstudiet.

Prognosen indeholder ikke efterspørgselsanalyser, men i stedet præsenteres tekniske fremskrivninger af udbuddet, hvor der eksempelvis tages udgangspunkt i at bevare det nuværende forholdsmæssige antal af læger. Dette for at belyse den fremtidige balance mellem udbud og nuværende antal læger pr. 1.000 indbyggere.

Prognosen belyser den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger frem mod 2040. Herudover omtales den historiske udvikling på det lægelige arbejdsmarked. Desuden belyses tendenser af betydning for behovet for læger i fremtidens sundhedsvæsen i kapitel fem, hvor der refereres til enkelte rapporter.

Alle prognosekørslerne foretages på baggrund af en modelbeskrivelse af Sundhedsdatastyrelsen. Udarbejdelsen af prognosen begynder i 2018 og inkluderer derfor dette år. Sundhedsdatastyrelsen udarbejder opgørelser fra Bevægelsesregisteret, hvor den seneste tilgængelige opdatering er fra 2015. Opgørelsen er opgjort med status pr. 31. december i årene. Prognosens fremskrivninger kommer til at udgøre et væsentligt udgangspunkt i fastsættelsen af Dimensioneringsplan 2021-2025.

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, Lægemedelindustriforeningen, de sundhedsvidenskabelige fakulteter, Sundheds- og Ældreministeriet, og Sundhedsstyrelsen.

2. Resumé og konklusion

Lægeprognosen præsenterer den forventede udvikling i antallet af læger i perioden 2018 til 2040 fordelt på det totale antal læger, ikke-speciallæger og speciallæger i de enkelte lægelige specialer. Prognosen er en opdatering af Lægeprognose 2015-2040.

I forhold til Lægeprognose 2015-2040 er der sket en begrænset ændring af de overordnede forudsætninger. Ændring i nedenstående faktorer vurderes at have betydning for den forventede udvikling i antallet af læger og speciallæger i prognosens fremskrivninger:

- Øget kandidattilgang
- Nye pensionstendenser
- Nye dødsintensiteter
- Ændret Dimensioneringsplan
- Ændrede gennemførelstider

Modelændringerne medfører samlet set flere læger og speciallæger end tidligere forventet. Stigningen skyldes særligt ændringen i den forventede kandidattilgang fra universiteterne.

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. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at der er en række usikkerhedsfaktorer forbundet med så langsigtede fremskrivninger, og det er et komplekst samspil mellem en lang række sociale, økonomiske og politiske faktorer. Jo længere frem i tiden man kommer, desto mere usikre bliver resultaterne.

2.1. Der bliver uddannet flere læger

Siden 1990'erne er optaget på medicinstudiet mere end tredoblet. Dimensioneringen af lægeuddannelsen på de fire universiteter er således aktuelt 1.395 uddannelsespladser årligt med hhv. 509 studerende på Københavns Universitet, 288 på Syddansk Universitet, 448 på Aarhus Universitet og 150 studerende på Aalborg Universitet. Optaget på bacheloruddannelsen vil frem til 2019 blive øget til 1.661 studerende, mens optaget på kandidatuddannelsen vil blive fastholdt på 1.395 studerende. Sammenlignet med en række udvalgte OECD lande, herunder Sverige og Norge havde Danmark allerede i 2016 en relativt høj kandidatproduktion på 16,8 pr. 100.000 indbyggere mod et samlet OECD gennemsnit på 12,0. Uddannelses- og Forskningsministeriets forventer, at der fra 2025 og frem vil blive uddannet ca. 1.359 læger årligt, svarende til ca. 23 læger pr. 100.000 indbyggere. Allerede fra 2018 forventes der at blive uddannet ca. 20 læger pr. 100.000.

I perioden 2010 til 2013 er sket et mindre fald på 15 % i det samlede antal af læger, der opnår autorisation, men siden er udviklingen vendt, så der i perioden 2013-2017 er sket en markant stigning på 50%. Andelen af udenlandsk uddannede varierer i perioden 2010-2017 fra at udgøre ca. 18 % til 26 % af det samlede antal af autoriserede. Samlet set udgør andelen af udenlandsk uddannede i perioden 21 %. Antallet af udenlandsk uddannede udgør således en ikke uvæsentlig del, af dem som opnår autorisation i Danmark. I forhold til udstedelse af speciallægeanerkendelser, er der samlet set i perioden 2010-2017 sket en stigning på 14 % i antallet af udstedte anerkendelser. Ca. 19 % af de speciallægeanerkendelser, der er blevet udstedt i perioden er udstedt til læger med en udenlandsk speciallægeuddannelse.

Antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb er øget fra 689 forløb i 2003 til 916 forløb i 2017 svarende til en stigning på ca. 33 %. Det ses dog samtidig, at antallet af besatte stillinger i hele perioden har ligget under det dimensionerede antal forløb. Andel af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensioneringen har været svingende i perioden 2005-2017 - indledningsvist til 2009 lå andelen på landsplan på 87 %, mens den efterfølgende var op mod 95 % og fra 2016-2017 igen med et fald til hhv. 89 % og 93 %. Alligevel forventes at udbuddet af speciallæger at være stigende i hele perioden fra 2018 til 2040.

2.2. Antallet af beskæftigede læger og speciallæger er steget

I perioden 2009-2015 er antallet af beskæftigede læger steget med 10 % svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,6 %, mens antallet af beskæftigede speciallæger er steget med 12 % svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,9 %.

Der er i perioden 2008-2015 sket en vækst i antallet af læger og speciallæger i alle fem regioner. De enkelte regioners andel af beskæftigede speciallæger har i perioden 2008-2015 ligget relativt stabilt de enkelte år. Tilsvarende har regionernes andel af beskæftigede læger i alt også ligget stabilt de enkelte år. Sammenholdt med befolkningsgrundlaget i 2015 er der flere læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere i Region Hovedstaden end i de fire andre regioner.

2.2.1. Der er kommet flere udenlandsk uddannede læger

Fra 2009-2015 er der sket en stigning i antallet af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken fra 1.796 i 2009 til 2.114 i 2015 svarende til en samlet stigning på ca. 18 % eller en gennemsnitlig årlig stigning på 3 %. Udenlandsk uddannede udgør dermed ca. 14 % af den samlede vækst på 2.267 læger i arbejdsstyrken i perioden 2009-2015. Den samlede andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken er steget fra 8,1 % i 2009 til 8,6 % i 2015.

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.

2.2.2. Uddannelsessted har betydning for efterfølgende arbejdssted

Der er noget der tyder på, at stedet, hvor lægerne har gennemført deres universitetsuddannelse, har en betydning for, hvor de på sigt etablerer sig som speciallæge. Dette gør sig gældende både for læger under uddannelse og for færdiguddannede speciallæger. Sammenhængen er tydeligst for læger med uddannelse fra Københavns Universitet, herefter for Syddansk Universitet og mindst tydelig for Aarhus Universitet.

En regulering af fordelingen af optaget på universiteterne kan også være et virksomt redskab i forhold til at ændre på den regionale fordeling af læger. Der er dog allerede sket en regulering af optaget på universiteterne. 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. Med den nuværende dimensionering af optaget på kandidatuddannelsen optager Københavns Universitet færre studerende i forhold til befolkningsgrundlaget i Videreuddannelsesregion Øst. Tilgangen på Syddansk Universitet er i balance med det nuværende befolkningsgrundlag, mens universiteterne i Videreuddannelsesregion Nord samlet set optager et større antal i forhold til befolkningsgrundlaget.

2.3. Udbuddet af læger og speciallæger øges

Prognosen indeholder seks scenarier for udviklingen i antallet af læger og seks scenarier for udviklingen i antallet af speciallæger. Der er forskel mellem scenarierne indbyrdes på den forventede udvikling, men inden for samtlige scenarier forventes en stigning i antallet af både læger og speciallæger i perioden 2018-2040. Det nye lægespeciale i akutmedicin indgår ikke i prognosens fremskrivninger, men er baseret på estimer.

Scenarierne dækker et hovedscenarie samt scenarier, hvor der ændres i antagelser om pensionsalder, antallet af lægekandidater og speciallæger. Scenarierne er udfærdiget for at belyse, at det kan være vanskeligt entydigt at fastslå, hvor mange læger og speciallæger, der kommer i fremtiden. Ændringer i forudsætningerne kan få stor betydning. Ligeledes er scenarierne udformet for at give et billede af, hvad udviklingen i antallet af speciallæger forventeligt vil være, hvis der ændres på den nuværende dimensionering af specialerne.

I prognosens hovedscenarie forventes udbuddet af læger eksklusiv læger på orlov at stige med ca. 56 % til 39.447 læger i 2040, svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på ca. 2,0 %. Der er tale om en øget vækst i antallet af læger i forhold til Lægeprognose 2015-2035, idet der her var prognosticeret et udbud på 36.700 læger eksklusiv orlov i 2040. Øgningen skyldes primært den øgede kandidatproduktion, da Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen er højere i denne prognose sammenlignet med prognosen 2015-2040. Dette afspejler blandt andet det øgede optag på Ålborg Universitet med 50 studerende i henholdsvis 2015 og 2017.

For speciallæger viser hovedscenariet, at udbuddet af speciallæger forventes at være stigende i hele perioden fra 16.163 i 2018 til 24.121 i 2040. Samlet set svarer stigningen til,

at der i 2040 forventes ca. 49 % flere speciallæger, end der var i 2018. Den gennemsnitlige årlige stigning er på 1,8 %. I forhold til Lægeprognose 2018-2040 forventes både på kort og lang sigt flere speciallæger end forventet i den tidligere prognose. Dette er en relativ mindre stigning på 1.945 speciallæger. I Lægeprognosen 2015-2040 viste hovedscenariet, at udbuddet af speciallæger vil være stigende til 22.176 i 2040.

I hovedscenariet forventes, at der i perioden 2018-2040 vil ske en stigning i antallet af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere. Antallet af læger forventes at stige fra 4,4 til 6,3 pr. 1.000 indbyggere, mens antallet af speciallæger forventes at stige fra 2,8 til 3,8 pr. 1.000 indbyggere. Gennemsnitligt var der i OECD landene i 2016 3,4 læger med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere. I en vurdering af, om Danmark sammenlignet med andre lande har mange læger pr. 1.000 indbyggere, er det væsentligt at være opmærksom på, at der inden for de enkelte lande kan være stor forskel på, hvilken type af opgaver, der varetages af læger eller uddelegeres til eksempelvis sekretærer, sygeplejersker mv.

Sundhedsvæsenet oplever allerede i dag udfordringer med et stigende antal ældre og kronisk syge – udfordringer, der vil øges de kommende år. Prognosen viser, at der totalt set vil komme betydeligt flere læger og speciallæger, end der er i dag, til at håndtere denne udfordring. 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 store regionale 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. Det er af afgørende betydning, om der kan etableres tiltag, som kan være med til at sikre en omfordeling af lægearbejdsstyrken i de fem regioner og indbyrdes i regionerne mellem land og by. Det er ligeledes af betydning, om de lægelige ressourcer kan udnyttes bedre fx gennem ændret organisation eller ny teknologi. Endelig illustrerer Lægeprognosen, hvordan politiske beslutninger, fx vedrørende pensionsalder, kan få væsentlig betydning for udviklingen i antallet af læger. Den faktiske udvikling i antallet af læger frem mod 2040 og fordelingen af dem vil således afhænge af de kommende års beslutninger og prioriteringer – både faglige og politiske.

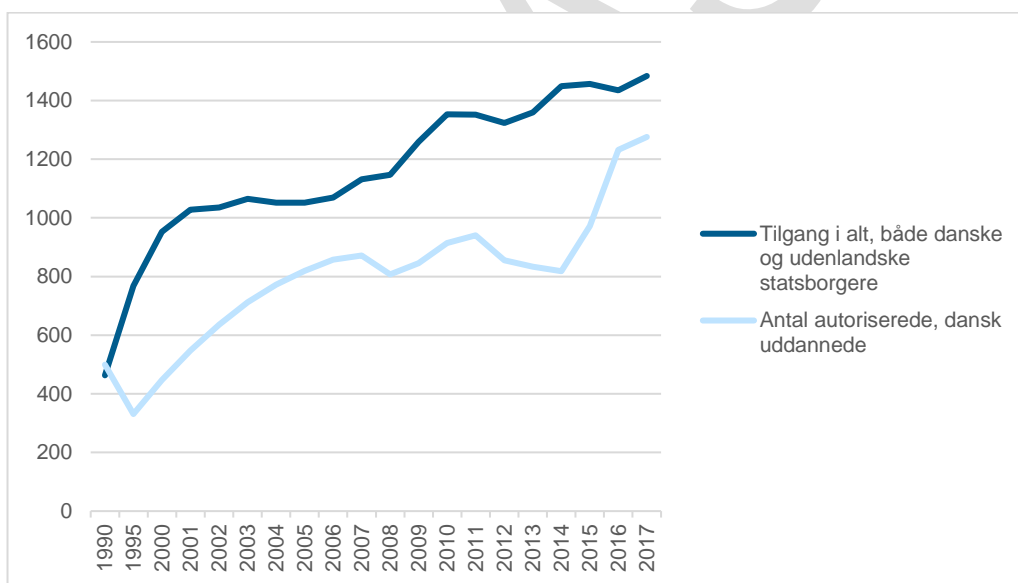
3. Udviklingen på det lægelige arbejdsmarked

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 tredoblet siden 1990

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 28 år mere end tredoblet, og er således steget fra 463 i 1990 til 1.484 i 2017 med den kraftigste stigning siden 2006 på 39 % (Figur 1).

Figur 1. Tilgang til medicinstudiet og antal autoriserede, 1990-2017



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 uddannelse. Således blev der i 2017 autoriseret to en halv gange flere dansk uddannede læger, end i 1990. I perioden 2005-2014 lå antallet af autoriserede pr. år nogenlunde stabilt, men siden 2014 er antallet steget med 56 %.

Der vil være en forskydning på mindst seks år inden en øgning i optaget på medicinstudiet afspejles i antallet af autoriserede læger. I afsnit 3.2 ses nærmere på den samlede udvikling i antallet af autoriserede.

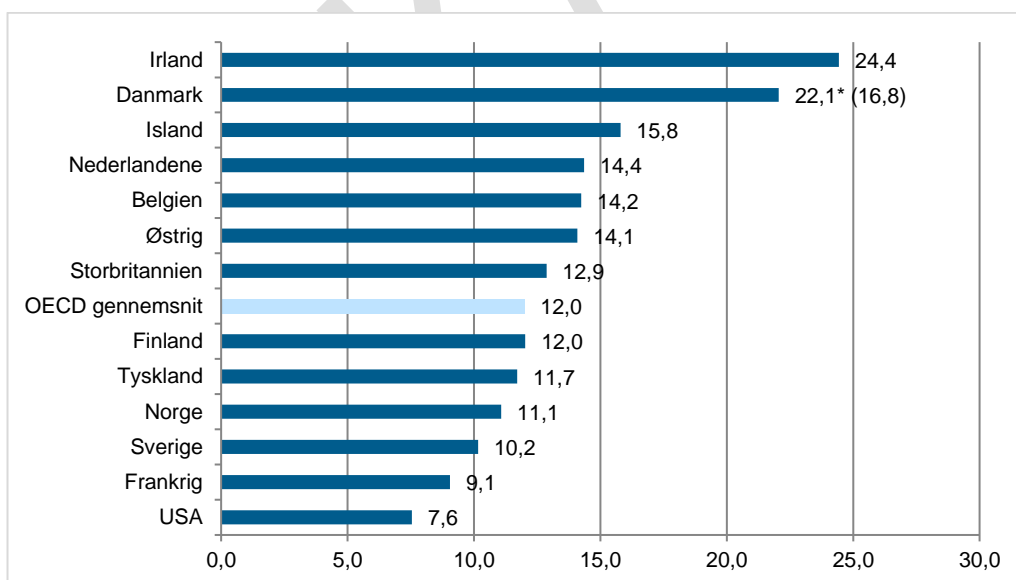
Medianalderen for medicinstuderende ved studiestart er fra 2000 til 2017 faldet fra 21,5 til 21 år. Den gennemsnitlige studietid faldt i perioden 2000-2013 fra 7,8 år til 6,7 år, men er siden steget til 7,7 år i 2017, dvs. næsten det samme niveau som i 2000. Dette er sket trods flere initiativer til 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, bl.a. fremdriftsreformen i 2013 med ændringer i 2015.

Den gennemsnitlige alder ved opnåelsen af autorisation er faldet fra 29,3 år i 2001 til 28,4 år i 2017, hvilket som udgangspunkt betyder, at lægerne vil stå til rådighed for arbejdsmarkedet i en tilsvarende længere periode end tidligere. Ca. 80 % af de læger, der har opnået autorisation var i perioden 2005-2017 i aldersgruppen 25-29 år på autorisationsdatoen, og ca. 97 % har opnået autorisation inden det 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 2016 var OECD gennemsnittet 12,0 pr. 100.000 indbyggere mod 16,8 i Danmark (Figur 2).

Figur 2. Nyuddannede kandidater pr. 100.000 indbyggere i udvalgte OECD lande (2016 eller nærmeste år)



* Tallet 16,8 pr. 100.000 indbyggere er ekskl. udenlandske uddannede kandidater (egen data). I OECD opgørelsen er tallet for Danmark 22,1 nyuddannede kandidater fra medicinstudiet pr. 100.000 indbyggere - dette tal er inkl. udenlandske nyuddannede kandidater.

Kilde: OECD Health Statistics 2018

Uddannelses- og Forskningsministeriet forventer, at der i 2018 vil være 1.179 nyuddannede læger, hvilket sammenholdt med det forventede befolkningstal betyder, at der i 2018 vil blive uddannet ca. 20 læger pr. 100.000 indbyggere. I 2025 forventes det, at der uddannes ca. 23 læger pr. 100.000 indbyggere.

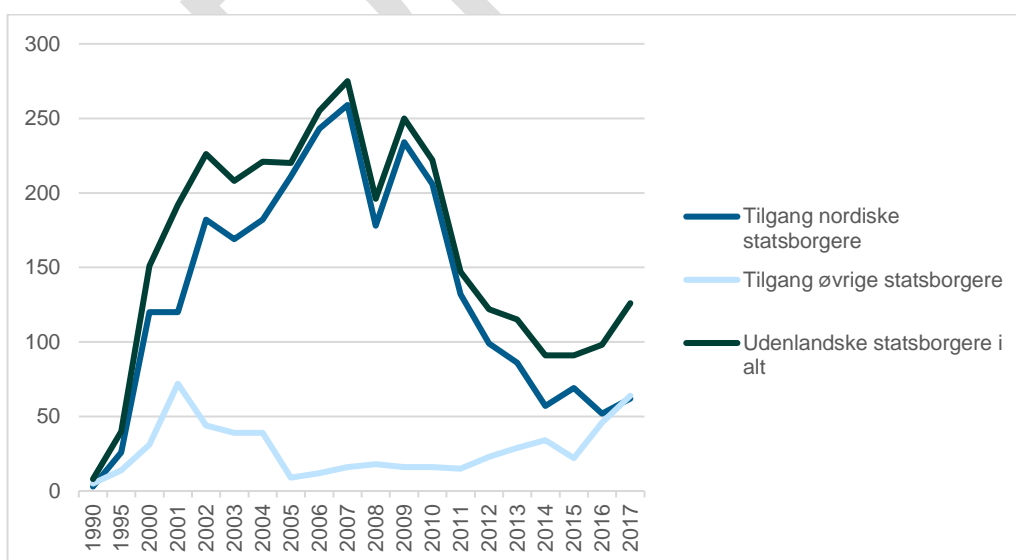
3.1.2. Færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet

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 på medicinstudiet, der har udenlandsk statsborgerskab, idet en del af de udenlandske statsborgere forlader Danmark efter endt uddannelse.

Tilgangen af udenlandske statsborgere lå i perioden 2000-2010 på mellem 16-25 % af den samlede tilgang på medicinstudiet. Billedet er dog de senere år vendt, idet der er sket et væsentligt fald i andelen af udenlandske statsborgere på medicinstudiet og siden 2013 har udenlandske statsborgere kun udgjort 6-8 % af det samlede optag (Figur 3). Niveaulet er dog højere end i 1990, hvor de udenlandske statsborgere udgjorde 2 % af tilgangen på medicinstudiet. Tilgangen af nordiske statsborgere, der er blevet mindre gennem de seneste år, mens tilgangen af øvrige udenlandske statsborgere har været svagt stigende (Figur 3). I 2017 oversteg antallet af ikke-nordiske statsborgere antallet af nordiske statsborgere for første gang siden 2000 (64 mod 62).

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, 1990-2017



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

I perioden 2010-2017 var 19% af de, der opnåede autorisation på baggrund af en dansk uddannelse, udenlandske statsborgere.

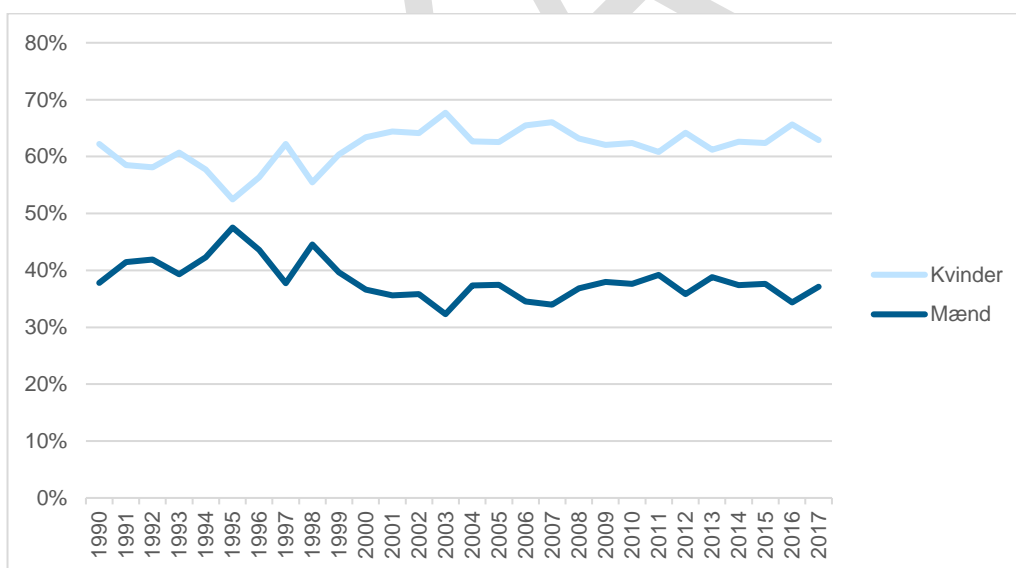
Uddannelses- og Forskningsministeriet har oplyst, at gennemførselsgraden for udenlandske statsborgere er lavere end for danske statsborgere. De udenlandske statsborgere har i højere grad en tendens til efter afsluttet uddannelse at udvandre fra Danmark. Således er ca. 60 % af de udenlandske statsborgere med en dansk uddannelse og som har opnået autorisation i perioden 2010-2017, er efterfølgende udvandret. Gennemsnitlig i samme periode udvandrede ca. 30 % 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 % der udvandrede. Gennemsnitlig i samme periode udvandrede ca. 1 % af danske statsborgere det år, de opnår autorisation.

3.1.3. Flest kvinder bliver læge

Kvinder har i hele perioden udgjort en større andel end mænd på medicinstudiet med en fordeling på 62 % kvinder og 38 % mænd (Figur 4). Det afspejles også i kønsfordelingen blandt kandidater, der på baggrund af en dansk uddannelse opnår autorisation.

Figur 4. Udviklingen i kønssammensætningen ved studiestart, 1990-2017



Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

3.1.4. Balance mellem antal læger og befolkningsandel fordelt på region

På trods af enkelte udsving overordnet set er der 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, 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2010-2017
Københavns Universitet	43 %	44 %	49 %	45 %	47 %	55 %	49 %	44 %	47 %
Befolkningsandel VUR Ø	45 %	45 %	45 %	46 %	46 %	46 %	46 %	46 %	
Syddansk Universitet	24 %	26 %	19 %	20 %	21 %	19 %	24 %	22 %	22 %
Befolkningsandel VUR S	22 %	22 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	
Aarhus Universitet	33 %	30 %	32 %	35 %	32 %	26 %	26 %	30 %	30 %
Aalborg Universitet	0	0	0	0	0	0	2 %	4 %	1 %
Befolkningsandel VUR N	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %	33 %	

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister og Danmarks Statistik

3.1.5. Optaget på universitet stiger

I 2010 blev der oprettet en lægeuddannelse på Aalborg Universitet. De første kandidater blev færdiguddannet i 2016. Dimensioneringen på de fire universiteter på nuværende tidspunkt 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 i forhold til befolkningsgrundlaget.

Tabel 2. Aktuelle dimensionering af tilgang til universiteterne i forhold til befolkningsandel

	Antal	Andel af tilgang	Befolkningsandel
København Universitet	509	36,5 %	2.662.331 (46 %)
Syddansk Universitet	288	20,6 %	1.222.370 (21 %)
Aarhus Universitet	448	32,1 %	1.316.368 (23 %)
Aalborg Universitet	150	10,8 %	588.888 (10 %)
I alt	1.395	100 %	5.789.957 (100 %)

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 øges med 19 %, svarende til det gennemsnitlige frafald over de næste fem år, mens kandidatuddannelsens nuværende dimensionering fastholdes.

Dimensioneringen er på landsplan aktuelt fastsat til 1.395 studerende (i alt på de fire universiteter; Tabel 2). Optaget på bacheloruddannelsen vil frem til 2019 blive øget til 1.661 studerende, mens optaget på kandidatuddannelsen vil blive fastholdt på 1.395 stude-

rende (Tabel 3). Dimensioneringen vil således i 2019 være øget med i alt ca. 500 bachelorstudiepladser i forhold til 2009. Dimensioneringen af lægeuddannelsen er øget med 200 studiepladser i 2009, 50 studiepladser i 2015 og 50 studiepladser i 2017.

Tabel 3. Dimensionering af tilgange til de fire universiteter fra 2019

	Antal bachelorer	Antal kandidater
København 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. Ses der i stedet på udviklingen i det totale antal læger, der opnåede autorisation i Danmark, var der i perioden 2010-2013 et mindre fald på 15 % i antallet af autoriserede, men siden er udviklingen vendt, så der herefter er sket en markant stigning på 50 % (Tabel 4).

Tabel 4. Antal udstedte autorisationer fordelt på uddannelsesland, 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Danmark	914	941	855	834	818	972	1.232	1.276
Norden	74	59	75	82	110	62	76	80
EU/EØS	165	113	95	96	130	173	144	117
Tredjeland	57	66	14	20	43	47	47	78
I alt	1.210	1.179	1.039	1.032	1.101	1.254	1.499	1.551
Andel udenlandske	24 %	20 %	18 %	19 %	26 %	22 %	18 %	18 %

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den prægraduate uddannelse – universitetsuddannelsen – er gennemført.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

Samtidig ses dog, at en ikke ubetydelig del af autorisationerne udstedes til læger uddannet uden for Danmark. Årligt varierer andelen af udenlandsk uddannede i perioden 2010-2017 mellem 18 % og 26 % af det samlede antal af autoriserede, med et gennemsnit på 21 %.

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 arbejde. Af dem der opnår arbejde i Danmark er det ikke alle, der virker her permanent.

3.3. Flere speciallæger uddannes

I gennem de senere år er der samlet set sket en stigning på 14 % i antallet af udstedte speciallægeanerkendelser i perioden 2010-2017 (Tabel 5). Stigningen ligger dog udelukkende blandt læger, der har gennemført speciallægeuddannelsen i Danmark. Ca. 19 % af de speciallægeanerkendelser, der er blevet udstedt i perioden, er udstedt til læger med en udenlandsk speciallægeuddannelse.

I perioden fra 2010 til 2017 er gennemsnitsalderen for en dansk uddannet læge med en dansk speciallægeuddannelse faldet fra 40,8 til 39,8 år, hvilket teoretisk betyder, at speciallægen kan være til rådighed for arbejdsmarkedet et år mere.

Tabel 5. Antal udstedte speciallægeanderkendelse fordelt på uddannelsesland, 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Danmark	606	606	608	674	708	732	719	741
Udlandet	182	140	139	154	190	174	162	154
I alt	788	746	747	828	898	906	881	895

Note: Uddannelsesland er det land, hvor den postgraduate uddannelse og speciallægeanderkendelse er opnået.

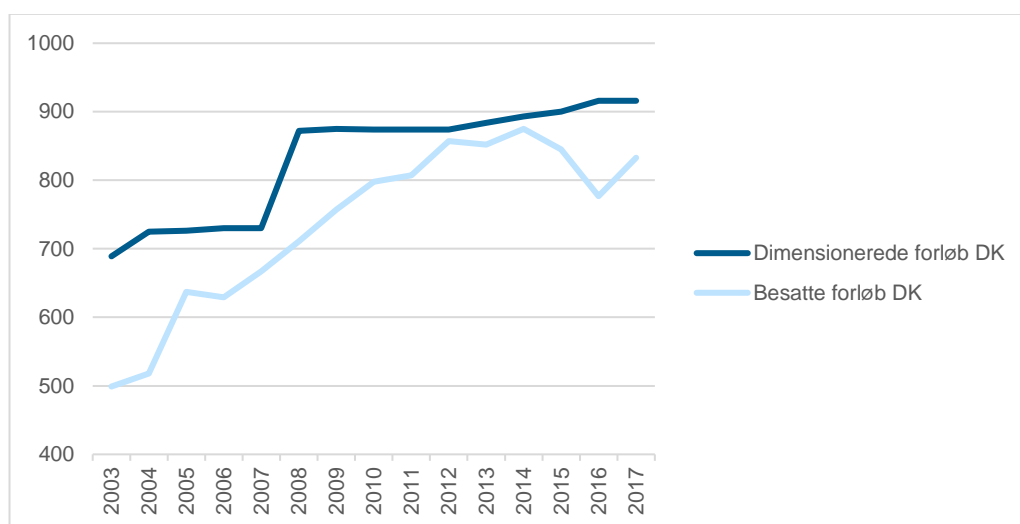
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

Sundhedsstyrelsen fastsætter i dimensioneringsplaner, som almindeligvis er femårige, antallet af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse. Den nuværende dimensioneringsplan dækker dog en treårig periode 2018-2020 og blev offentliggjort i 2017. Dimensioneringen af specialerne har afgørende betydning for, hvor mange speciallæger, der kan forventes på sigt og det er derfor et område, der følges tæt. Siden offentliggørelsen i 2017 er dimensioneringen inden for enkelte specialer løbende blevet ændret og desuden specialet akutmedicin er etableret. For eksempel er almen medicin øget ekstraordinært med 30 hoveduddannelsesforløb på landsplan i 2019 og 2020. Dimensioneringsplanen er en graderet plan, der fordeler 913,5 forløb i 2018, 948,5 forløb i 2019 og 955,5 forløb i 2020 på 38 specialer og de tre videreuddannelsesregioner.

Antallet af dimensionerede hoveduddannelsesforløb er øget markant fra 689 forløb i 2003 til 916 forløb i 2017 svarende til en stigning på ca. 33 % (Figur 5). Det er værd at bemærke, at antallet af besatte stillinger i hele perioden har ligget under det dimensionerede antal forløb.

I perioden 2003-2017 er der samlet sket en stigning i antallet af besatte forløb fra 499 forløb i 2003 til 833 i 2017, svarende til en stigning på 67 %.

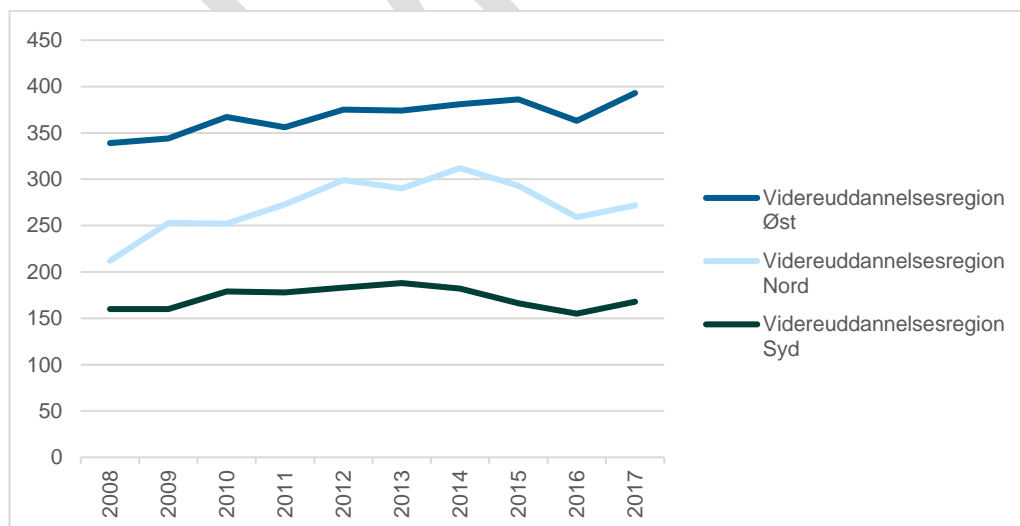
Figur 5. Udvikling i dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, 2003-2017



Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

Der er i alle tre videreuddannelsesregioner i perioden 2008-2017 overordnet sket en vækst i antallet af besatte hoveduddannelsesforløb (Figur 6).

Figur 6. Udviklingen i antal besatte hoveduddannelsesforløb fordelt på videreuddannelsesregion, 2008-2017



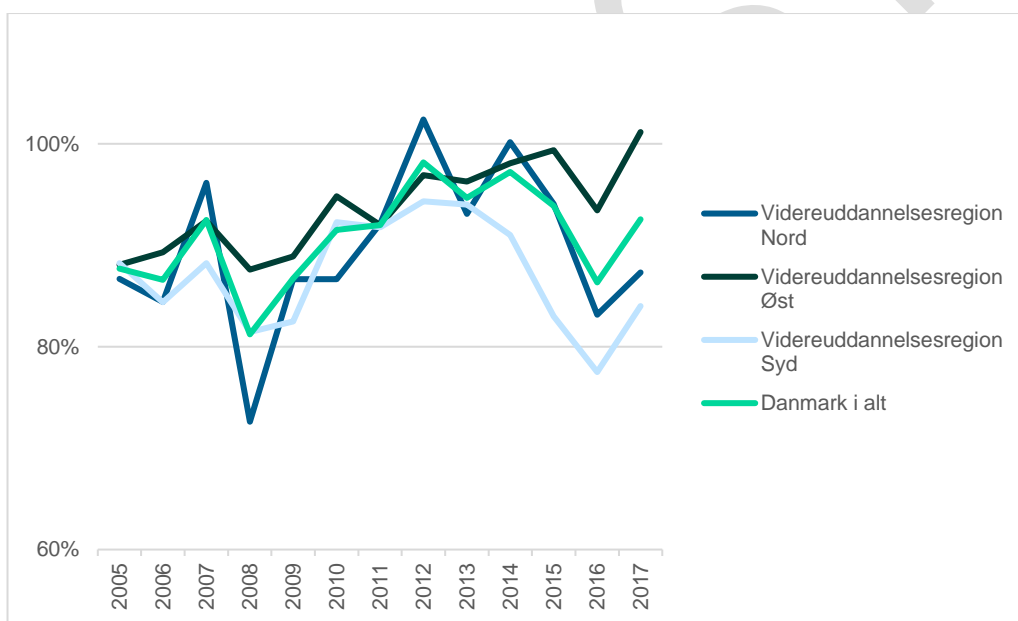
Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner

I videreuddannelsesregion Nord er stigningen på 28 %, i Øst 16 % og i Syd 5 %. Dog har der i 2015-2016 været et mindre fald i antallet af besatte forløb bl.a. pga. mindre søgning og færre kandidater efter den kliniske basisuddannelse. Faldet var mest udtalt i Nord. I 2017 steg antallet af besatte forløb igen med 7 % på landsplan fra 2016 til 2017 (Figur 6).

Andelen af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til dimensioneringen har været meget svingende gennem perioden (Figur 7). Indledningsvist til 2009 lå andelen på landsplan på 87 %, mens den efterfølgende var op mod 95 % og fra 2016-2017 igen med et fald til hhv. 89 % og 93 %.

Videreuddannelsesregion Øst har i hele perioden haft lettere ved at rekruttere læger til hoveduddannelsesforløb (Figur 7), og har 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, 2005-2017



Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

Det er ikke kun 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 tre specialer havde over 20 % ubesatte forløb i forhold til dimensionerede forløb (Tabel 6).

Tabel 6. Andel ubesatte forløb i forhold til dimensionerede forløb fordelt på specialer

Gruppering ubesatte for- løb ift. dimen- sionerede %	Specialer i perioden 2012-2014 Andel ubesatte forløb ift. dimensionerede	Specialer i perioden 2015-2017 Andel ubesatte forløb ift. dimensionerede
0-5	Thoraxkirurgi* 0% Intern medicin: lungesygdomme* 0% Urologi* 0% Intern medicin: geriatri* 0% Klinisk mikrobiologi* 0% Klinisk genetik* 0% Intern medicin: infektionsmedicin* 0% Klinisk Onkologi* 0% Karkirurgi* 0% Oto-,rhino-,laryngologi* 0% Intern medicin: hæmatologi* 0% Intern medicin: kardiologi* 0% Klinisk fysiologi og nuklearmedicin* 0% Intern Medicin: endokrinologi* 0% Radiologi* 0% Pædiatri* 0% Intern medicin: reumatologi* 0% Ortopædisk kirurgi* 0% Intern medicin: gastroenterologi* 0% Neurologi* 0% Anæstesiologi 0% Kirurgi 0% Retsmedicin 0% Oftalmologi 1% Patologisk anatomi og cytologi 2%	Samfundsmedicin* 0% Intern medicin: kardiologi* 0% Klinisk farmakologi* 0% Intern medicin: geriatri* 0% Thoraxkirurgi* 0% Kirurgi* 0% Gynækologi og obstetrik* 0% Intern medicin: nefrologi* 0% Ortopædisk kirurgi* 0% Anæstesiologi* 0% Intern Medicin: endokrinologi 0% Klinisk mikrobiologi 0% Neurokirurgi 0% Oftalmologi 0% Oto-,rhino-,laryngologi 0% Plastikkirurgi 0% Pædiatri 0% Retsmedicin 0% Klinisk fysiologi og nuklearmedicin 4% Klinisk biokemi 5%
6-10	Intern medicin: nefrologi 6% Almen medicin 7% Gynækologi og obstetrik 8% Dermato-venerologi 8% Neurokirurgi 8% Plastikkirurgi 9% Psykiatri 9%	Intern medicin: hæmatologi 6% Intern medicin: gastroenterologi 6% Intern medicin: infektionsmedicin 7% Urologi 8% Neurologi 10%

11-15	Børne- og ungdomspsykiatri 12% Klinisk biokemi 15%	Dermato-venerologi 11% Radiologi 11% Patologisk anatomi og cytologi 14%
16-20	Klinisk farmakologi 20%	Intern medicin: lungesygdomme 17% Karkirurgi 17% Almen medicin 18% Klinisk genetik 19% Børne- og ungdomspsykiatri 20%
21-25	Klinisk immunologi 25%	Psykiatri 25%
26 og over	Samfundsmedicin 36% Arbejdsmedicin 70%	Intern medicin: reumatologi 26% Arbejdsmedicin 30% Klinisk onkologi 32% Klinisk immunologi 33%

*angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til dimensioneringsplan. Det kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra år til år.

Kilde: Videreuddannelsesregioner og Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplaner

3.3.1. Kortere tid fra opnået autorisation til speciallægeanderkendelse

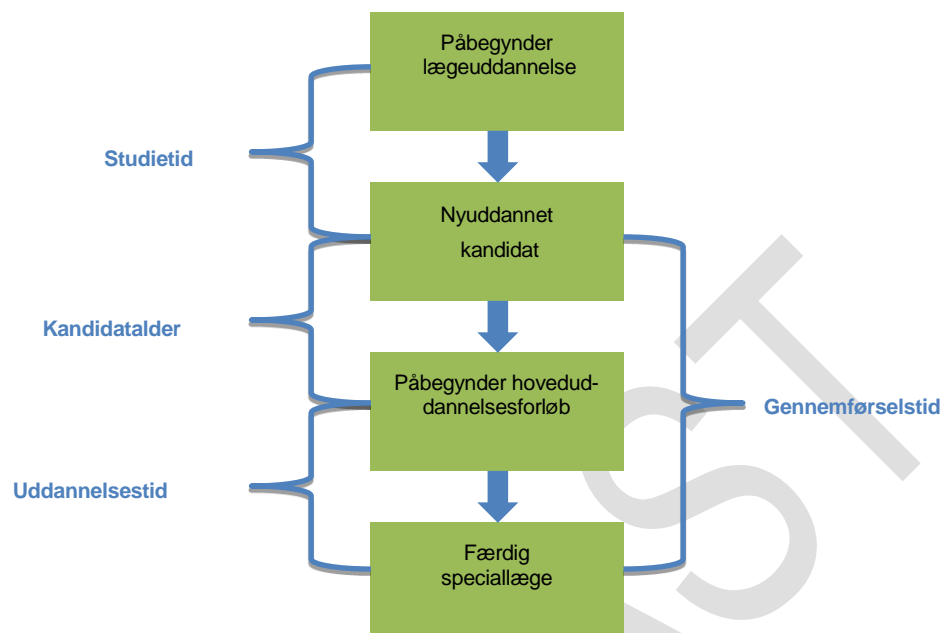
To af de faktorer, der har størst betydning for udviklingen i antallet af speciallæger er ændringer i uddannelseskapacitet og uddannelsesvarighed. Som det fremgik af forrige afsnit, så er der gennem de seneste år sket en markant udvikling i antallet af dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, 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 speciallægeanderkendelse. 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
- Gennemførelsestid – Kandidatalder + uddannelsestid i specialet

Opdelingen fremgår af Figur 8.

Figur 8. Uddannelsesvarighed



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af afsnit 3.1, at den gennemsnitlige studietid, efter gennem en årrække at være faldet, er steget med ét år i 2017 (7,7 år) i forhold til i 2013 (6,7 år).

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.

Kandidatalderen har været faldende i årene 2006-2013 fra 7,0 i 2006 til 5,7 i 2013 men herefter stigende til 6,1 i 2017 (Tabel 7). Det ses af tabellen, at den gennemsnitlige kandidatalderen allerede var faldende inden indførslen af fireårs-reglen i 2008. Samtidig ses det, at kandidatalderen har ligget nogenlunde stabilt i perioden 2009-2015, men der muligvis er en tendens til en stigning i perioden 2015-2017.

I 2014 blev den tidligere fireårs frist ændret til en femårsfrist og i 2017 til en seksårsfrist. Det betyder, at lægerne som udgangspunkt har to år længere til at finde et hoveduddannelsesforløb efter første ansættelsesdag i KBU. Der er forskellige situationer, hvor tidsfristen forlænges eksempelvis barselsorlov og indlevering af ph.d. mv. Hoveduddannelsen i et speciale kan dog påbegyndes senere end 6 år efter første ansættelsesdag i KBU i de forløb, som i den pågældende ansættelsesrunde ikke har kunnet besættes af ansøgere, som opfylder tidsfristen.

Tabel 7. Udvikling i gennemsnitlig kandidatalder (ekskl. almen medicin), 2006-2017

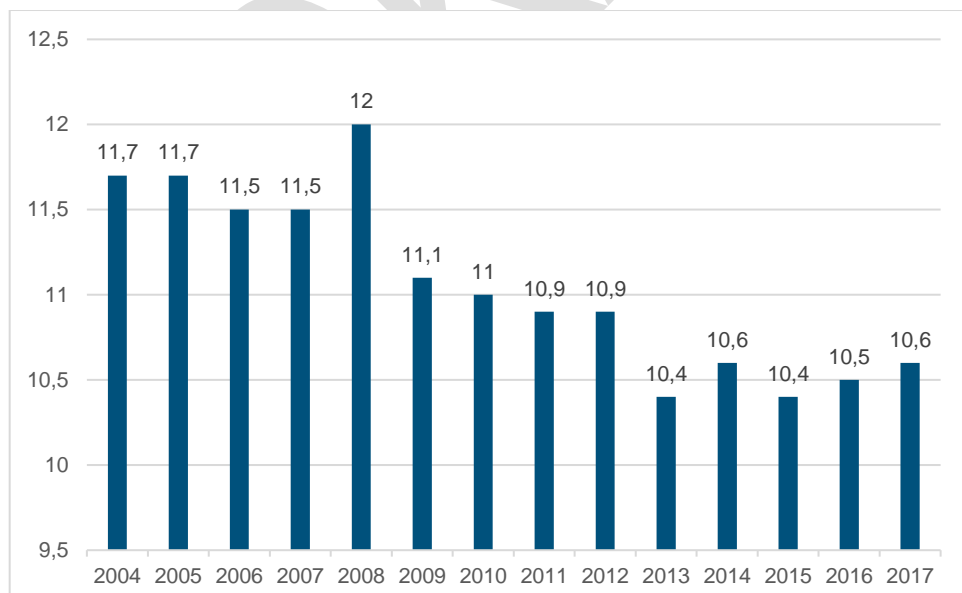
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gennemsnitlig kandidatalder	7,0	6,8	6,4	5,8	6,0	5,9	5,8	5,7	5,8	5,9	5,9	6,1

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 videreuddannelse. 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. Tidsforbruget til selvstændigt virke var i 2008 2,3 år mens det i 2017 var reduceret til 1,6 år. Alderen ved opnåelsen af tilladelse til selvstændigt virke til dansk uddannede læger er faldet fra 31,5 år i 2008 til 30,1 år i 2017.

Gennemførelsestid fra en dansk uddannet læge opnår autorisation til vedkommende bliver speciallæge er i perioden 2004-2017 reduceret fra 11,7 år til 10,6 år, hvilket svarer til en reduktion på ca. 9 % (Figur 9). Da der samtidigt også er sket en reduktion i den prægraduate uddannelsestid, så er uddannelsesvarigheden samlet reduceret gennem de seneste år. Af Bilag 2 er det muligt at se udviklingen i gennemførelsestider fordelt på speciale.

Figur 9. Udvikling i gennemsnitlig gennemførelsestid, 2004-2017



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 24.464 læger i arbejdsstyrken i 2015 (jf. kapitel 6 for en nærmere afgrænsning af udgangspopulationen). Heraf var 23.290 i beskæftigelse, 1.132 var på orlov og 42 var ledige. I alt 64,5 % af de beskæftigede læger var speciallæger, mens 35,5 % var læger uden speciale.

I perioden 2009-2015 er antallet af beskæftigede læger steget med 10 % fra 21.215 til 23.290 svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 1,6 % (Tabel 8).

Tabel 8. Udvikling i antal beskæftigede læger fordelt på branche, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hospitaler	13.046	13.475	13.875	14.138	14.366	14.836	15.156
Alment praktiserende læger	4.402	4.436	4.424	4.475	4.443	4.199	4.263
Praktiserende speciallæger	1.352	1.413	1.404	1.414	1.390	1.350	1.347
Sundhedsvæsen i øvrigt	139	158	152	171	162	199	196
Institutionsophold og sociale foranstaltninger	185	147	163	156	171	140	130
Undervisning og forskning	559	575	616	630	683	685	662
Offentlig forvaltning	436	432	362	368	401	382	438
Fremstilling og handel med medicinalvarer	237	231	246	240	271	270	276
Øvrige brancher	859	799	815	781	828	802	822
I alt	21.215	21.666	22.057	22.373	22.715	22.863	23.290

Note: Branche er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler. Øvrige brancher dækker bl.a. over socialektoren og vikarbureauer.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Det behandlende sundhedsvæsen¹ beskæftigede i 2015 ca. 90 % af alle lægerne. Hovedparten af lægerne, der indgår i arbejdsstyrken er fordelt på hospitalssektoren med ca. 65 %, alment praktiserende læger med ca. 18 % og ca. 6 % i speciallægepraksis.

Samtidig er der i perioden også sket en stigning i antallet af beskæftigede speciallæger fra 13.426 i 2009 til 15.019 i 2015 (Tabel 9). En stigning på 12 % svarende til en gennemsnitlig årlig vækst i beskæftigelsen på 1,9 %.

¹ Forstået som, ansatte på hospitaler, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger samt sundhedsvæsen i øvrigt.

Samlet set er der i perioden dermed sket en betydelig vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger.

Tabel 9. Udvikling i antal beskæftigede speciallæger fordelt på branche, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hospitaler	6.915	7.244	7.368	7.588	7.832	8.081	8.337
Alment praktiserende læger	4.032	4.052	4.071	4.109	4.086	4.085	4.150
Praktiserende speciallæger	1.303	1.356	1.351	1.365	1.349	1.314	1.315
Sundhedsvæsen i øvrigt	108	126	118	133	128	156	154
Institutionsophold og sociale foranstaltninger	116	104	99	101	108	95	81
Undervisning og forskning	130	115	123	128	140	145	165
Offentlig forvaltning	230	204	209	195	216	221	235
Fremstilling og handel med medicinalvarer	32	31	34	34	40	42	44
Øvrige brancher	560	523	538	531	554	550	538
I alt	13.426	13.755	13.911	14.184	14.453	14.689	15.019

Note: Branche er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i. Hospitaler dækker over både offentlige og private hospitaler. Øvrige brancher dækker bl.a. over socialektoren og vikarbureauer.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.4.1. Et svingende antal læger er beskæftiget i medicinalindustrien

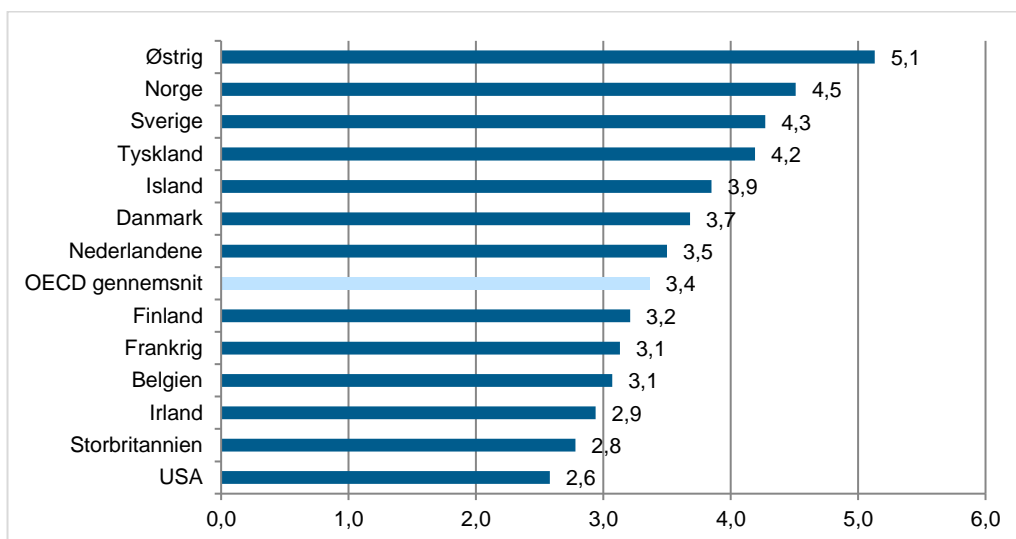
Antallet af beskæftigede læger i medicinalindustrien har været svingende i perioden 2009-2015 med et gennemsnit på 253 læger. Samlet set var der i 2015 beskæftiget 276 inden for branchen fremstilling og handel med medicinalvarer. Det svarende til ca. 1 % af alle beskæftigede læger (Tabel 8). Læger uden speciale i 2015 udgjorde ca. 84 % af de læger, der er beskæftiget i medicinalindustrien (Tabel 8 og Tabel 9).

3.4.2. Danmark har lidt højere antal læger med patientkontakt end OECD gennemsnittet

I Danmark er der 3,7 læger med patientkontakt pr. 1.000 indbyggere, hvilket er lidt højere end OECD gennemsnittet på 3,4 men lavere end Norge og Sverige (Figur 10).

I en vurdering af, hvorvidt vi sammenlignet med andre lande har mange læger pr. 1.000 indbyggere, er det vigtigt at være opmærksom på, at der inden for de enkelte lande eksempelvis kan være stor forskel på, hvilken type af opgaver, der varetages af lægerne selv eller uddelegeres til andre personalegrupper samt hvordan sundhedsvæsenet i øvrigt er organiseret.

Figur 10. Læger, der leverer ydelser til patienter pr. 1.000 indbyggere (2016 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 2018

3.4.3. Stigende antal udenlandsk uddannede læger

Der er sket en vækst i antallet af udenlandske uddannede sundhedspersoner i arbejdsstyrken fra 1.796 i 2009 til 2.114 i 2015 (Tabel 10) svarende til en samlet stigning på 18 % eller en gennemsnitlig årlig vækst på ca. 3%. Udenlandsk uddannede udgør dermed ca. 14 % af den samlede vækst på 2.267 læger i arbejdsstyrken i perioden 2009-2015. Den samlede andel af udenlandsk uddannede læger i arbejdsstyrken er også steget fra 8,1 % i 2009 til 8,6 % i 2015.

Tabel 10. Antal læger i arbejdsstyrken fordelt på uddannelsesland, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Danmark	20.345	20.791	21.164	21.468	21.773	21.925	22.319
Norden	118	88	82	80	88	91	95
EU/EØS	903	980	996	1.011	1.024	1.063	1.120
Tredjeland	775	816	852	848	844	871	899
Ukendt	56	47	39	37	38	34	31
I alt	22.197	22.722	23.133	23.444	23.767	23.984	24.464

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 og Region Syddanmark, hvor der i perioden 2009-2015 er sket en stigning på ca. 28 % i antallet af udenlandsk uddannede læger.

Det ses af Tabel 11, at andelen af udenlandsk uddannede i forhold til den samlede arbejdsstyrke er størst i Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Tabel 11. Antal og andel af udenlandsk uddannede læger fordelt på region, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Hovedstaden	549	528	516	529	549	579	591
<i>Andel af beskæftigede</i>	6,5 %	6,2 %	6,1 %	6,1 %	6,3 %	6,5 %	6,5 %
Region Sjælland	240	236	238	238	267	280	308
<i>Andel af beskæftigede</i>	9,2 %	8,9 %	8,8 %	8,8 %	9,7 %	10,2 %	11,1 %
Region Syddanmark	423	463	513	517	503	508	542
<i>Andel af beskæftigede</i>	10,1%	10,6%	11,4 %	11,3 %	11,1 %	11,1 %	11,7 %
Region Midtjylland	316	346	348	356	353	364	365
<i>Andel af beskæftigede</i>	6,8 %	7,3 %	7,2 %	7,2 %	7,1 %	7,2 %	7,1 %
Region Nordjylland	316	342	337	322	308	321	326
<i>Andel af beskæftigede</i>	17,6%	18,5%	17,7 %	16,9 %	16,2 %	16,8 %	16,9 %

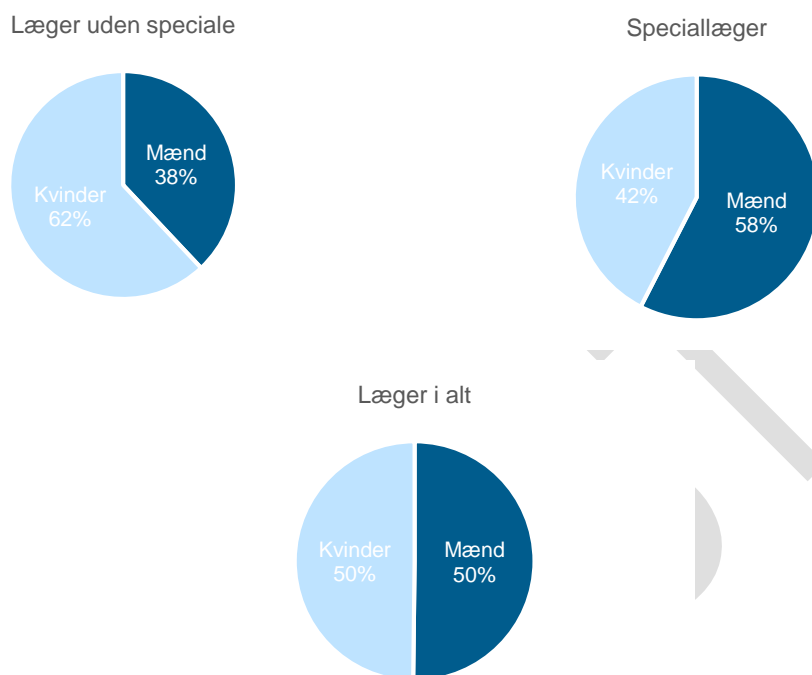
Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.5. Flest mænd er speciallæger men lige kønsfordeling for alle læger

I Danmark er der en næsten ligelig fordeling i antallet af kvindelige og mandlige læger, hvilket dog dækker over, at der i gruppen af speciallæger er flest mænd mens der i gruppen af ikke-speciallæger er markant flest kvinder (Figur 11).

I takt med den nuværende kønssammensætning på medicinstudiet slår igennem i kønsfordelingen i den samlede arbejdsstyrke vil vi fremover over tid se, at kvinderne vil udgøre stigende andel af lægerne i arbejdsstyrken.

Figur 11. Kønsfordeling blandt læger, 2015

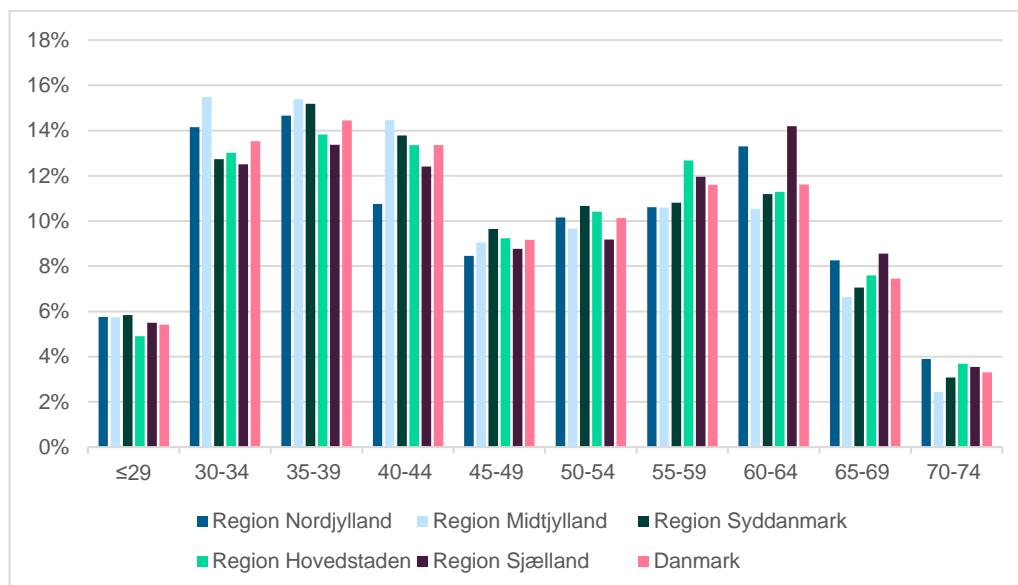


Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

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 38 %, i Region Midtjylland 30 %, i Region Nordjylland 36 %, i Region Syddanmark 32 % og i Region Hovedstaden 35 % – for hele Danmark er 34 % over 55 år.

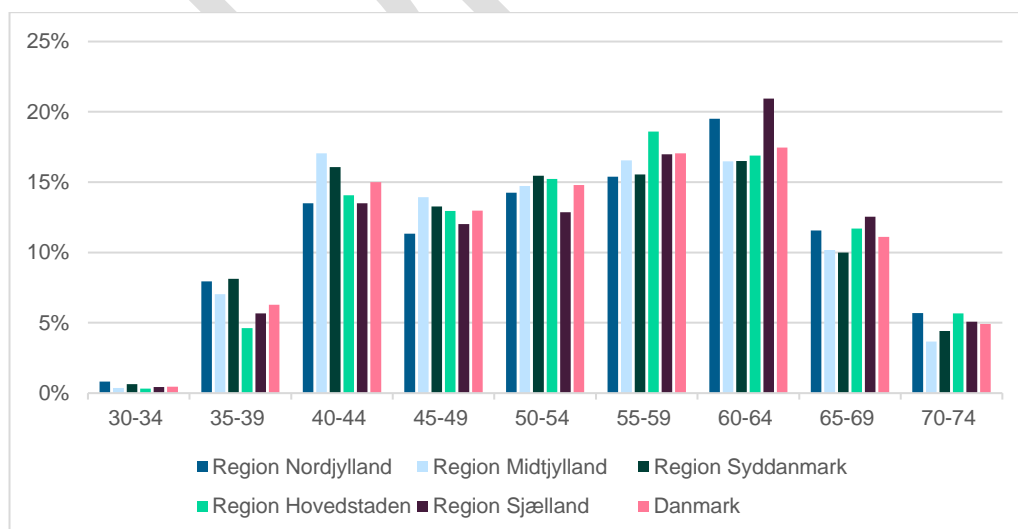
Figur 12. Aldersfordeling blandt læger fordelt på region og Danmark, 2015



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

For speciallæger ses der også regionale forskelle i den procentuelle aldersfordeling. Således er 56 % af speciallæger i Region Sjælland over 55 år, i Region Syddanmark er det 46 %, i Region Nordjylland 52 %, i Region Midtjylland 47 % og i Region Hovedstaden er 53 % - i Danmark er 51 % af speciallæger over 55 år (Figur 13).

Figur 13. Aldersfordelingen blandt speciallæger fordelt på region og Danmark, 2015



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

3.6. Vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger

De fem regioner har alle i perioden 2008-2015 haft en vækst i antallet af beskæftigede læger og speciallæger (Tabel 12 og Tabel 13).

Procentvis er den største stigning i antallet af læger været i Region Midtjylland med 14 % mod 10,7 % i Region Hovedstaden. Hvis der ses på speciallægegruppen har der været størst vækst i Region Syddanmark med 16,8 % mod 9,8 % i Region Nordjylland.

Tabel 12. Antal beskæftigede læger fordelt på region, 2008-2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Nordjylland	1.714	1.751	1.821	1.874	1.857	1.876	1.887	1.910
Region Midtjylland	4.371	4.506	4.614	4.672	4.801	4.895	4.914	4.981
Region Syddanmark	4.057	4.065	4.256	4.393	4.480	4.482	4.482	4.592
Region Hovedstaden	8.129	8.270	8.314	8.413	8.529	8.737	8.848	8.999
Region Sjælland	2.475	2.584	2.629	2.670	2.674	2.703	2.711	2.784
Ukendt region	33	39	32	35	32	22	21	24
I alt	20.779	21.215	21.666	22.057	22.373	22.715	22.863	23.290

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Tabel 13. Antal beskæftigede speciallæger fordelt på region, 2008-2015

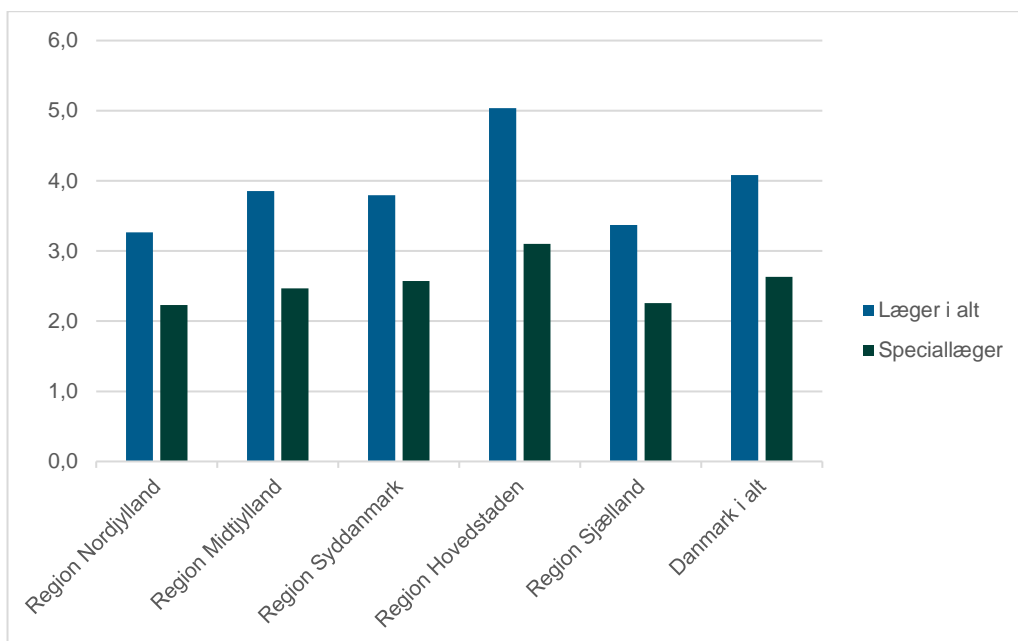
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Nordjylland	1.188	1.226	1.243	1.254	1.268	1.272	1.288	1.305
Region Midtjylland	2.787	2.828	2.919	2.945	3.030	3.112	3.143	3.187
Region Syddanmark	2.664	2.668	2.767	2.850	2.926	2.981	3.044	3.111
Region Hovedstaden	4.919	4.993	5.103	5.124	5.213	5.306	5.403	5.541
Region Sjælland	1.660	1.697	1.713	1.727	1.735	1.769	1.801	1.864
Ukendt region	11	14	10	11	12	13	10	11
I alt	13.229	13.426	13.755	13.911	14.184	14.453	14.689	15.019

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Der er således i alle regioner sket en betydelig vækst i beskæftigelsen i perioden 2008-2015. De enkelte regioners andel af beskæftigede speciallæger i alt har ligget relativt stabilt i de enkelte år i perioden. Ca. 37 % af beskæftigede speciallæger har været ansat i Region Hovedstaden, ca. 21 % i Region Midtjylland, ca. 20-21% i Region Syddanmark, ca. 12-13 % i Region Sjælland og ca. 9 % 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 2015, hvor 31% boede i Region Hovedstaden, 14% i Region Sjælland, 21% i Region Syddanmark, 23% i Region Midtjylland og 10% 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, 2015



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistisk

Af Tabel 14 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 2009 til 2015 har været i Region Syddanmark, mens stigningen i Region Hovedstaden var på 13 %, i Region Sjælland 15 %, i Region Midtjylland 19 % og i Region Nordjylland var stigningen på 16 % (Tabel 14).

Tabel 14. Udvikling i antal hospitalsansatte læger fordelt på region, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Hovedstaden	5.036	5.082	5.123	5.254	5.410	5.594	5.670
Region Sjælland	1.616	1.668	1.725	1.713	1.723	1.795	1.863
Region Syddanmark	2.525	2.697	2.839	2.897	2.877	2.927	3.063
Region Midtjylland	2.759	2.873	2.906	3.009	3.079	3.210	3.274
Region Nordjylland	1.110	1.155	1.282	1.265	1.277	1.310	1.286
I alt	13.046	13.475	13.875	14.138	14.366	14.836	15.156

Note: Branchen hospitalsansatte læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Procentvis er den største stigning af antal hospitalsansatte speciallæger sket i Region Syddanmark med 30 % mod 15 % i Region Nordjylland (Tabel 15).

Tabel 15. Udvikling i antal hospitalsansatte speciallæger fordelt på region, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Hovedstaden	2.585	2.679	2.679	2.765	2.865	2.961	3.042
Region Sjælland	871	891	904	900	922	952	1.019
Region Syddanmark	1.356	1.436	1.529	1.585	1.627	1.683	1.762
Region Midtjylland	1.435	1.536	1.545	1.602	1.678	1.730	1.749
Region Nordjylland	668	702	711	736	740	755	765
I alt	6.915	7.244	7.368	7.588	7.832	8.081	8.337

Note: Branchen hospitalsansatte læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

For alment praktiserende læger er den største stigning sket i Region Syddanmark med 6 %, mens der i Region Nordjylland er sket et fald i antallet af alment praktiserende læger med 1% (Tabel 16).

Tabel 16. Udvikling i antal alment praktiserende læger (speciallæger), 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Hovedstaden	1.248	1.254	1.257	1.264	1.247	1.208	1.258
Region Sjælland	547	558	552	556	558	557	565
Region Syddanmark	892	889	920	925	922	943	942
Region Midtjylland	964	971	966	988	987	995	1.008
Region Nordjylland	381	380	376	376	372	382	377
I alt	4.032	4.052	4.071	4.109	4.086	4.085	4.150

Note: Branchen alment praktiserende læger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Inden for gruppen af praktiserende speciallæger har den største vækst været i Region Hovedstaden med 6 %, men der i Region Syddanmark og Region Nordjylland har været et fald i antal praktiserende speciallæger (Tabel 17).

Tabel 17. Udvikling i antal praktiserende speciallæger, 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Region Hovedstaden	579	610	621	614	613	597	613
Region Sjælland	158	169	169	177	171	159	165
Region Syddanmark	236	242	234	244	239	236	214
Region Midtjylland	232	235	225	235	233	239	238
Region Nordjylland	98	100	102	95	93	83	85
I alt	1.303	1.356	1.351	1.365	1.349	1.314	1.315

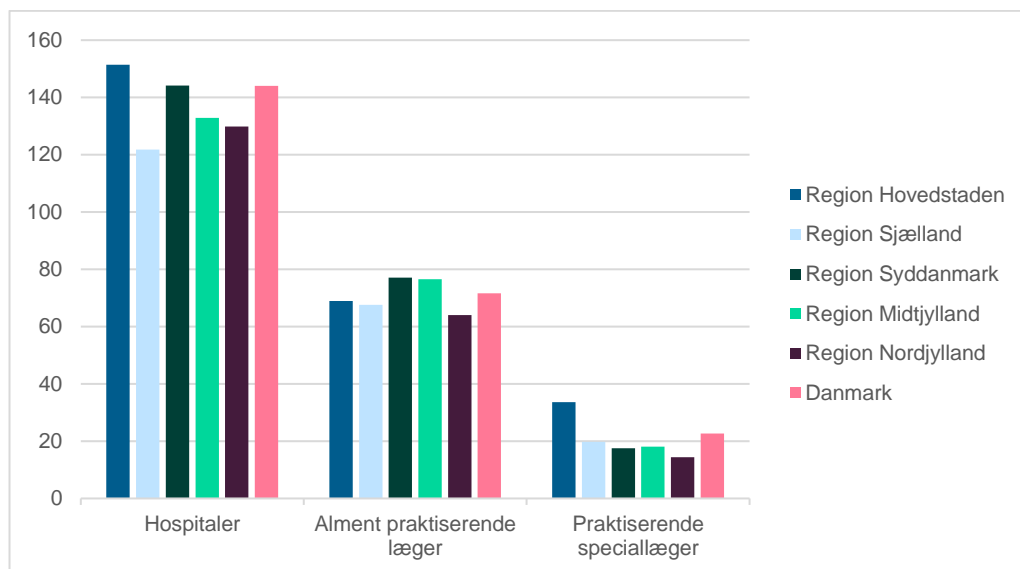
Note: Branchen praktiserende speciallæger er defineret ud fra den virksomhed lægen er beskæftiget i.

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 end i de øvrige regioner. For alment praktiserende speciallæger er der et mere ensartet billede på tværs af de fem regioner, mens der for praktiserende speciallæger igen ses en større andel i Region Hovedstaden.

Figur 15. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på udvalgte brancher, 2015



Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik

Af Tabel 18 er det muligt at se antallet af speciallæger fordelt på de enkelte specialer inden for hver enkelt region i 2015. Der er desuden anført det samlede antal speciallæger i 2012.

Tabel 18. Antal speciallæger fordelt på speciale og region, 2015 (og i 2012)

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark 2015	Region Hovedstaden	Region Sjælland	I alt 2015*	(I alt 2012**)
Almen medicin	429	1.122	1.064	1.482	662	4.759	(4.599)
Anæstesiologi	103	264	221	415	119	1.122	(1.043)
Arbejdsmedicin	6	20	20	35	14	95	(100)
Børne- og ungdomspsykiatri	10	48	39	92	25	214	(190)
Dermatovenerologi	11	36	33	89	22	191	(177)
Gynækologi og obstetrik	50	127	99	240	68	584	(564)
Intern medicin	13	16	25	67	31	152	(184)
Intern medicin: endokrinologi	23	55	44	99	18	239	(217)
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	24	38	34	88	30	214	(194)
Intern medicin: geriatri	6	18	27	37	14	102	(91)
Intern medicin: hæmatologi	16	34	25	46	17	138	(119)
Intern medicin: infektionsmedicin	8	21	23	45	5	102	(85)
Intern medicin: kardiologi	40	88	94	164	53	439	(402)
Intern medicin: lungesygdomme	14	33	35	59	21	162	(145)
Intern medicin: nefrologi	15	23	36	42	17	133	(118)
Intern medicin: reumatologi	17	35	51	117	23	243	(235)
Karkirurgi	8	19	28	28	6	89	(82)
Kirurgi	56	107	114	209	94	580	(538)
Klinisk biokemi	6	15	12	44	9	86	(91)
Klinisk farmakologi	0	7	8	21	4	40	(35)

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	20	21	53	7	109	(90)
Klinisk genetik	3	10	13	14	---	---	(30)
Klinisk immunologi	5	8	8	24	4	49	(47)
Klinisk mikrobiologi	7	11	18	51	9	96	(93)
Klinisk onkologi	16	56	51	71	15	209	(162)
Neurokirurgi	12	27	18	41	---	---	(93)
Neurologi	18	65	72	167	54	376	(339)
Oftalmologi	35	71	80	138	47	371	(355)
Ortopædisk kirurgi	80	160	184	284	100	808	(735)
Oto-rhino-laryngologi	35	72	87	147	48	389	(369)
Patologisk anatomi og cytologi	17	43	47	92	23	222	(209)
Plastikkirurgi	7	16	22	65	13	123	(105)
Psykiatri	77	168	168	371	123	907	(894)
Pædiatri	38	95	79	184	58	454	(428)
Radiologi	53	133	118	231	66	601	(553)
Retsmedicin	0	7	6	8	---	---	(15)
Samfundsmedicin	11	32	25	70	14	152	(155)
Thoraxkirurgi	12	21	20	33	9	95	(84)
Urologi	16	46	42	78	19	201	(184)
I alt	1.305	3.187	3.111	5.541	1.864	15.008	(14.149)

* 11 speciallæger med ukendt region i 2015

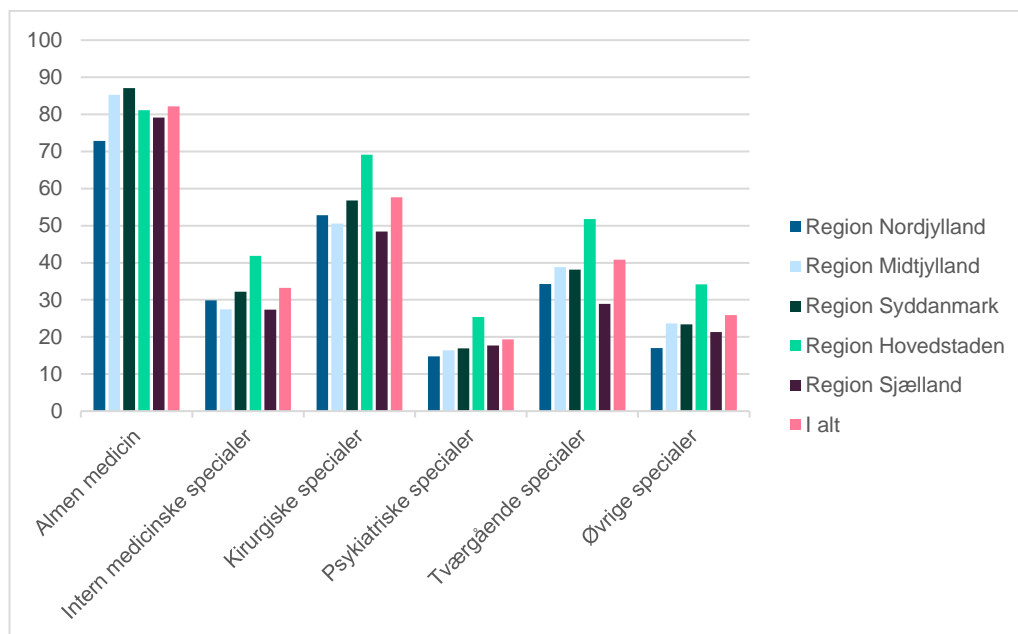
** Data fra Lægeprognose 2015-2040, version 1,0

---Data diskretoneret: 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. Undtagelsen er almen medicin, hvor der er relativt flest i Region Syddanmark. Specialegrupperingerne ses i Bilag 3.

Figur 16. Speciallæger pr. 100.000 indbyggere fordelt på specialegruppering, 2015



Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen samt Danmarks Statistik

Såfremt den regionale fordeling af læger og speciallæger skal ændres, kan det være relevant at se på, om der er en sammenhæng mellem, hvilket universitet lægerne er blevet uddannet på sammenholdt med, hvor de efterfølgende har fået arbejdet.

Som det fremgår af Tabel 19 så er der noget, der tyder på, at stedet, hvor lægerne har gennemført deres universitetsuddannelse, har en betydning for, hvor de på sigt etablerer sig som speciallæger.

Tendensen er tydeligst for læger, der har gennemført deres kandidatuddannelse på Københavns Universitet, hvor 67,3 % efterfølgende arbejder som læger i Region Hovedstaden og 19,6 % i Region Sjælland, mens 56,2 % fra Århus Universitet arbejder i Region Midtjylland, og 62,0 % fra Syddansk Universitet arbejder i Region Syddanmark.

Regulering af fordelingen af optaget på universiteterne kan også være et virksomt redskab i forhold til at ændre på den regionale fordeling af læger. Som vist i afsnit 3.1.5 er der dog allerede sket en regulering i fordelingen af optaget på universiteterne. Reguleringen må forventes de kommende år at slå igennem på kandidatproduktionen og forventeligt også på sigt i forhold til den regionale fordeling af læger og speciallæger.

Tabel 19. Speciallæger og læger fordelt på region og uddannelsesinstitution, 2015

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	
Speciallæger	Ukendt*	30,4 %	14,2 %	25,0 %	16,5 %	13,8 %
	Københavns Universitet	65,2 %	20,6 %	7,5 %	4,1 %	2,6 %
	Syddansk Universitet	12,8 %	6,0 %	62,5 %	13,0 %	5,6 %
	Aarhus Universitet	8,8 %	2,3 %	18,6 %	53,1 %	17,2 %
	I alt	36,8 %	12,4 %	20,7 %	21,3 %	8,7 %
	Læger i alt	Ukendt*	31,5 %	14,5 %	23,9 %	16,3 %
Københavns Universitet		67,3 %	19,6 %	7,2 %	3,4 %	2,6 %
Syddansk Universitet		14,5 %	6,3 %	62,0 %	12,0%	5,1 %
Aarhus Universitet		9,7 %	2,2 %	15,6 %	56,2 %	16,3 %
I alt		38,5 %	11,9 %	19,7 %	21,6 %	8,2 %

*Gruppen ukendt udgør i alt 2.611 af de i alt 24.398 læger i 2015 i arbejdsstyrken. Gruppen dækker over udenlandsk uddannede læger samt dansk uddannede læger, der i Bevægelsesregistret ikke er registreret med uddannelsesinstitution.

Note: I 2010 blev der oprettet en lægeuddannelse på Aalborg Universitet. De første kandidater blev færdiguddannet i 2016, og derfor fremgår Aalborg Universitet ikke af ovenstående tabel.

Kilde: Bevægelsesregistret, Sundhedsdatastyrelsen

4. Det fremtidige udbud af læger og speciallæger

Kapitlet belyser den forventede udvikling i antallet læger og speciallæger i perioden 2018-2040. I de foregående afsnit er beskrevet den faktiske udvikling på det lægelige arbejdsmarked de senere år. I dette afsnit er fokuseret på prognosens fremskrivninger af den forventede udvikling i antal læger og speciallæger.

Prognosen tager udgangspunkt i, at der i 2018 er 26.394 læger i arbejdsstyrken. Fra trækkes læger på orlov bliver lægepopulation på 25.324. I alt er 16.163 (64 %) af lægerne i 2018 er speciallæger, mens de resterende 9.161 (ca. 36 %) er læger uden speciale.

Prognosens fremskrivninger indeholder følgende seks scenarier for udviklingen i udbudet af læger:

1. Hovedscenariet, som er baseret på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen (antal kandidater fra de fire universiteter).
2. Scenarie 1, der viser antallet af læger, hvis pensionsalderen i hovedscenariet øges med 2 år.
3. Scenarie 2, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 100 pr. år.
4. Scenarie 3, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 200 pr. år.
5. Scenarie 4, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 100 pr. år.
6. Scenarie 5, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 200 pr. år.

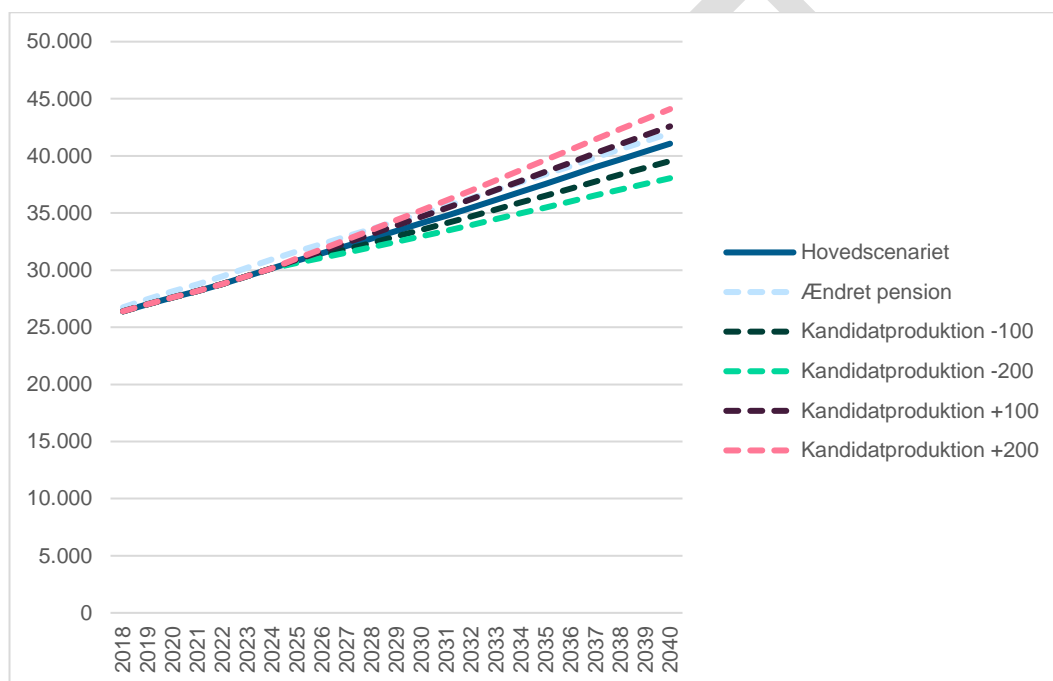
Fremskrivningerne baseret på de forskellige scenarier ses i Figur 17.

Det nye lægespeciale i akutmedicin indgår ikke i prognosens fremskrivninger, som er baseret på data fra Bevægelsesregistret i 2015, hvor akutmedicin ikke var oprettet, jf. kapitel 7.

Det forventes ud fra prognosefremskrivningerne, at udbuddet af læger eksklusiv orlov i hovedscenariet vil stige med ca. 56 % til 39.447 læger i 2040, svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,0 %.

Der er tale om en vækst i antallet af læger i forhold til Lægeprognose 2015-2040, idet der her var prognosticeret et udbud på 36.700 læger eksklusiv orlov i 2040. Væksten skyldes primært den øgede kandidatproduktion, da Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen er højere i denne prognose sammenlignet med prognosen 2015-2040. Dette afspejler blandt andet det øgede optag på Aalborg Universitet med 50 studerende i henholdsvis 2015 og 2017.

Figur 17. Udvikling i antal læger inkl. orlov, 2018-2040 (prognosefremskrivninger)



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I alle seks scenarier forventes der en stigning i antallet af læger. En nærmere sammenligning af de seks scenarier ses af Tabel 20. I forhold til scenarierne 2-5 er det antaget, at en ændring i optaget først vil kunne få indflydelse på kandidatproduktionen fra 2022.

Tabel 20. Sammenligning af antal læger inkl. orlov i de forskellige scenarier

	Hoved-scenariet	Ændret pension	Kandidat-produktion -100	Kandidat-produktion -200	Kandidat-produktion +100	Kandidat-produktion +200
2018	26.394	26.744	26.394	26.394	26.394	26.394
2020	27.600	28.137	27.600	27.600	27.600	27.600
2025	30.827	31.642	30.731	30.638	30.922	31.017
2030	34.096	34.931	33.524	32.957	34.665	35.235
2035	37.567	38.390	36.520	35.482	38.610	39.653
2040	41.070	41.990	39.550	38.046	42.585	44.099
Vækst 2018-2040	14.676	15.246	13.156	11.652	16.191	17.705
Vækst i %, 2018-2040	55,6 %	57,0 %	49,8 %	44,1 %	61,3 %	67,1 %
Gns. vækst pr. år	2,0 %	2,1 %	1,9 %	1,7 %	2,2 %	2,4 %

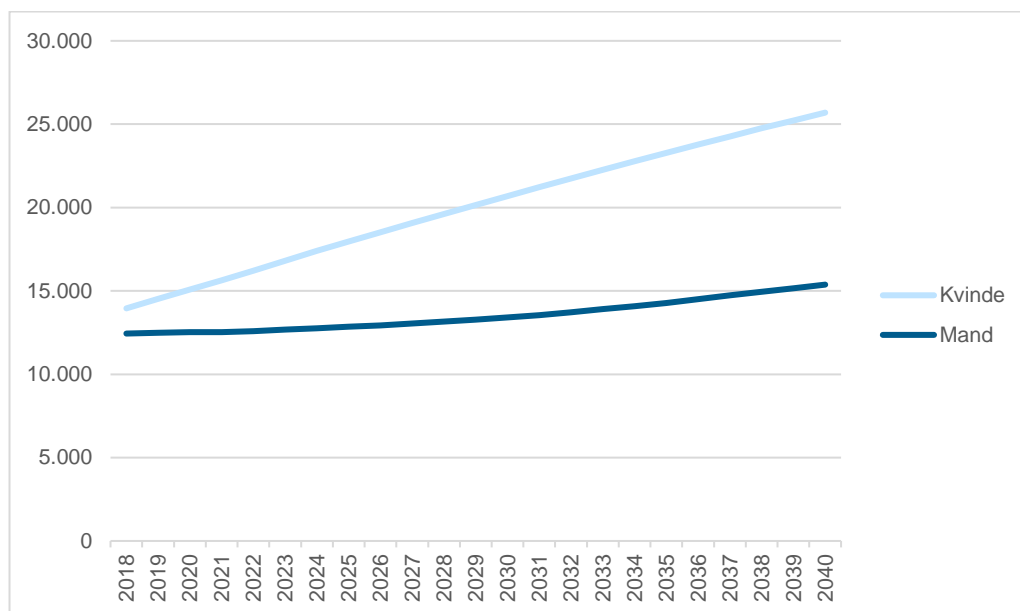
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.1. Stigende andel kvinder

Som det blev vist i afsnit 3.5 så er der blandt ikke-speciallæger i arbejdsstyrken en overvægt af kvinder, mens der i gruppen af speciallæger er en overvægt af mænd i 2015.

Kønsfordelingen vil i hovedscenariet ændre sig, således at andelen af kvinder stige fra 50% i 2015 til 53% i 2018 og 63% i 2040.

Figur 18. Udviklingen i antallet af mandlige og kvindelige læger inkl. orlov i hovedscenariet, 2018-2040



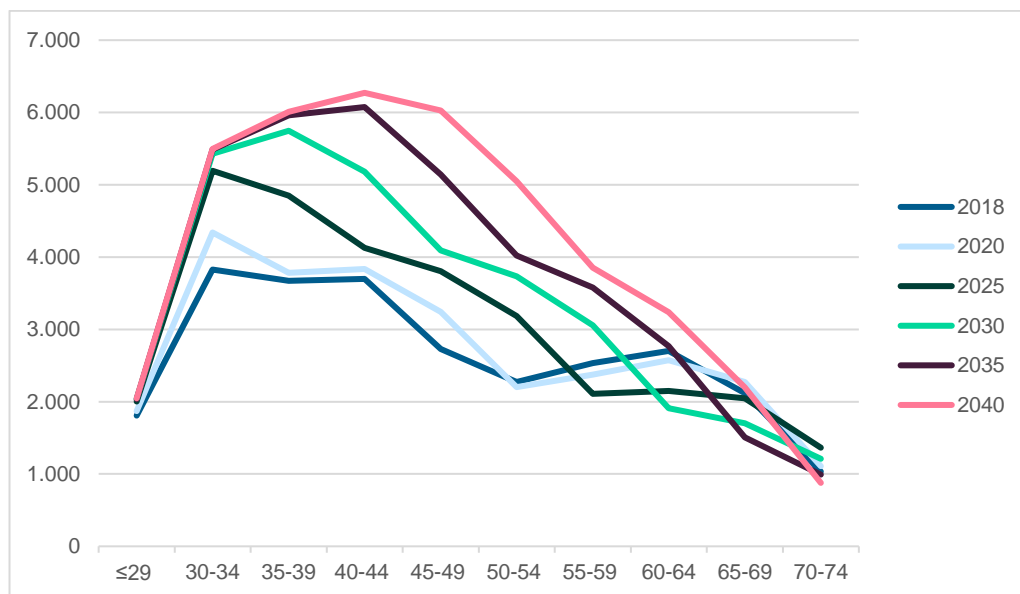
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.2. Aldersfordelingen 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 2018 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 speciallæger i den ældre generation i en overgangsperiode.

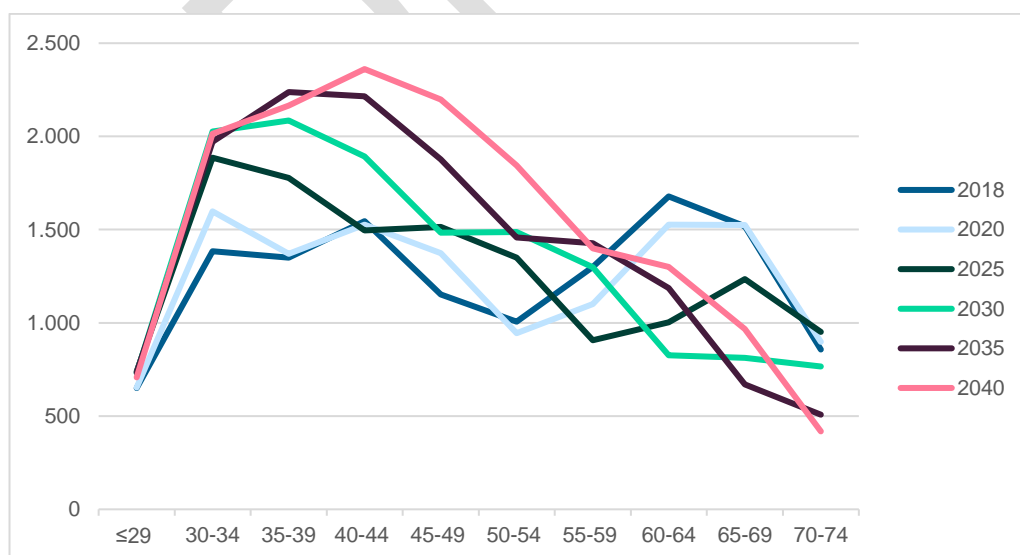
Figur 19. Udvikling i aldersfordelingen for alle læger inkl. orlov i hovedscenariet



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 relativt stor andel af de mandlige læger i 2018 er over 50 år og derfor i en nærmere fremtid kan forventes at gå på pension.

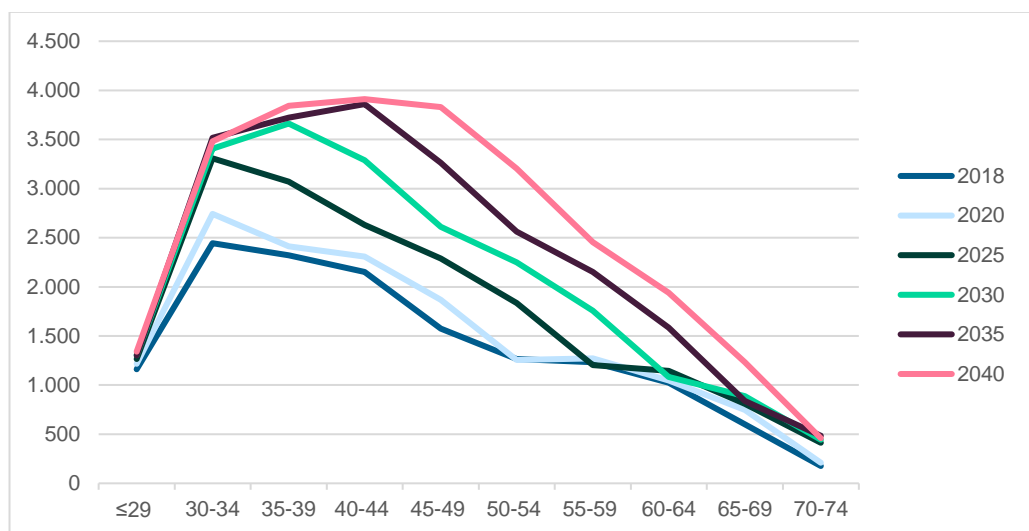
Figur 20. Udvikling i aldersfordelingen for mandlige læger inkl. orlov i hovedscenariet



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).

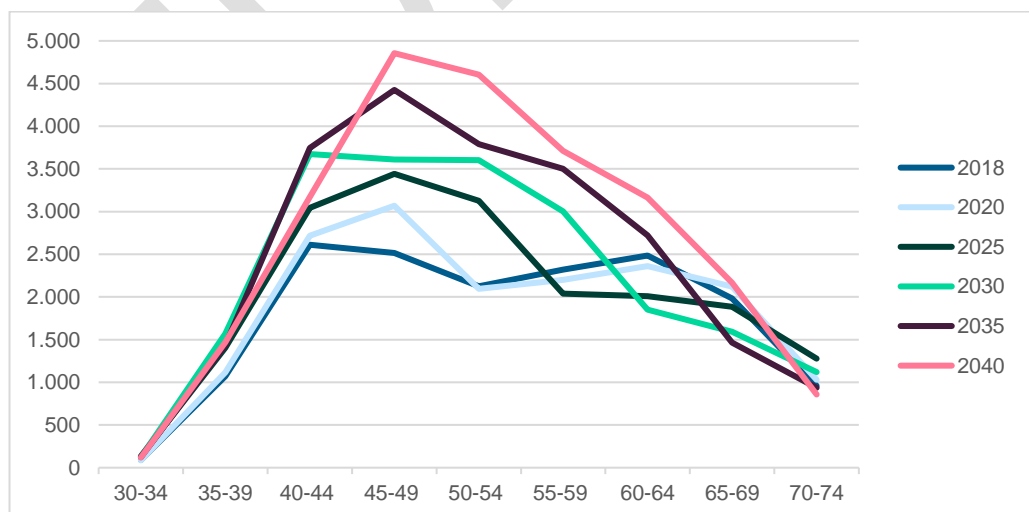
Figur 21. Udvikling i aldersfordelingen for kvindelige læger inkl. orlov i hovedscenariet



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 uddannelsesstillinger slår igennem.

Figur 22. Udvikling i aldersfordelingen for speciallæger i hovedscenariet



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

4.3. Antallet af speciallæger forventes at stige

Prognosens fremskrivninger indeholder seks scenarier for den forventede udvikling af speciallæger i de enkelte specialer.

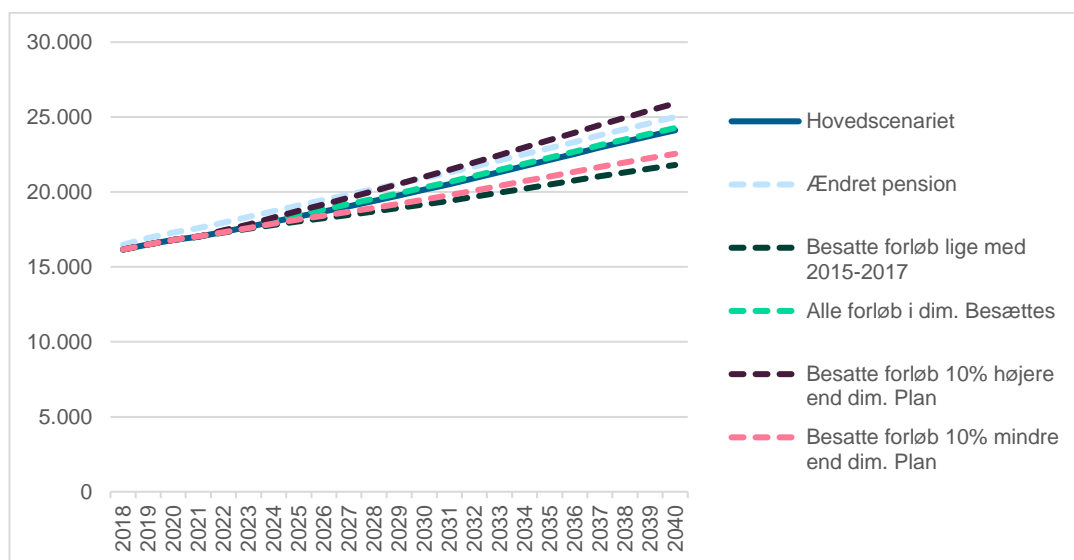
1. Hovedscenariet, er baseret på en beregning af antallet af besatte forløb ud fra tidligere års tendenser (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 4).
2. Scenarie 1, der viser antallet af speciallæger, hvis pensionsalderen i hovedscenariet øges med 2 år.
3. Scenarie 2, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb er lig det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2015-2017 (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 5).
4. Scenarie 3, hvor samtlige hoveduddannelsesforløb i dimensioneringsplanen besættes (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 6).
5. Scenarie 4, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 % højere end dimensioneringsplanen, dog minimum ét forløb højere end dimensioneringen (Fordeling af hoveduddannelsesforløb ses af Bilag 7).
6. Scenarie 5, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 % 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, hvor der ikke tages højde for, om det er realistisk at besætte alle forløb. Eller for hvilken vandring, der vil ske mellem specialerne, hvis alle specialer for eksempel fik øget dimensioneringen med 10 %.

I forhold til Lægeprognose 2015-2040 forventes der inden for en række specialer en stigning i antallet af speciallæger. I Lægeprognose 2015-2040 var den forventede vækst i specialet Almen medicin på 37 % og i den nuværende Lægeprognose 2018-2040 er den forventede vækst på 51 %, i Arbejdsmedicin en vækst fra 71 % til 109 %, i Intern Medicin: kardiologi fra 35 % til 40 %, Plastikkirurgi fra 49 % til 73 %, Retsmedicin fra 125 % til 163 % og i Samfundsmedicin en vækst fra 32 % til 67 %.

Figur 23. Udvikling i antal speciallæger, 2018-2040 (prognosefremskrivninger)



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Tabel 21 ses udviklingen i antallet af speciallæger i de seks scenarier. Det ses at både antallet af besatte hoveduddannelsesforløb og ændret pensionstendens på kort og langt sigt kan have relativt stor indflydelse på antallet af speciallæger.

Tabel 21. Sammenligning af antal speciallæger i de forskellige scenarier

	Hoved-scenariet	Ændret pension	HU-forløb lig 2015-2017	Alle HU-forløb besættes	10% øget dimensionering	10% reduceret dimensionering
2018	16.163	16.487	16.163	16.163	16.165	16.163
2020	16.796	17.294	16.799	16.797	16.798	16.799
2025	18.361	19.121	18.045	18.506	18.749	18.171
2030	20.149	20.931	19.174	20.298	21.003	19.505
2035	22.141	22.928	20.491	22.291	23.461	21.033
2040	24.121	25.014	21.805	24.273	25.916	22.550
Vækst 2018-2040	7.958	8.527	5.642	8.110	9.751	6.387
Vækst i % 2018-2040	49,2 %	51,7 %	34,9 %	50,2 %	60,3 %	39,5 %
Gns. vækst pr. år	1,8 %	1,9 %	1,4 %	1,9 %	2,2 %	1,5 %

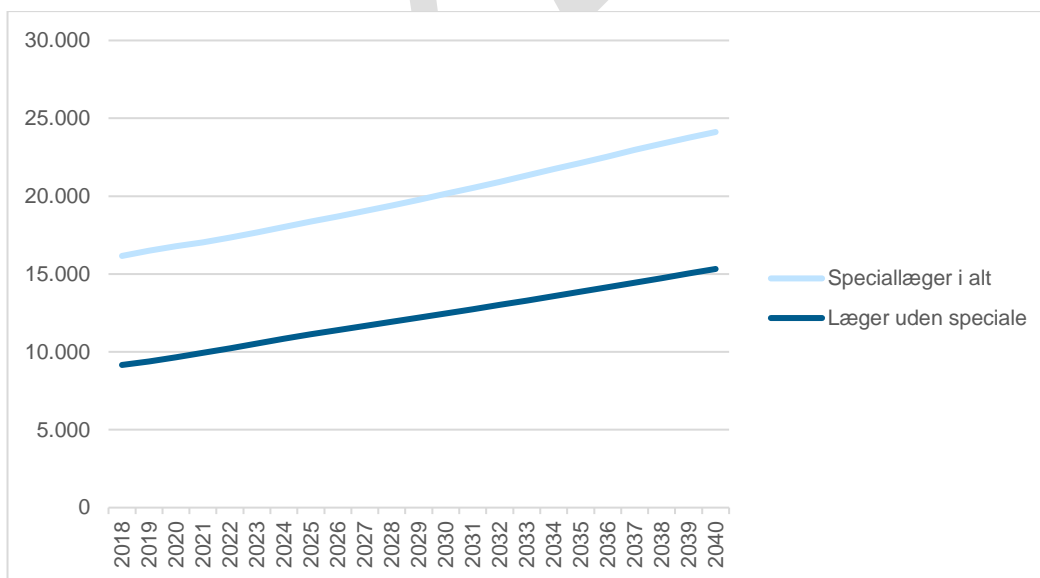
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I det følgende vil resultaterne fra hovedscenariet blive vist. Resultaterne fra de øvrige scenarier kan ses af Bilag 9, Bilag 10, Bilag 11, Bilag 12 og Bilag 13. Endvidere er det i Bilag 14 muligt at se en sammenligning af de forskellige scenariers betydning for antallet af speciallæger i de enkelte specialer.

I bilag 15 ses estimater for fremskrivninger for det nye lægespeciale akutmedicin. Udviklingen af antallet af speciallæger i akutmedicin betyder, at der i 2040 vil være 328 speciallæger i akutmedicin for hovedscenariet, og hhv. 341 for scenarie 1, 281 for scenarie 2, 333 for scenarie 3, 385 for scenarie 4 og 279 speciallæger for scenarie 5.

Prognosens hovedscenarie i prognosefremskrivninger viser, at udbuddet af speciallæger forventes at være stigende i hele perioden fra 16.163 i 2018 til 24.121 i 2040 (Figur 24). Samlet set svarer stigningen til, at der i 2040 forventes ca. 49 % flere speciallæger, end i 2018, med en årlig stigning på 1,8 %. I forhold til Lægeprognose 2015-2040 forventes der i fremtiden både på kort og lang sigt flere speciallæger. Udviklingen i antallet af læger uden speciale vil tilsvarende stige i perioden fra 9.161 i 2018 til 15.326 læger i 2040, svarende til en stigning på 67 % fra 2018 til 2040, og svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,4 % (Figur 24). For alle læger vil udviklingen i antallet af læger stige i perioden fra 25.324 i 2018 til 39.447 læger i 2040, svarende til en stigning på 56 % fra 2018 til 2040, og svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 2,0 % (Tabel 22).

Figur 24. Udvikling i antal læger med og uden speciale i hovedscenariet, 2018-2040



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Tabel 22 fremgår, at frem mod 2040 forventes et fald i antallet af speciallæger inden for thoraxkirurgi og 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 i hovedscenariet, 2018-2040

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	4.909	4.952	5.282	5.913	6.686	7.427	51 %
Anæstesiologi	1.219	1.275	1.352	1.377	1.434	1.510	24 %
Arbejdsmedicin	88	92	106	126	154	184	109 %
Børne- og ungdomspsykiatri	256	286	363	442	512	570	122 %
Dermato-venerologi	203	209	236	267	296	317	56 %
Gynækologi og obstetrik	621	645	684	712	748	787	27 %
Intern medicin	135	121	84	51	27	13	-90 %
Intern medicin: endokrinologi	269	293	330	366	390	424	57 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	229	246	281	314	343	372	62 %
Intern medicin: geriatri	143	176	240	295	346	392	174 %
Intern medicin: hæmatologi	160	174	205	232	257	279	74 %
Intern medicin: infektionsmedicin	122	135	158	179	200	217	78 %
Intern medicin: kardiologi	485	518	577	622	652	680	40 %
Intern medicin: lungesygdomme	201	226	266	310	351	393	95 %
Intern medicin: nefrologi	154	167	194	216	235	254	66 %
Intern medicin: reumatologi	275	293	331	383	435	490	78 %
Karkirurgi	99	103	116	127	142	155	57 %
Kirurgi	629	638	663	670	692	716	14 %
Klinisk biokemi	90	96	112	130	149	168	86 %
Klinisk farmakologi	50	58	77	95	109	122	145 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	130	139	165	186	202	220	69 %
Klinisk genetik	54	60	79	102	124	144	164 %
Klinisk immunologi	56	61	69	78	85	95	70 %
Klinisk mikrobiologi	109	116	127	133	140	151	39 %
Klinisk onkologi	280	327	408	503	586	655	134 %
Neurokirurgi	101	102	100	98	96	96	-4 %
Neurologi	432	462	531	595	651	691	60 %
Oftalmologi	395	413	451	492	533	565	43 %
Ortopædisk kirurgi	861	890	934	943	983	1.049	22 %
Oto-rhino-laryngologi	414	425	462	502	543	574	39 %
Patologisk anatomi og cytologi	246	259	293	334	377	416	69 %

Plastikkirurgi	136	143	169	193	215	235	73 %
Psykiatri	942	946	973	1.049	1.166	1.298	38 %
Pædiatri	501	534	597	650	693	729	45 %
Radiologi	664	683	761	837	913	996	50 %
Retsmedicin	27	29	40	52	62	71	163 %
Samfundsmedicin	154	165	188	204	229	257	67 %
Thoraxkirurgi	97	98	92	84	81	83	-15 %
Urologi	225	242	267	286	307	326	45 %
Speciallæger i alt	16.163	16.796	18.361	20.149	22.141	24.121	49 %
Læger uden speciale	9.161	9.654	11.125	12.471	13.860	15.326	67 %
Læger i alt	25.324	26.450	29.486	32.620	36.001	39.447	56 %
Orlov	1.070	1.150	1.342	1.476	1.565	1.623	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.394	27.600	30.827	34.096	37.567	41.070	56 %

Note: Medicinsk allergologi er lagt under medicinske lungesygdomme, kirurgisk gastroenterologi er indeholdt i kirurgi, klinisk neurofysiologi er indeholdt i neurologi, intern medicin er nedlagt som speciale 31.12.2003. Trope-medicin er lagt under infektionsmedicin, terapeutisk radiologi er indeholdt i onkologi, mens Diagnostisk Radiologi er indeholdt i Radiologi

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

I specialerne arbejdsmedicin, børne- og ungdomspsykiatri, intern medicin: geriatri, klinisk farmakologi, klinisk genetik, klinisk onkologi og retsmedicin forventes antallet af speciallæger i perioden 2018-2040 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 9.161 i 2018 til 15.326 i 2040. Set i forhold til den samlede gruppe af læger, vil antallet af læger uden speciale stige fra ca. 36 % i 2018 til ca. 39 % i 2040.

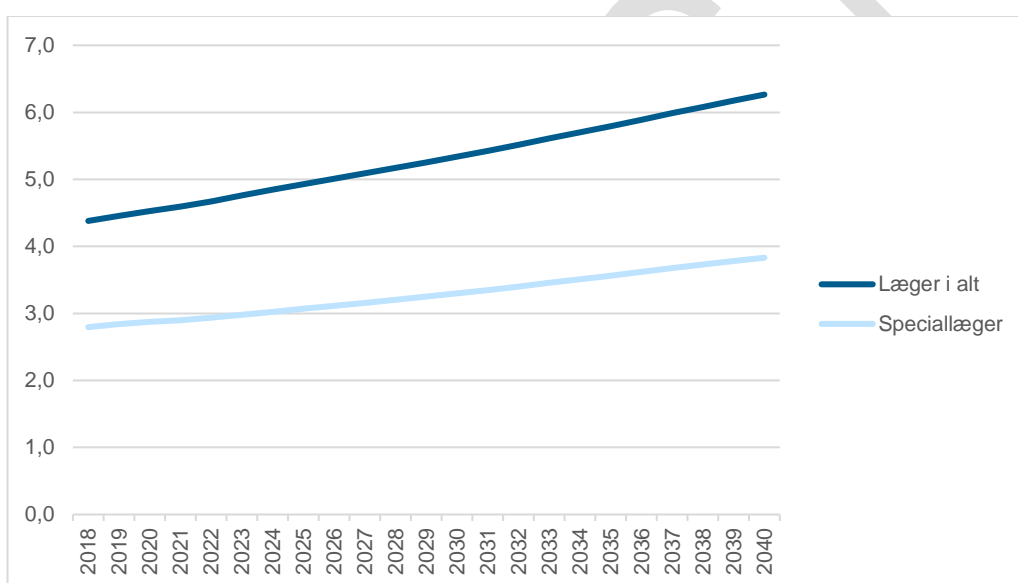
I henhold til modellens forudsætninger jf. kapitel 7, forventes det på sigt, at ca. 1.216 læger (efter fraregnet udvandring og frafald af 5 % af lægepopulationen, som ikke tilgår speciallægeuddannelsen) vil være parat til at tilgå speciallægeuddannelsen. Hvis den nuværende dimensionering på 913,5 forløb i 2018, samt 948,5 forløb i 2019 og 955,5 forløb i 2020 fastholdes i de efterfølgende år, vil det på sigt betyde, at der ikke er tilstrækkeligt med hoveduddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse til at samtlige læger, der kunne ønske at blive speciallæge.

4.4. Antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere stiger

Hvis den forventede udvikling i antal læger og speciallæger sammenholdes med den forventede befolkningsudvikling², så vil der i perioden 2018-2040 forventes at ske en stigning i antallet af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere (Figur 25). Antallet af læger forventes at stige fra 4,4 til 6,3 pr. 1.000 indbyggere, mens antallet af speciallæger forventes at stige fra 2,8 til 3,8 pr. 1.000 indbyggere.

Hvis det antages, at de 12 lande som indgår i sammenligningen i Figur 10 bevarer deres nuværende ration mellem læger og indbyggere betyder det, at Danmark af de 12 lande vil have flest læger pr. 1.000 indbyggere.

Figur 25. Udvikling i antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, 2018-2040

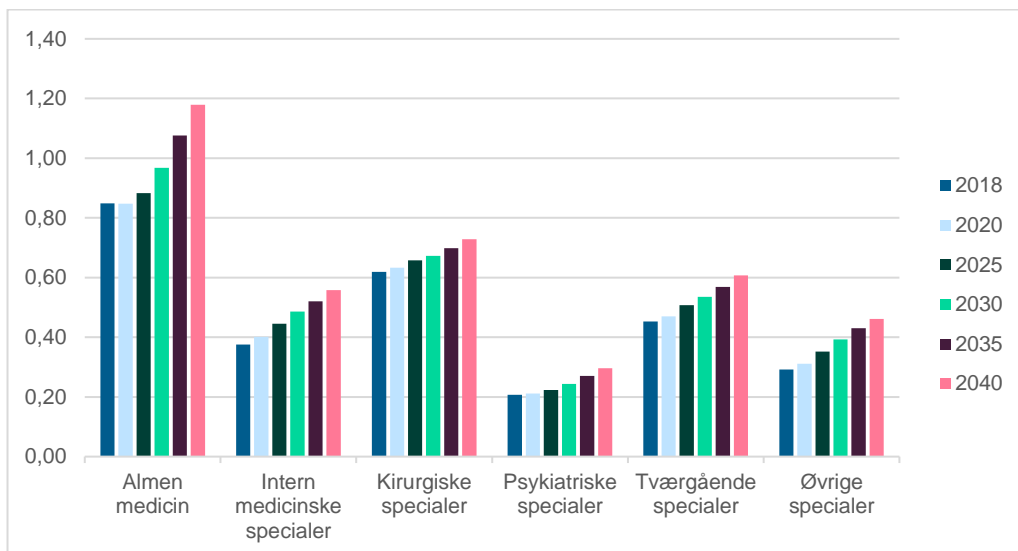


Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen samt Danmarks Statistik

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 0,85 speciallæger i 2018 til 1,18 speciallæger pr. 1.000 indbyggere i 2040, i de intern medicinske specialer fra 0,38 til 0,56, i de kirurgiske specialer fra 0,62 til 0,73, i de psykiatriske specialer fra 0,21 til 0,30, i de tværgående specialer fra 0,45 til 0,61 og i de øvrige specialer fra 0,29 til 0,46 speciallæger pr. 1.000 indbyggere i samme periode (Figur 26).

² Kilde: Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2018

Figur 26. Udvikling i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere fordelt på specialegrupperinger, 2018-2040



Note: Specialegrupperinger ses i Bilag 3.

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen samt Danmarks Statistik

4.5. Sammenligning af ændring af effekterne i den nuværende Lægeprognose 2018-2040 i forhold til den forrige Lægeprognose 2015-2040

I forhold til Lægeprognose 2015-2040 er der sket en begrænset ændring af de overordnede forudsætninger. Ændring i nedenstående faktorer vurderes at have betydning for den forventede udvikling i antallet af læger og speciallæger prognosens fremskrivninger:

- Øget kandidattilgang
- Nye pensionstendenser
- Nye dødsintensiteter
- Ændret Dimensioneringsplan
- Ændrede gennemførelstider

Ændringerne medfører, at der i 2040 forventes ca. 2.750 flere læger, end der ville være forventet med antagelserne fra Lægeprognose 2015-2040. Således forventes i nærværende prognose 39.447 læger eksklusiv orlov i 2040 mod 36.700 læger i Lægeprognose 2015-2040.

Sammenlignes den forventede tilgang fra universiteterne til Lægeprognose 2015-2040 med tilgangen i nærværende prognose ses det, at de ændrede forudsætninger betyder, at det samlede set i perioden 2018-2040 forventes, at tilgangen af læger er 1.061 større end, hvis antagelserne fra Lægeprognose 2015-2040 var benyttet (Tabel 23).

Ændringen i tilgangen – både fra danske og udenlandske universiteter – kan skyldes en flere faktorer, blandt andet:

- I forhold til tidligere forventes det, at færre udenlandske statsborgere tilgår medicinstudiet i Danmark.
 - Da danske statsborgere har en højere gennemførselsprocent 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 i 2017.
- Tilgang af udenlandsk uddannede læger er reduceret fra 75 til 70.
- Tilgang til kandidatuddannelsen fra ikke medicinbacheloror.

Tabel 23. Sammenligning af forventet tilgang fra universiteterne til den lægelige videreuddannelse med denne og tidligere Lægeprognose (1)

År	Lægeprognose 2018-2040	Lægeprognose 2015-2040	Forskel
2018 (2)	1.096	1.090	6
2019	1.137	1.107	29
2020	1.151	1.142	9
2021	1.158	1.191	-33
2022	1.225	1.211	14
2023	1.270	1.216	54
2024	1.275	1.218	58
2025 og frem	1.276	1.219	58
I alt 2018-2040	28.733	27.672	1.061

Note:

1. Sammenligningen baserer sig på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af forventet kandidatproduktion (Bilag 1) tilpasset de modelmæssige antagelser. Det medfører, at der fra Uddannelses- og Forskningsministeriets forventede kandidatproduktion er fratrukket læger der forventes at udrejse samt at der er tillagt en forventet indvandring. Det er antaget, at 5% af alle herboende danskuddannede læger ikke opnår en speciallægeuddannelse - disse 5 % er ikke trukket fra i Tabel 23, men er trukket fra i Tabel 24.

2. I Lægeprognose 2018-2040 indgår prognosetal for 2018. Det faktuelle tal for læger der tilgår KBU i 2018 er 1.352 læger. Der er ikke nødvendigvis fuldstændig overensstemmelse mellem tilgangen fra universiteterne og antallet af læger der påbegynder KBU. Nyuddannede læger kan vente med tilmeldingen til KBU.

En faktor der også har spillet ind på ændringerne er, at den forventede pensionsalder i prognosen er steget i forhold til Lægeprognose 2015-2040. I Lægeprognose 2015-2040 var den forventede pensionsalder for en 24 årige mandlig læge 68,8 år og for en kvindelig læge 66,8 år. I Lægeprognose 2018-2040 er den forventede pensionsalder for en 24

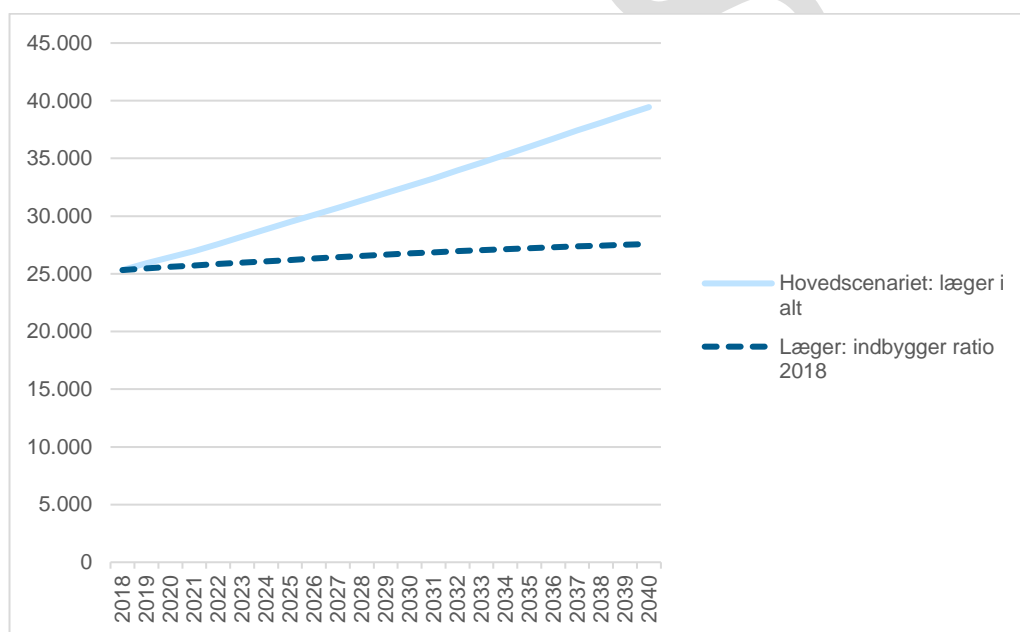
årige mandlig læge 69,2 år og for en kvindelig læge 68,2 år, jf. kapitel 7 om modelbeskrivelse. Det forventes dermed i prognosen, at lægerne bliver længere på arbejdsmarkedet end de gjorde i den forrige prognose.

4.6. 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.

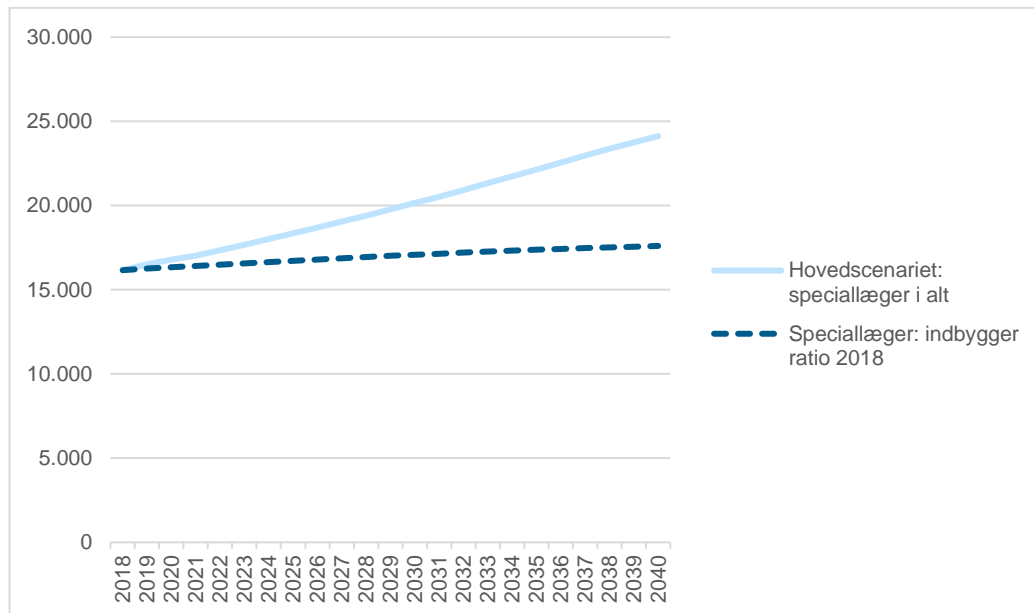
Der er foretaget en teknisk fremskrivning ud fra, hvor mange læger og speciallæger, der vil være, hvis der skal være det samme antal læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, som der var i 2018. Fremskrivningen fremgår af Figur 27 og Figur 28.

Figur 27. Hovedscenariet ekskl. orlov og ratio antal læger pr. 1.000 indbyggere som i 2018



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen samt Danmarks Statistik

Figur 28. Hovedscenariet og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2018



Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen samt Danmarks Statistik

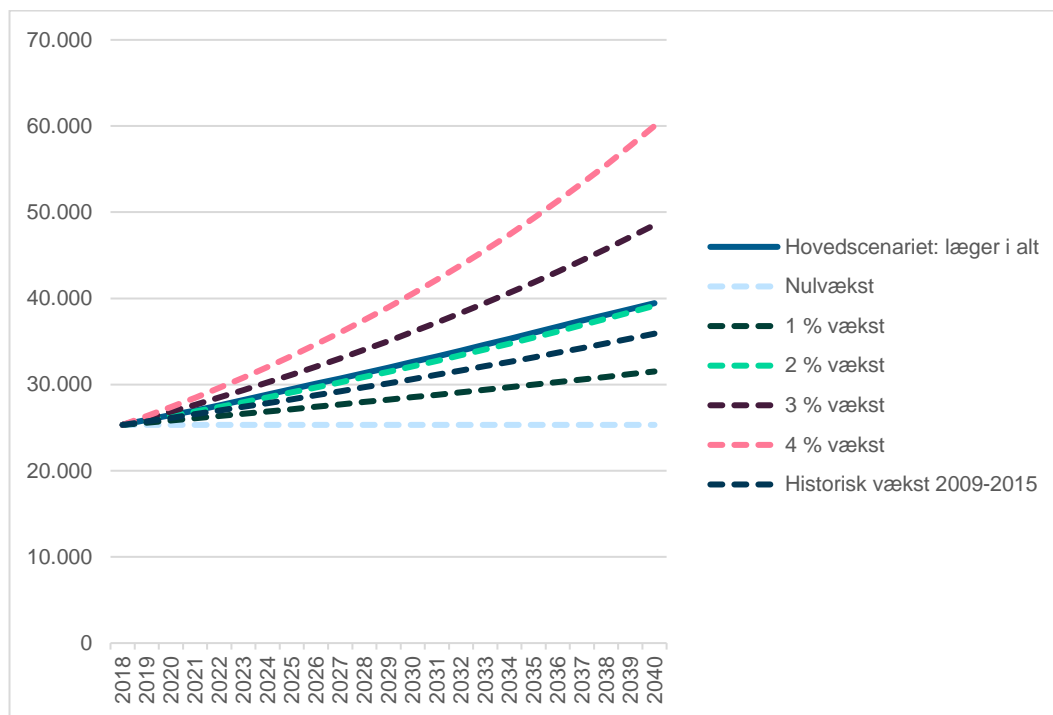
Som det ses af de to figurer, vil behovet, hvis vi ønsker at bibeholde den nuværende ratio af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere for læger og speciallæger være væsentlig lavere end det forventede udbud af læger og speciallæger. Det er dog vigtigt i denne sammenhæng at understrege, at der kan være mange forhold, som gør, at det vil være hensigtsmæssigt at øge antallet af læger og speciallæger pr. 1.000 indbyggere, hvorfor man skal være påpasselig med at konkludere, at vi på sigt vil få for mange læger og speciallæger med den nuværende produktion. Eksempelvis må den fremtidige ændrede demografiske fordeling i befolkningen, med flere ældre formodes at betyde, at der vil være behov for relativt flere læger og speciallæger.

Endvidere er der foretaget tekniske fremskrivninger, der baserer sig på udvalgte vækstrater i udbuddet, henholdsvis nulvækst, 1 % vækst, 2 % vækst, 3 % vækst, 4 % vækst og væksten svarende til den historiske vækst i perioden 2009-2015.

Figur 29 indeholder de seks vækstscenarier sammenholdt med den forventede udvikling i antallet af læger, mens Figur 30 indeholder de seks vækstscenarier i forhold til udviklingen i antallet af speciallæger.

Af Figur 29 ses, at den forventede udvikling i antallet af læger matcher udviklingen på 2 %, der svarer til den tekniske fremskrivning.

Figur 29. Udvikling i antallet af læger, 2018-2040 (vækstscenarier)

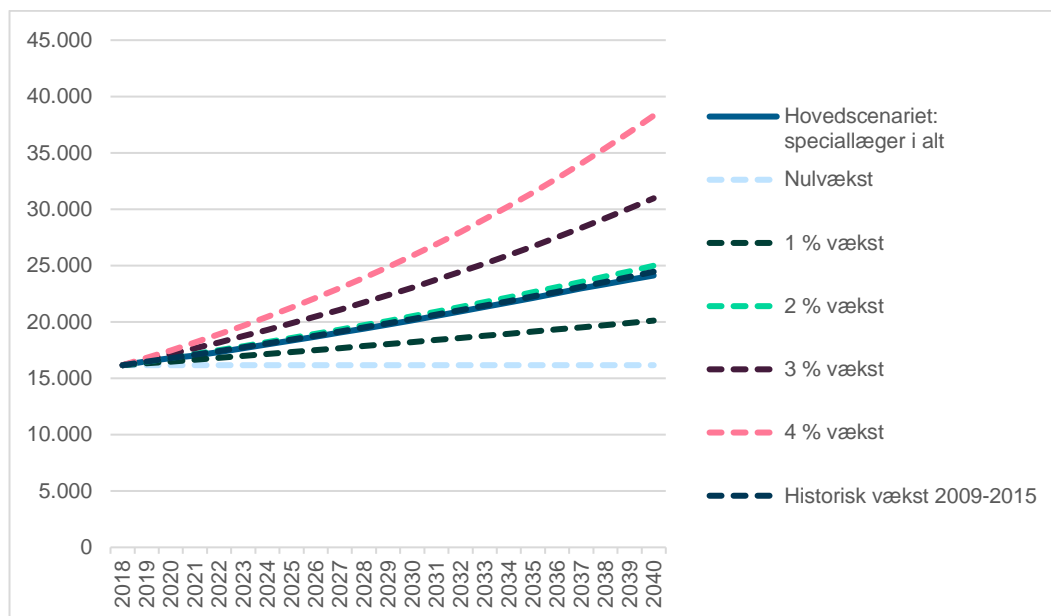


Note: Udgangsåret 2018 svarer til udbuddet af læger i hovedscenariet.

Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Af Figur 30 ses, at den forventede udvikling i antallet af speciallæger i vid udstrækning matcher den historiske vækst i antallet af beskæftigede speciallæger i perioden 2009-2015.

Figur 30. Udviklingen i antallet af speciallæger, 2018-2040 (vækstscenarier)



Note: Udgangsåret 2018 svarer til udbuddet af speciallæger i hovedscenariet.

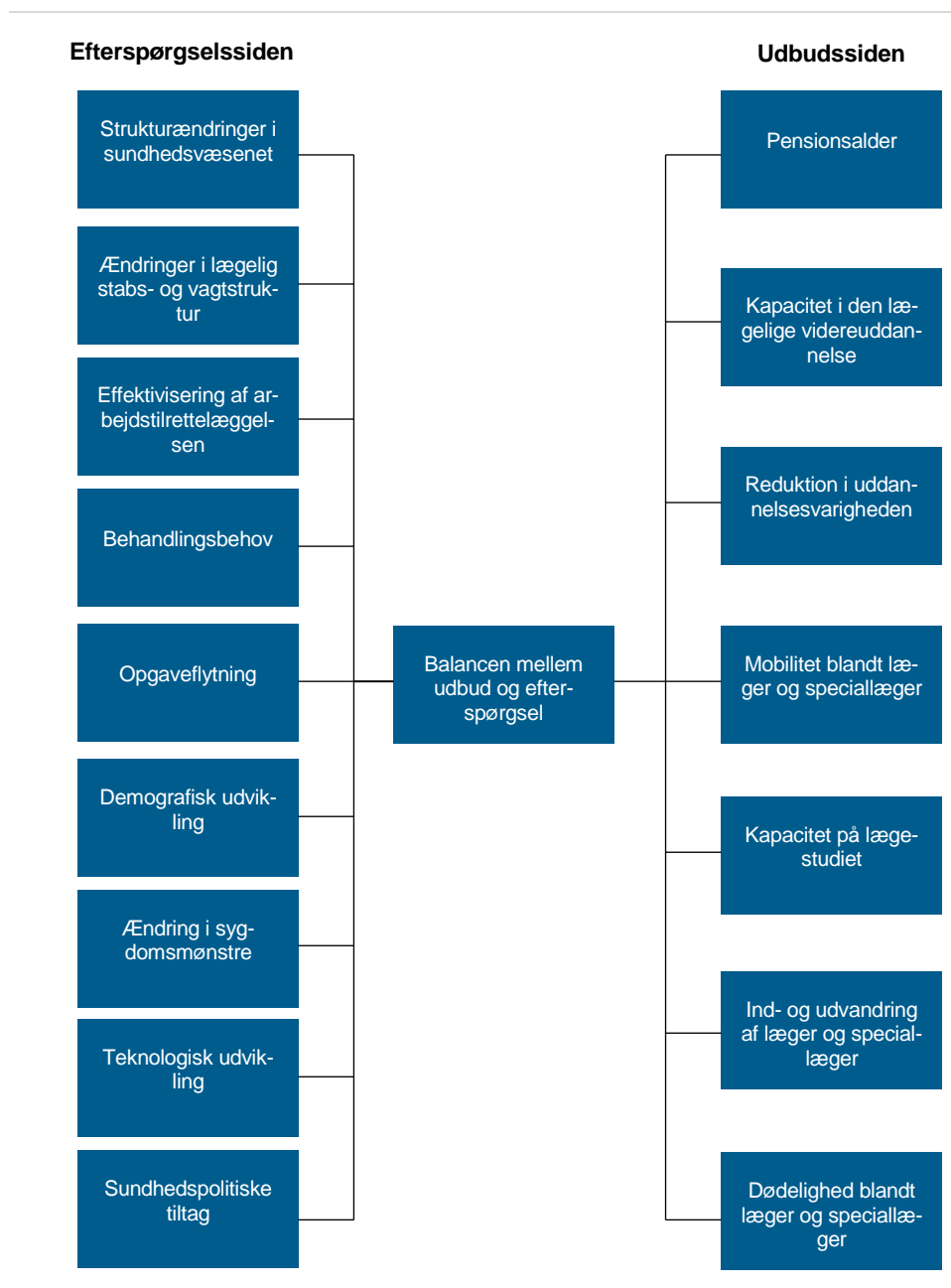
Kilde: Prognosekørsel, Sundhedsdatastyrelsen

Det skal understreges, at fastlæggelsen af udviklingen i antallet af læger er forbundet med stor usikkerhed, og fremskrivningerne er kun pejlemærker, der kan bruges i forhold til overvejelser om optaget på universiteterne og dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse.

4.6.1. Efterspørgselsreducerende og udbudsforøgende tiltag

Der findes en lang række efterspørgselsreducerende og udbudsforøgende tiltag, som kan påvirke behovet for læger og speciallæger (Figur 31).

Figur 31. Faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel



5. Perspektivering om tendenser i fremtidens sundhedsvæsen

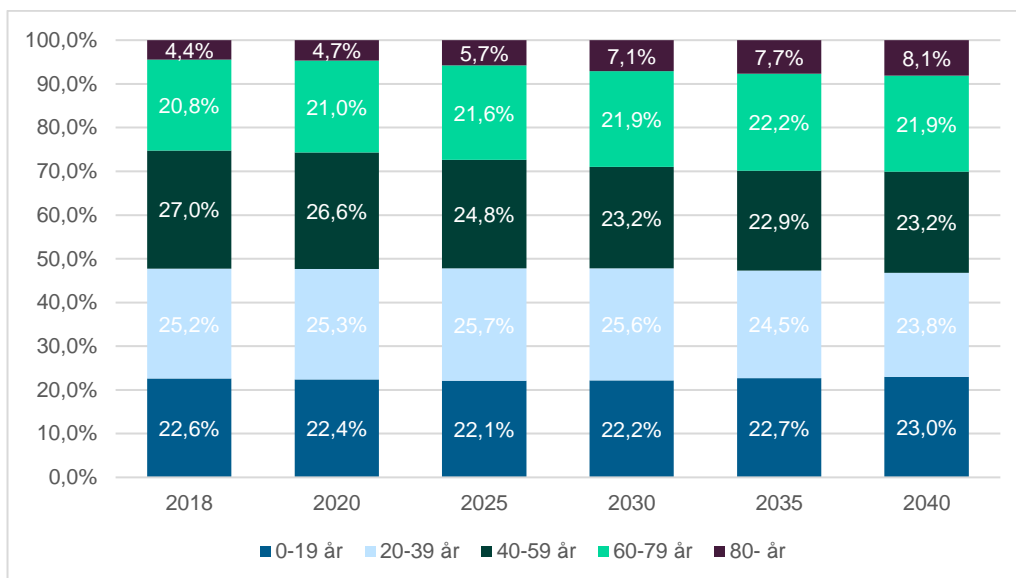
I Lægeprognosen 2018-2040 indgår beskrivelser af forskellige scenarier for at belyse indflydelsen på udviklingen i antallet af læger, herunder af ændret pensionsalder og ændret optag på lægeuddannelsen. Hvilket af scenarierne, der er retvisende, afhænger blandt andet af faglige og politiske prioriteringer og den generelle udvikling i samfundet. Heri indgår bl.a. demografiske, politiske, økonomiske og teknologiske forhold.

Lægeprognose 2018-2040 beskriver udbuddet af læger og speciallæger, og 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 dermed kan blive bestemmende for behovet for uddannelse og ansættelse af læger. I Figur 31 fremgår en oversigt over faktorer med betydning for balancen mellem udbud og efterspørgsel.

I dette kapitel beskrives tendenser af betydning for behovet for læger i fremtidens sundhedsvæsen. Dette er beskrevet i flere danske og internationale rapporter. Det er ikke ambitionen at give en fyldestgørende beskrivelse, men blot referere enkelte rapporter til illustration af beskrivelser af fremtidstendenser.

I Figur 32 er angivet den forventede udvikling i fordelingen af aldersgrupper i den danske befolkning frem mod 2040. Det ses, at særligt andelen af personer over 80 år vil stige (fra 4,4 % til 8,1 %). Samlet vil andelen af personer over 60 år stige fra 25,2 % til 30 %.

Figur 32. Demografisk udvikling i Danmark for aldersgrupper (%), 2018-2040



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. Dermed kan et større antal ældre øge behovet for læger mere end hvad befolkningstilvæksten i sig selv tilsiger. Desuden vil der komme færre personer i det, der i dag anses for den erhvervsaktive alder, hvilket kan påvirke både samfundsøkonomien og rekrutteringen i sundhedsvæsenet. På den anden side kan fremtidige forbedringer i sygdomsforebyggelse og -behandling forbedre sundhedstilstanden hos de ældre og give mulighed for at de ældre bliver længere på arbejdsmarkedet.

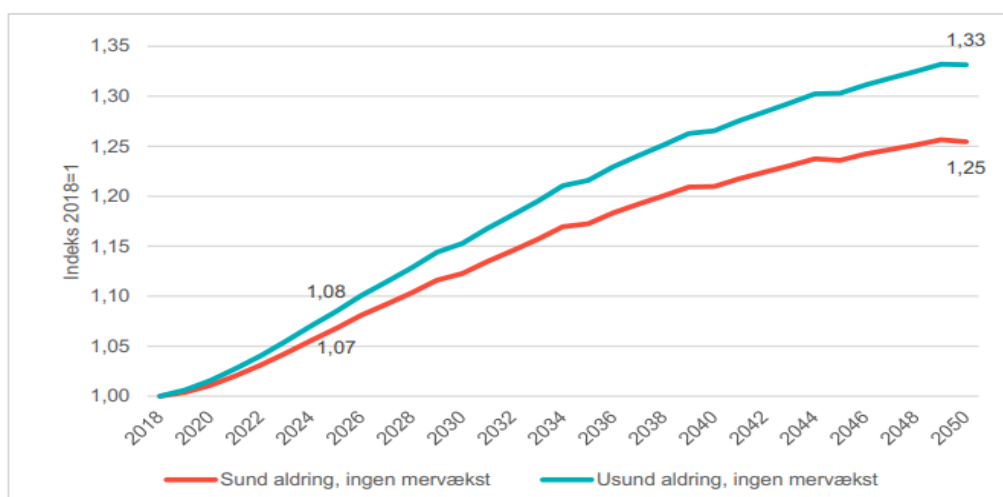
Problemstillingen er senest forsøgt belyst i en rapport for Lægeforeningen fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) i december 2018³. Det konkluderes her på baggrund af dansk og internationale litteratur, at:

”Der er ikke entydig evidens for, at befolkningen gennemsnitligt er sundere i dag end tidligere trods det faktum, at befolkningen gennemsnitligt lever længere (...) [D]et er komplekst at vurdere, om befolkningens sundhed ændrer sig over tid – dels fordi befolkningens vaner, ønsker og forventninger ændrer sig over tid, og dels fordi sygdomsbilledet ændrer sig over tid.”

³ Anna Kollerup Iversen og Jakob Kjellberg: Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? – Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver. VIVE (2018).
https://pure.vive.dk/ws/files/2306314/301206_flere_aeldre_sundhedsvaesenets_oekonomi_pdfa.pdf

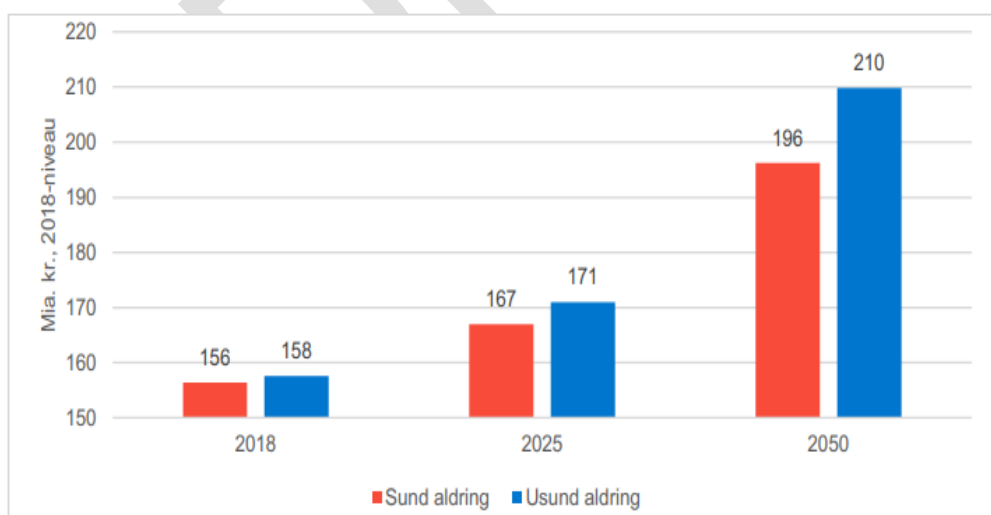
I rapporten fremskrives de demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne alt efter, om trækket på sundhedsudgifterne i de ældre aldersgrupper holdes konstant ("usund aldring") eller om der forventes et mindre træk på sundhedsudgifterne i de ældre aldersgrupper ("sund aldring") (Figur 33 og Figur 34).

Figur 33. Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne relativt til 2018-niveau



Kilde: VIVE, 2018

Figur 34. Demografiske effekters betydning for sundhedsudgifterne, absolutte tal (2018-niveau)



Note: udgangspunktet for fremskrivningerne er sundhedsudgifterne i 2011, derfor ses allerede en diskrepans mellem de to scenarier i 2018.

Kilde: VIVE, 2018

I rapporten fra VIVE belyses desuden hvordan trækket på sundhedsudgifter vil øges yderligere, hvis der medregnes mervækst som følge af efterspørgsel, der genereres af andre forhold end demografien og velstandsudviklingen i samfundet. Det anføres dog også, at der er betydelig usikkerhed forbundet med de antagelser, der ligger til grund for fremskrivningerne. I "sund aldring"-scenariet antages således, at udgifter forbundet med terminal behandling og pleje udskydes til senere leveår, men der tages ikke højde for udviklingen i den generelle sundhedstilstand i befolkningen.

Øgede sundhedsudgifter er et udtryk for øget behov for sundhedsydelser i fremskrivningerne. De faktiske sundhedsudgifter vil afhænge af de midler, der politisk prioriteres til sundhedsvæsenet, selvom man også kan forestille sig, at man ved udgiftsbesparende tiltag vil kunne levere flere sundhedsydelser til en lavere udgift. Dette kunne fx opnås gennem flytning af opgaver, der i dag varetages af læger til andre faggrupper og et større fokus på fx egenomsorg og telemedicin. Sådanne omprioriteringer vil også påvirke behovet for læger.

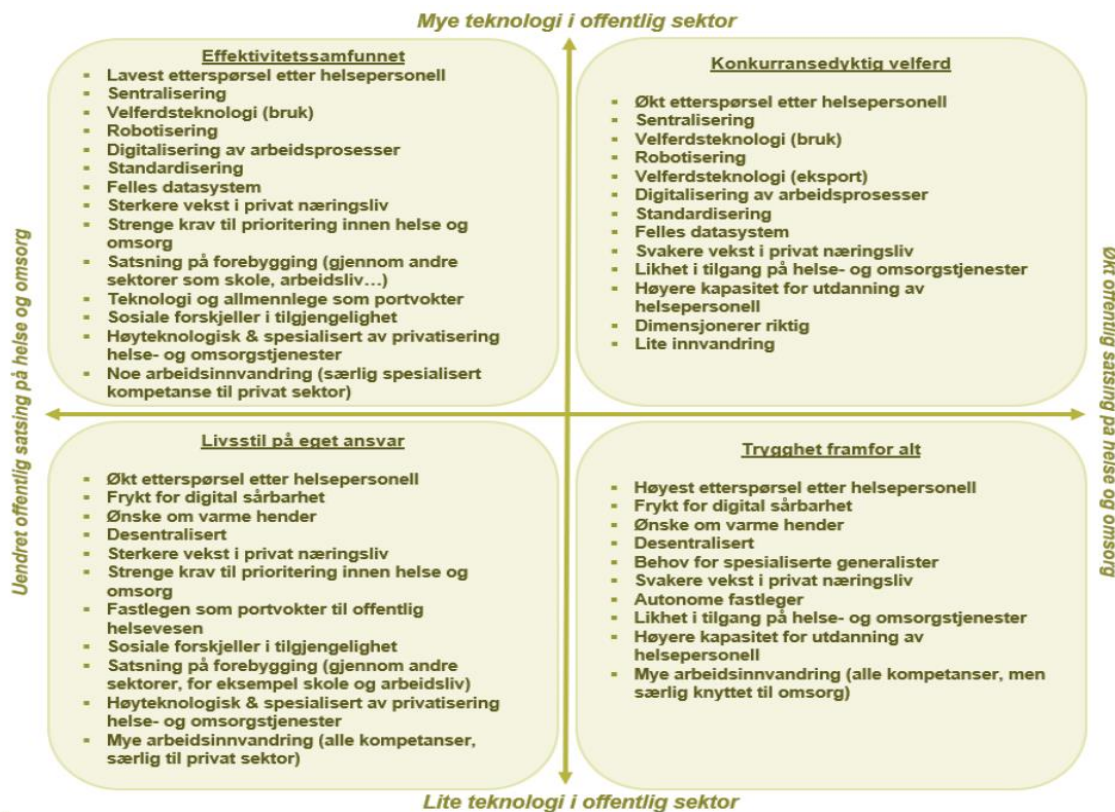
I en rapport udgivet af Samfunnsøkonomisk Analyse for Helsedirektoratet i Norge i 2018⁴ er beskrevet forskellige scenarier for den mulige udvikling af behovet for sundhedsydelser og sundhedspersonale frem mod 2040. I rapporten er fremskrivninger af bl.a. demografiske og økonomiske faktorer koblet med to usikkerhedsmomenter, 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.

Ud fra dette identificeres fire scenarier, der repræsenterer fire forskellige overordnede muligheder for udviklingen i den politiske rammesætning af sundhedsvæsenet (Figur 35).

⁴ Helse-Norge 2040 – hvordan vil fremtiden bli? Samfunnsøkonomisk Analyse AS (2018). <https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/5bdf1881aa4a999c659fcee5/1541347464185/R1-2018+Helse-Norge+2040.pdf>

Figur 35. Fire scenarier for udviklingen i den norske sundheds- og omsorgssektor



Kilde: Samfunnsøkonomisk Analyse (2018)

I en rapport fra Instituttet for Fremtidsforskning fra 2017⁵ er likeledes anvendt en scenariebaseret tilgang, hvor den mulige utvikling 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 Fremtidsforskningens Instituttet identificeres fire scenarier, der repræsenterer fire forskellige overordnede muligheder for udviklingen i den politiske rammesætning af det danske sundhedsvæsen:

⁵ Fremtiden for det danske sundhedssystem (2030). Instituttet for Fremtidsforskning (2017). <https://innovationsfonden.dk/sites/default/files/2018-07/fremtiden-for-det-danske-sundhedssystem.pdf>

- 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
- 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. Udgangspopulation

Det primære datagrundlag for prognosen er Sundhedsdatastyrelsens Bevægelsesregister, hvor oplysninger om lægernes autorisationsforhold fra Sundhedsdatastyrelsens Statistiske Autorisationsregister er beriget med bl.a. uddannelses- og arbejdsmarkedsoplysninger fra Danmarks Statistik. Prognosen baserer sig på den seneste opdatering af Bevægelsesregistret 2015. Opgørelsen er opgjort med status pr. 31. december i årene.

Læger i Bevægelsesregisteret er registreret under lægens senest erhvervede speciale, dog således at erhvervet grenspeciale har forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi i 1996-uddannelsesordning. Desuden er de tidligere specialer registreret således: medicinsk allergologi under intern medicin: lungesygdomme, medicinsk hepatologi under intern medicin: gastroenterologi og hepatologi, kirurgisk gastroenterologi under kirurgi, klinisk neurofysiologi under neurologi, terapeutisk radiologi under klinisk onkologi og diagnostisk radiologi under radiologi.

Fremgangsmåden betyder, at fremskrivningerne af de enkelte specialer passer til specialstrukturen i 2015. Fremskrivningerne omfatter således de samme specialer som i de tidligere lægeprognoser. Det nye lægespeciale i akutmedicin, der er oprettet pr. 2. februar 2018, fremgår ikke af Bevægelsesregistret i 2015, og vil derfor ikke kunne fremskrives i lighed med de andre specialer, jf. kapitel 7.

Udgangspopulationen omfatter beskæftigede og arbejdsløse læger (arbejdsstyrken) under 75 år, hvilket svare til Lægeprognose 2015-2040. Grænsen på de 75 år er valgt, da lægers tilladelse til selvstændigt virke bortfalder, når lægen fylder 75 år. I denne Lægeprognose ligesom i Lægeprognose 2015-2040 (men ikke tidligere prognoser) indeholder udgangspopulation ikke-herboende læger, som er tilknyttet det danske arbejdsmarked. Det skyldes, at der gennem de senere år er sket en stor stigning i denne gruppe, således at de i 2015 udgør 1.527 (6%) af en samlet udgangspopulation på 24.464.

Personer, som er registreret i Bevægelsesregisteret, men som står uden for erhverv er sorteret fra. Det drejer sig om:

- Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet
- Aktivering uden for arbejdsstyrken
- Orlov fra ledighed
- Kontanthjælp og revalidering
- Pensionister
- Øvrige uden for arbejdsstyrken

- Uddannelsessøgende⁶

Der henvises til Danmarks Statistiks Registerdokumentation og love og regler på Beskæftigelsesministeriets hjemmeside for yderligere uddybning af ovenstående beskrivelser af personer, som står uden erhverv.

Gruppen af øvrige uden for arbejdsstyrken stiger stærkt fra 50-års alderen. Det er forudsat, at denne gruppe udgøres af selvpensionerede læger fra 50 år og opefter og er derfor medtaget i beregningerne af pensionsintensiteterne. For læger under 50 år forudsættes det, at denne gruppe udgøres af personer, der er på orlov uden offentlig støtte. Disse er derfor medtaget i beregningerne af orlov.

Udgangspopulation indeholder alle registrerede som læger i Bevægelsesregistret.

⁶ Uddannelsessøgende er en gruppe defineret vha. Socio-koden fra DST. Det er en gruppe, som normalt indgår i den samlede gruppe uden for erhverv/arbejdsstyrken iht. "gængs" inddeling. Personer der falder i denne gruppe har ingen eller næsten ingen erhvervs- og overførelsesindkomst. Det er således ikke personer under uddannelse eller i uddannelsesstillinger.

7. Modelbeskrivelse

På baggrund af udgangspopulationen er beregnet, hvordan populationen for hvert år ændres ud fra nogle på forhånd fastlagte forudsætninger om udviklingen inden for en række parametre. Prognosemodellen er baseret på følgende parametre:

- Tilgangen af læger
- Vandring mellem grupper
- Pensions- og dødsintensiteter
- Orlov og andre årsager til fravær
- Beskæftigelse uden for sundhedsvæsenet
- Fordelingen af kandidater på speciale

De udvalgte parametre er beskrevet nærmere i afsnittene 6.1-6.6, og danner basis for udarbejdelsen af scenarierne. Først og fremmest er udarbejdet et hovedscenarie, som udgør prognosens hovedfremskrivning af den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger. Herudover er udarbejdet scenarier, hvor der eksempelvis er ændret i antagelser om antallet af nyuddannede kandidater. Scenarierne er udarbejdet for at belyse, at ændringer af parametrene kan have væsentlig betydning for det forventede udbud.

For læger er udfærdiget:

1. Hovedscenariet, som er baseret på Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen.
2. Scenarie 1, der viser antallet af læger, hvis pensionsalderen i hovedscenariet øges med 2 år.
3. Scenarie 2, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 100 pr. år.
4. Scenarie 3, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen reduceres med 200 pr. år.
5. Scenarie 4, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 100 pr. år.
6. Scenarie 5, der viser den forventede udvikling i antallet af læger, hvis kandidatproduktionen øges med 200 pr. år.

For speciallæger er udfærdiget:

1. Hovedscenariet, som er baseret på en beregning af antallet af besatte forløb ud fra tidligere års tendenser (Bilag 4).
2. Scenarie 1, der viser antallet af speciallæger, hvis pensionsalderen i hovedscenariet øges med 2 år.

3. Scenarie 2, hvor antallet af besatte hoveduddannelsesforløb sættes lig det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2015-2017 (Bilag 5).
4. Scenarie 3, hvor samtlige hoveduddannelsesforløb i dimensioneringsplanen sættes (Bilag 6).
5. Scenarie 4, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 % højere end dimensioneringen, dog minimum ét forløb højere end dimensioneringen (Bilag 7).
6. Scenarie 5, hvor antallet af besatte forløb sættes 10 % mindre end dimensioneringen, dog minimum ét forløb mindre end dimensioneringen (Bilag 8).

Ved scenarierne er det vigtigt at være opmærksom på, at der er tale om tekniske beregninger, hvor der ikke tages højde for hvilken vandring, der kan foregå mellem specialerne, hvis alle specialer for eksempel fik øget dimensioneringen med 10 %.

7.1. Estimerer for læger i akutmedicin

Det nye lægespeciale i akutmedicin er oprettet pr. 2. februar 2018 og indgår derfor ikke i Bevægelsesregistret i 2015. Specialet kan således ikke fremskrives i prognosen i lighed med de øvrige specialer. Det er desuden endnu ikke besluttet, om antallet af hoveduddannelsesforløb i akutmedicin skal lægges oven i den samlede dimensionering for alle specialer.

I Bilag 15 er der udarbejdet estimerer for fremskrivningerne for antal speciallæger i akutmedicin 2018-2040. Specialet akutmedicin er dimensioneret fra 2021 og frem til 2040, og antal dimensionerede forløb for akutmedicin udgør godt 3 % af det totale antal dimensionerede forløb, jf. bilag 4-8. Akutmedicin er et nyt speciale uden historik i forhold til de antagelser og forudsætninger, der indgår i fremskrivningerne for hvert enkelt speciale i prognosefremskrivningerne. Fremskrivninger af speciallæger inden for akutmedicin er derfor foretaget ud fra en antagelse om, at specialet følger udviklingen af speciallæger på tværs af alle specialer år for år. Helt konkret er væksten beregnet af det samlede antal speciallæger fra år til år i prognosefremskrivningerne, og herefter er et estimat for antal speciallæger i akutmedicin for det enkelte år udregnet som godt 3 % af væksten af det samlede antal speciallæger fra år til år.

Med udgangspunkt i antallet af det faktiske antal læger med speciallægeanerkendelser i akutmedicin i 2018 i Autorisationsregistret estimeres antallet af kommende speciallæger i akutmedicin opnået ved overgangsordningsbestemmelser⁷. Pr. 15. januar 2019 er der udstedt 48 speciallægeanerkendelser i akutmedicin, og antal speciallæger fra overgangsordningen i 2019 er estimeret til 20, i 2020 til 10, i 2021 til 10, i 2022 til 5 og i 2023 til 5. De faktiske antal speciallægeanerkendelser på 48 læger i 2018 er læger, som kommer

⁷ Vejledning om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etablering af specialet akutmedicin, nr. 9877 af 03/10/2018

fra andre specialer, hvorfor de i prognosefremskrivningen må antages at indgå i antallet af fremskrevne speciallæger.

Af Bilag 15 fremgår fremskrivningen ved udviklingen af speciallæger under forudsætning af at specialet udvikler sig som de øvrige specialer samlet inklusiv og eksklusiv fremskrivninger i forhold til estimater af antallet af læger i akutmedicin som følge af overgangsordningen.

7.2. Tilgangen af læger

Antallet af læger, der tilgår speciallægeuddannelsen fremgår af Tabel 24. I denne beregningen af tilgangen af læger indgår visse antagelser og forudsætninger.

Til og med 2017 opererer prognosen med det faktiske antal nyuddannede læger fra de fire universiteter opgjort som antal autorisationer som læge udstedt af Sundhedsstyrelsen eller Styrelsen for Patientsikkerhed fordelt på statsborgerskab. Antallet af nyuddannede kandidater fra 2018 og frem er fastlagt på baggrund af Uddannelses- og Forskningsministeriets skøn over den forventede kandidatproduktion. Uddannelses- og Forskningsministeriet har beregnet antallet af dimittender fra kandidatuddannelsen ved anvendelse af gennemsnittet af fuldførelsesprocenterne for kandidatstuderende for de seneste fire år (jf. Bilag 1).

Antallet af nyuddannede kandidater er benyttet til at give et skøn over, hvor mange læger, der forventes at tilgå speciallægeuddannelsen. For at nå frem til et forventet antal for tilgangen, arbejdes der med en række forudsætninger.

- De nye kandidater er tildelt en køns- og aldersprofil, der svarer til de seneste par års kandidater i Bevægelsesregisteret.
- Det er antaget, at 60 % af de udenlandske læger og 4 % af de danske læger uddannet i Danmark efter opnåelsen af autorisation forlader Danmark.
 - Antagelsen baserer sig på udtræk fra Autorisationsregisteret der viser, at 4,2 % af de danske statsborgere og 59,6 % af de udenlandske statsborgere, som opnåede autorisation i perioden 2010-2017 på baggrund af en dansk uddannelse pr. 15. august 2018 ikke var bosat i Danmark.
- Det er antaget, at ca. 5 % af alle herboende danskuddannede læger ikke opnår en speciallægeuddannelse. Det drejer sig om læger, der vælger alternativ karrierevej end en speciallægeuddannelse, f.eks. forskning, undervisning, arbejde i medicinalindustrien mv.

- Antagelsen baserer sig på udtræk fra Bevægelsesregisteret, der viser, at i perioden 2001-2015 var ca. 5-6 % af arbejdsstyrken, beskæftiget uden for sundhedsvæsenet, ikke speciallæger.
- Der er regnet med en indvandring af 70 udenlandsk uddannede læger årligt, som potentielt kan påbegynde et hoveduddannelsesforløb. Disse behandles i prognosen på samme måde som nyuddannede kandidater.
 - Antagelsen baserer sig på indberetninger fra videreuddannelsesregionerne i perioden 2011-2017 over, hvor mange udenlandsk uddannede, som årligt påbegynder en hoveduddannelse.

Tablet 24. Årlig tilgang til speciallægeuddannelsen
(jf. ovenstående antagelser)

År	Fuldførte*	Heraf DK	Heraf udl.	Stadig i DK	Fratrukket 5 %	Tillagt indvandring
2015	972	777	195	824	783	853
2016	1.232	968	264	1.035	983	1.053
2017	1.276	1.091	185	1.121	1.065	1.135
2018	1.179	990	189	1.026	975	1.045
2019	1.218	1.035	183	1.067	1.013	1.083
2020	1.226	1.055	172	1.081	1.027	1.097
2021	1.227	1.067	159	1.088	1.034	1.104
2022	1.302	1.133	169	1.155	1.097	1.167
2023	1.352	1.176	176	1.200	1.140	1.210
2024	1.359	1.182	177	1.205	1.145	1.215
2025	1.359	1.183	177	1.206	1.146	1.216
2026	1.360	1.183	177	1.206	1.146	1.216
2027-2040	1.360	1.183	177	1.206	1.146	1.216

* 2015-2017: Antal autorisationer fra Autorisationsregistret; 2018-2040: Antal fuldførte - fremskrivninger fra Uddannelses- og Forskningsministeriet, jf. afsnit 7.2. og Bilag 1. I 2018 har UFM oplyst, at der er X fuldførte kandidater (tallet opgøres primo februar 2019).

Kilde: Sundhedsstyrelsens autorisationsregister og Uddannelses- og Forskningsministeriet

7.3. Vandring mellem grupper

Vandring mellem grupper vedrører læger, der skifter fra gruppen af læger *uden* speciale til gruppen af læger *med* speciale og læger, som skifter speciale undervejs.

Tidligere 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 kan også være tale om erhvervelse af to eller flere grundspecialer. Særligt har mange læger med tilladelse til at betegne sig som speciallæge i almen medicin efterfølgende erhvervet sig yderligere en andet speciallægeuddannelse. Da lægerne i prognosen er registreret under senest erhvervede speciale, ses der i prognosen bort fra vandringer mellem specialer⁸.

7.4. Pensions- og dødsintensiteter

Læger, der pensioneres eller dør, er fratrukket i overensstemmelse med den alders- og kønsbestemte dødelighed og den alders- og kønsbestemte pensionstilbøjelighed. Således slettes læger, der er døde eller pensioneret fra datasættet.

Efter at have fraregnet de personer, som fylder 75 år i det givne prognoseår, er fratrukket det antal personer, der forventes at gå på pension eller dø i løbet af året. Beregningerne er baseret på en antagelse om, at pensions- og dødsintensiteterne er afhængige af køn og alder.

De kønsspecifikke pensionsintensiteter er beregnet på baggrund af data fra perioden 2010-2015. En gruppe læger, der i Bevægelsesregisteret er registreret som værende uden for arbejdsmarkedet, er medregnet under pensionering for læger over 50 år. Gruppen kan i øvrigt indeholde læger, der af anden grund er uden for arbejdsmarkedet og selvforsørgende⁹. For læger under 50 år er denne gruppe af øvrige uden for arbejdsmarkedet medtaget som læger på orlov. Beregningen medfører, at pensionsalderen for en 24 årig mandlig læge forventes at være 69,2 år, mens den for en kvindelig læge forventes at være 68,2 år.

Den aldersspecifikke dødsrate fordelt på etårs-aldersintervaller og køn i alderssegmentet 25-74 år er beregnet på baggrund af et udtræk fra Autorisationsregisteret for perioden 2007 til 2017.

7.5. Orlov og andre årsager til fravær

Et vist antal læger står ikke til rådighed for arbejdsmarkedet af andre årsager end pension og udvandring. Disse personer skal der tages højde for i fremskrivningen, idet målet for fremskrivningen er at angive antallet af læger til rådighed for arbejdsmarkedet. Derfor er læger på orlov trukket ud af de tal, der præsenteres i tabellerne.

⁸ Grenspeciale har dog forrang for grundspecialerne intern medicin og kirurgi.

⁹ Personer i denne gruppe har ikke registreret indkomst eller modtaget sociale ydelser, herunder indkomst fra private pensionsordninger og alm. pension.

Andelen af læger fraværende fra arbejdsmarkedet er beregnet på baggrund af data fra Bevægelsesregisteret. Af nedenstående oversigt ses de forskellige fraværstyper:

- beskæftigede arbejdsmarkedsorlov
- beskæftigede barselsorlov
- beskæftigede sygedagpenge
- orlov fra ledighed
- uddannelsessøgende¹⁰
- øvrige uden for arbejdsstyrken under 50 år

Det er i modellen antaget, at de fremtidige orlovsandele nogenlunde vil svare til de alders- og kønsspecifikke orlovsandele beregnet ud fra perioden 2012-2015, idet fraværsårsagerne kun i ringe omfang er konjunkturafhængige. Som følge heraf er fraregnet en konstant, men køns- og aldersspecifik andel af læger i de enkelte aldersgrupper.

På baggrund af data i Bevægelsesregisteret er det beregnet, at 1,5 % (1,9 %) af de mandlige og 6,1 % (7,6 %) af de kvindelige læger var fraværende fra arbejdsmarkedet af andre årsager end pension i 2015. I forhold til den seneste opdatering på baggrund af Bevægelsesregistret 2012 (anført i parentes) er der sket et fald i fraværsandelen for både mænd og kvinder, hvilket samlet set medfører et fald i andelen af læger på orlov.

Da orlovsandelene i prognosen er konstante, men køns- og aldersspecifikke, er der ikke taget højde for, at der kan ske eventuelle ændringer i eksempelvis andelen af læger på barselsorlov de kommende år. Tilsvarende er der heller ikke taget højde for en eventuel øget tendens til deltidsbeskæftigelse, da en sådan udvikling vil afhænge af en række eksterne faktorer som arbejdsmarkedsordninger og den generelle beskæftigelsessituation.

7.6. Beskæftigelse uden for sundhedsvæsenet

Der sker normalt en vis vandrings mellem sundhedsvæsenet og de øvrige sektorer. Der er ikke nødvendigvis tale om en permanent afvandring til og fra gruppen af læger, der står til rådighed for sundhedsvæsenet. Der er i fremskrivningen ikke foretaget fradrag af læger med beskæftigelse uden for det behandlende sundhedsvæsen. Derfor er det i denne som den forrige prognose antaget at nettovandringen er nul.

¹⁰ Uddannelsessøgende er en gruppe defineret vha. Socio-koden fra DST. Det er en gruppe, som normalt indgår i den samlede gruppe uden for erhverv/arbejdsstyrken iht. "gængs" inddeling. Personer der falder i denne gruppe har ingen eller næsten ingen erhvervs- og overførelsesindkomst. Det er således ikke personer under uddannelse eller i uddannelsesstillinger

7.7. Fordeling af kandidater på speciale

Selve fordelingen af kandidater på speciale er sket overordnet i to tempi: Først er fordelt kandidaterne på et speciale. Derefter er indsat specialiets gennemførelsestid.

Når kandidater placeres i et speciale, tildeles de en kønsfordeling for anerkendte speciallæger i specialet i perioden 2007-2017 opgjort på baggrund af Autorisationsregisteret.

7.7.1. Hovedscenariet

Fastlæggelsen af antallet af besatte uddannelsesforløb i prognosens hovedscenarie er baseret sig på to metoder:

- For perioden 2011-2017 baserer antallet af besatte forløb sig på regionernes indberetning af faktisk besatte forløb
 - Dette er nødvendigt da de læger, der påbegyndte speciallægeuddannelsen i 2011 først kan forventes at færdiggøre deres speciallægeuddannelse i prognosens første fremskrivningsår 2016.
 - Specialer med en fireårig hoveduddannelse er fordelt fra 2012 og frem.
 - Specialer med en femårig hoveduddannelse er fordelt fra 2011 og frem.
- For perioden 2018 og frem baserer antallet af besatte forløb sig på en teknisk beregning baseret på regionernes indberetning af besatte forløb samt det forventede antal af læger, der kan påbegynde en hoveduddannelse.
 - Det er antaget, at der i 2018 er 868 læger, som vil påbegynde en hoveduddannelse, mens der i årene 2019 og 2020 antages, at der vil være henholdsvis 901 læger og 908 læger, som vil påbegynde en hoveduddannelse. Det svarer til 95 % af alle hoveduddannelsesforløb i nugældende Dimensioneringsplan 2018-2020. Dimensioneringsplanen 2018-2020 er en graderet plan, hvor der er anført forskellig dimensioneringer fra år til år.
 - Det er antaget, at der i 2021 vil blive besat 936 forløb (ekskl. akutmedicin).
 - Det er antaget, at alle forløb fra 2022 og frem vil blive besat.

Fordelingen af kandidater i perioden 2018 og frem bygger på en række forudsætninger og beregninger som tager udgangspunkt i antallet af besatte stillinger i 2016 og 2017. På baggrund af antallet af besatte forløb i 2016 og 2017 er udarbejdet en beregning af 2017x. 2017x er beregninger i forhold til antallet af besatte forløb i 2016 og 2017 sammenholdt med Dimensioneringsplan for året 2018. Fremgangsmåden er benyttet for at få udjævnet eventuelle uhensigtsmæssige spring i 2016 og 2017 i forhold til Dimensioneringsplanen.

Beregning af 2017x

- Hvis antallet af besatte forløb i 2017 er mindre end Dimensioneringsplan for 2018 laves end beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2017x.
 - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i 2016-2017 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2017x lig dimensioneringen

- Ellers sættes 2017x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2016-2017.
- Hvis antallet af besatte forløb i 2017 er større end eller lig dimensioneringsplan laves en beregning af hvor mange forløb, der skal besættes i 2017x
 - Hvis antallet af besatte forløb i 2016 er større end eller lig med dimensioneringen sættes 2017x lig dimensioneringen.
 - Hvis antallet af besatte forløb i 2016 er mindre end dimensioneringen laves en beregning af 2017x
 - Hvis gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2016-2017 er større end eller ens med dimensioneringen sættes 2017x lig dimensioneringen
 - Ellers sættes 2017x lig med gennemsnittet af antallet af besatte forløb i perioden 2016-2017.

Formel for beregning af 2017x

A= Antallet af besatte forløb i 2017

B= Antallet af besatte forløb i 2016

C= Antallet af dimensionerede forløb i specialet i Dimensioneringsplan for året 2018

$$2017x = \text{HVIS}(A < C; \text{HVIS}(((B+A)/2) \geq C; C; ((A+B)/2)); \text{HVIS}(B \geq C; C; \text{HVIS}(((A+B)/2) \geq C; C; ((A+B)/2)))$$

I en række specialer er besat 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.

Fordelingen følger nedenstående principper (jf. Bilag 4)

For hvert år er beregnet en vækst i antallet af kandidater i forhold til året før. Dog for 2018 er beregnet væksten i forhold til antal besatte forløb i 2017x

For de år, hvor tilgangen af nye læger ikke er tilstrækkelig stor til at udfylde alle hoveduddannelsesforløb er benyttet læger fra udgangspopulationen, som ikke er blevet speciallæger eller placeret i et uddannelsesforløb til at udfylde de ledige hoveduddannelsesforløb, således, at der som udgangspunkt bliver besat op til 95 % af de dimensionerede stillinger.

Væksten i antallet af kandidater i forhold til året før er fordelt 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 er der taget i fordelingen af væksten højde for specialernes størrelse og de rekrutteringsvanskeligheder som specialerne har. Fra 2022 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 2017x blev der besat 211 forløb ud af de dimensionerede 259 i 2018. Det betyder, at 48 forløb ikke blev besat. Differencen mellem det forventede antal kandidater til, der påbegynder en speciallægeuddannelse i 2018 (868) og antal besatte forløb i alt i 2017x (792) er 76. Samtidig er antallet af ubesatte forløb i 2017x 122.

I 2018 bliver antallet af besatte forløb dermed beregnet som:
 $211 + (259-211) \cdot (76/122) = 241$.

Tabel 25. Eksempel på fordelingen af kandidater på speciale – almen medicin

					2018	2019
Forventet antal kandidater der begynder hoveduddannelsesforløb					868	901
Vækst**					76	33
speciale	Dim. Plan 2018	2016	2017	2017X	2018	2019
Almen medicin	259	205	217	211	241	263
Anæstesi	54	58	54	54	54	54
Arbejdsmedicin	9	6	7	7	8	8
I alt	913,5	777	833	792	868	901

7.7.2. Hovedscenariet + to års øget pensionsalder

For at vise hvilken betydning det vil have for den forventede udvikling i antallet af speciallæger, hvis pensionsalderen ændres, er der udfærdiget et scenarie, der baserer sig på hovedscenariets antagelser om antallet af besatte hoveduddannelsesforløb, men hvor den forventede pensionsalder øges med to år.

7.7.3. "Status quo scenarie" – besatte forløb lig med gennemsnit for 2015-2017

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 2018 og frem svarer til det gennemsnitlige antal besatte forløb i perioden 2015-2017.

Jf. Bilag 5 for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

7.7.4. 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 2018 svarer til alle dimensionerede forløb i Dimensioneringsplanen 2018-2020 besættes. I årene

2021 og frem svarer antallet til dimensioneringen i 2020. Jf. Bilag 6 for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

7.7.5. 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 % flere forløb end den aktuelle dimensionering af specialerne. Dog minimum et forløb mere end dimensioneringen.

Jf. Bilag 7 for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

7.7.6. 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 % færre forløb end den aktuelle dimensionering af specialerne. Dog minimum et forløb mindre end dimensioneringen.

Jf. Bilag 8 for fordelingen af hoveduddannelsesforløb.

7.7.7. Anvendelse af fordelingsfunktion i tildeling af specialer

Fastsættelsen af antallet af besatte uddannelsesforløb i prognosen bygger på observerede besatte forløb i perioden 2011-2017 samt en beregning af det forventede antal besatte forløb fra 2018 og frem. For specialer med en fireårig hoveduddannelse besættes forløbene fra 2012 og frem, mens specialer med femårige forløb besættes fra 2011 og frem.

På baggrund af data for autoriserede læger med færdiggjort speciallægeuddannelse i perioden 2007 – 2017 er beregnet fordelingen af påbegyndelsestidspunkter for en hoveduddannelsesstilling. En hoveduddannelsesstilling kan tidligst være påbegyndt to år, halvanden år for almen medicin, efter autorisationsdatoen. Alle hoveduddannelsesforløb påbegyndt senere end 16 år efter autorisationsdatoen, er antaget at være påbegyndt efter 16 år. Kun læger uddannet i Danmark er medtaget i beregningen¹¹.

Specialerne er i forhold til gennemførelstiden dvs. den samlede tid fra opnået autorisation til opnået speciallægeanerkendelse inddelt i fire grupperinger, således datamaterialet er tilstrækkeligt validt. Af de læger, som har opnået speciallægeanerkendelse i perioden 2007 til 2017 havde flere læger en gennemførelstid på 16+ år ved opnået speciallægeanerkendelse. Gennemførelstiden er sat til 16 for disse, før fordelingsfunktionen blev beregnet. På baggrund af den gennemsnitlige gennemførelstid er specialerne inddelt i fire overordnede grupper, hvilket ses af Tabel 26.

- Gruppe 1: Gennemførelstid under ti år efter autorisationsåret.

¹¹ Det er kun til fordelingen af påbegyndelsestidspunktet for en hoveduddannelsesstilling, at der afgrænset til læger uddannet i Danmark. Det har ikke indflydelse på indarbejdelsen af de 70 læger, der indvandrer.

- Gruppe 2: Gennemførelsestid mellem ti og tolv år efter autorisationsåret.
- Gruppe 3: Gennemførelsestid mellem tolv og fjorten år efter autorisationsåret.
- Gruppe 4: Gennemførelsestid over 14 år efter autorisationsåret.

Det er antaget, at uddannelseslængden for speciallægeuddannelserne er lig den normerede. Informationerne herfor kan ses i Tabel 26.

Tabel 26. Specialernes normerede uddannelseslængde samt indplacering i specialegruppe i prognosen

Speciale	Uddannelseslængde i år	Specialegruppe
Almen medicin	4,5	1
Akutmedicin*	5	4
Anæstesiologi	4	2
Arbejdsmedicin	4	4
Børne- og ungdomspsykiatri	4	3
Dermato-venerologi	4	2
Gynækologi og obstetrik	4	3
Intern medicin: endokrinologi	5	4
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	5	4
Intern medicin: geriatri	5	4
Intern medicin: hæmatologi	5	4
Intern medicin: infektionsmedicin	5	4
Intern medicin: kardiologi	5	4
Intern medicin: lungesygsomme	5	4
Intern medicin: nefrologi	5	4
Intern medicin: reumatologi	5	4
Karkirurgi	5	3
Kirurgi	5	3
Klinisk biokemi	4	4
Klinisk farmakologi	4	3
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	4	2
Klinisk genetik	4	3
Klinisk immunologi	4	3
Klinisk mikrobiologi	4	3
Klinisk onkologi	5	3
Neurokirurgi	4	2
Neurologi	4	3
Oftalmologi	4	1
Ortopædisk kirurgi	4	3
Oto-rhino-laryngologi	4	2
Patologisk anatomi og cytologi	4	2
Plastikkirurgi	5	3
Psykiatri	4	4

Pædiatri	4	3
Radiologi	4	2
Retsmedicin	4	4
Samfundsmedicin	4	4
Thoraxkirurgi	5	3
Urologi	5	4

* Akutmedicin indgår ikke i prognosens beregninger af speciallæger.

Kilde: Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger samt Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister

Hver overordnet gruppe er underopdelt på køn, eftersom data påviste signifikante forskelle mellem mænd og kvinder i gennemførelstiden af en speciallægeuddannelse.

Fordelingen af kandidater på specialer følger kønsfordelingen observeret i dannelsen af de fire grupperinger. Denne er justeret, således den er tilpasset kønsfordelingen blandt tilgængelige kandidater.

Herefter er beregnet den gennemsnitlige andel af speciallæger inden for en given gruppe, som opnåede speciallægeanerkendelse efter hhv. 6 år, 7 år, 8 år osv. Dette er benyttet til at plote ind i modellen, at x % af en årgang færdiggør speciallægeuddannelsen inden for en af grupperne på 6 år, x % færdiggør speciallægeuddannelsen inden for en af grupperne på 7 år osv.

7.7.7.1. Fordeling af udgangspopulationen

Udgangspopulationen er opdelt i fire grupper.

1. Læger der er under 60 år, ikke har et speciale, men arbejder på et sygehus eller i praksissektoren (defineret ud fra branchekoder).
2. Læger der er under 40 år, ikke har et speciale, men arbejder inden for forskning (defineret ud fra branchekoder).
3. Læger der allerede har et speciale. Disse får uden videre tildelt betegnelsen B1 (Læger med speciale eller tildelt hoveduddannelsesforløb)
4. Resten, som ikke falder i kategori 1-3. Disse får betegnelsen B0 (Læger der ikke påbegynder hoveduddannelse).

I den del af fremskrivningen, der baserer sig på de eksisterende kandidater, er der i fordelingen af HU-forløb taget udgangspunkt i grupperne 1 og 2. Det vil sige, at ikke-speciallæger over 60 år, ansat på et sygehus eller i praksissektoren i fremskrivningsperioden ikke kommer i betragtning til et hoveduddannelsesforløb og dermed ikke gøres til speciallæger. Det samme er tilfældet for ikke-speciallæger over 40 år, som er ansat inden for forskning og uddannelse.

Fordelingen af hoveduddannelsesforløb et givent år trækker kandidater fra 16 år tilbage i tiden til og med to år før.

Eksempel: Fordelingen af hoveduddannelsesforløb i 2016 tildeler specialer til kandidater autoriseret i perioden 1997 til 2014.

Fordelingen af hoveduddannelsesforløb forløber sekventielt. Kandidater, der påbegynder et hoveduddannelsesforløb i 2011, fordeles før hoveduddannelsesforløb i 2012. Dimensionsplanen sorterer specialerne ved hjælp af fordelingsfunktionerne, således specialer med en gennemsnitlig høj kandidatalder har en større sandsynlighed for at blive koblet med en kandidat med høj kandidatalder.

Dernæst udvælges de kandidater, der skal besætte specialerne. Er der flere kandidater med en kandidatalder på 16+, end fordelingsfunktionerne prædikerer, anvendes alle tilgængelige kandidater alligevel. De modregnes dog i de efterfølgende år.

Det betyder, at fordelingsfunktionen er tilpasset, således alle læger i udgangspopulationen autoriseret fra 1997 og frem, der samtidig opfylder kriterierne 1-3 ovenfor, tildes et speciale. Samme metode er benyttet for fremtidige kandidater, hvorom det er antaget, at 5% af herboende læger ikke får en hoveduddannelse, som følge af deres tilknytning til forskningsverdenen eller det private erhvervsliv.

Andelen, der er tilknyttet forskningssektoren i en alder af 40+ eller den private sektor udgør ca. 4,5 %. Det er for de resterende læger, der alle opfylder punkt 1-3 ovenfor, fordelingsfunktionen tilpasses.

Eksempel: Fordelingsfunktionen prædikerer, der skal udtrækkes 16 kandidater med opnået autorisation i 2000, men der er 26 autoriserede læger, der alle opfylder udvælgelseskræfterne præciseret under punkt 1-3 ovenfor. Alle 26 udtrækkes. Dog udtrækkes 10 færre kandidater med opnået autorisation i 2001.

Udvælgelsesmetoden tilpasser sig også antallet af tilgængelige kandidater, når fordelingsfunktionerne prædikerer et højere antal kandidater, end der er tilgængeligt. Alle tilgængelige kandidater udvælges, mens de kandidater, der ikke kunne findes, udtrækkes fra det efterfølgende år.

Eksempel: Fordelingsfunktionen prædikerer 50 kandidater læger med autorisation i 2003, men der er kun 28 tilgængelige kandidater. Prædiktionen for 2004 var oprindeligt 48, men de 22 kandidater, der ikke kunne findes i 2003, forsøges nu fundet i 2004, således der nu skal udtrækkes 70 kandidater.

6.6.7.2 Fordeling af nye kandidater

Ca. 5 % af alle læger opnår ikke en speciallægeuddannelse. Det drejer sig om læger, der vælger alternativ karrierevej end en speciallægeuddannelse, f.eks. forskning på teoretisk institut eller arbejde i medicinalindustrien mv. I prognosemodellen er dette simuleret ved at 5 % af alle nye kandidatårgange fordeles på B0 i stedet for på lægeligt speciale. B0 er defineret ved gruppen af læger, der vælger anden karrierevej end speciallægeanerkendelse (f.eks. forskning, arbejde i medicinalindustri eller andet).

Kandidater autoriseret i 2016 og frem benytter herudover, de samme fordelingsfunktioner som observerede årgange.

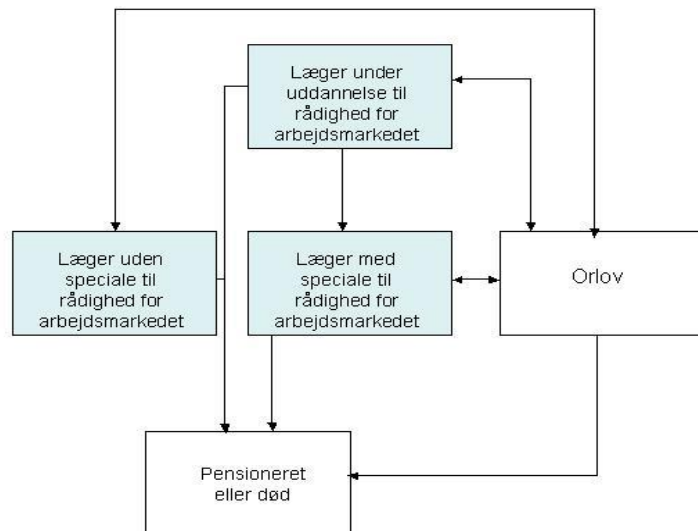
7.8. 6-årsfristen –tidsfristen mellem KBU og hoveduddannelsen

Der er ikke justeret i modellen for tidsfristen mellem første ansættelsesdag i den kliniske basisuddannelse og hoveduddannelsesforløbet i speciallægeuddannelsen (per 1. maj 2017 ændret fra en 5-årsfrist til en 6-årsfrist). Det skyldes, at kandidater efter autorisationsåret har flere muligheder for at forlænge tidsfristen, heriblandt ph.d.-studium og barselsorlov, ligesom lempelser af tidsfristen har betydet, at ledige forløb kan besættes af læger, som ikke opfylder tidsfristen.

7.9. Fremskrivningsmakroen

Fremskrivningsmakroen er skitseret i nedenstående figur og tager udgangspunkt i det faktiske antal læger. Det vil sige udgangspopulationen, der er beregnet fra Bevægelsesregistret. Det faktiske antal læger kan modelmæssigt være placeret i en af de tre mørkeblå rubrikker. Hvert år tilføjes det nye antal kandidater – i en af rubrikkerne 'læger under uddannelse' (turnuskandidater og KBU-kandidater) til rådighed for arbejdsmarkedet' eller 'læger uden speciale til rådighed for arbejdsmarkedet'.

Figur 36. Fremskrivningsmakroen



Læger der pensioneres eller dør fratrækkes i overensstemmelse med den alders- og kønsbestemte dødelighed og den alders-, kønsbestemte pensionstilbøjelighed. Med andre ord så slettes data på læger, der er døde eller pensioneret fra datasættet.

Resten af bevægelserne i modellen drejer sig om at nogle læger skifter status. Årligt får et antal læger status som værende på orlov i overensstemmelse med de køns- og aldersfordelte orlovsandele. Læger, der opnår speciallægeanerkendelse skifter status fra "Læger uden speciale" til "Læger med speciale".

7.10. Diskretionering af data

Alle data er diskretioneret i henhold til datafortrolighedspolitik fra Danmarks Statistik ved værdierne 1 eller 2. Dette gælder både enkelte personer og virksomheder. Det gælder endvidere, at man ikke kan ud fra summen må kunne regnes sig frem til, hvad der skal stå i en diskretioneret celle, og derfor er der nogle summer som ikke anføres.

8. Bilag

- Bilag 1:** Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen 2018-2040
- Bilag 2:** Udvikling i gennemsnitlig antal år fra autorisation til 1. speciallægeanerkendelse 2001-2017
- Bilag 3:** Specialegrupperinger
- Bilag 4:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – hovedscenariet
- Bilag 5:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 2 – status quo, besatte forløb som i perioden 2015-2017
- Bilag 6:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 3 – fuld dimensionering
- Bilag 7:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 4 – flere forløb end dimensionering
- Bilag 8:** Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 5 – færre forløb end dimensionering
- Bilag 9:** Udvikling i antal læger og speciallæger i scenarie 1 – ændret pension
- Bilag 10:** Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 2 – status quo
- Bilag 11:** Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 3 – fuld dimensioneringsplan
- Bilag 12:** Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 4 – flere forløb end dimensioneringen
- Bilag 13:** Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 5 – færre forløb end dimensioneringen
- Bilag 14:** Sammenligning af scenarier for specialefremskrivningerne
- Bilag 15:** Estimer for akutmedicin

Bilag 1: Uddannelses- og Forskningsministeriets fremskrivning af kandidatproduktionen 2018-2040

Grundscenarie	aar2018	aar2019	aar2020	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040
Tilgang bachelor	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661	1661
Fuldførte kandidater	1179	1218	1226	1227	1302	1352	1359	1359	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360	1360
Scenarie +100 i tilgang fra 2019	aar2018	aar2019	aar2020	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040
Tilgang bachelor	1661	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761	1761
Fuldførte kandidater	1179	1218	1226	1227	1302	1352	1363	1406	1438	1442	1442	1442	1443	1443	1443	1443	1443	1443	1443	1443	1443	1443	1443
Scenarie +200 i tilgang fra 2019	aar2018	aar2019	aar2020	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040
Tilgang bachelor	1661	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861	1861
Fuldførte kandidater	1179	1218	1226	1227	1302	1352	1367	1452	1516	1524	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525	1525
Scenarie -100 i tilgang fra 2019	aar2018	aar2019	aar2020	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040
Tilgang bachelor	1661	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561	1561
Fuldførte kandidater	1179	1218	1226	1227	1302	1352	1354	1313	1281	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277	1277
Scenarie -200 i tilgang fra 2019	aar2018	aar2019	aar2020	aar2021	aar2022	aar2023	aar2024	aar2025	aar2026	aar2027	aar2028	aar2029	aar2030	aar2031	aar2032	aar2033	aar2034	aar2035	aar2036	aar2037	aar2038	aar2039	aar2040
Tilgang bachelor	1661	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461	1461
Fuldførte kandidater	1179	1218	1226	1227	1302	1352	1350	1267	1204	1196	1195	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194	1194
Antagelserne:	Det er antaget, at den nye dimensionering på kandidatuddannelsen bliver fyldt op fra 2019 og frem.																						
	Scenariet med øget dimensionering på 100 er antaget, at det er en øgning af dimensioneringen på bacheloruddannelsen med 100. Dimensioneringen på kandidatuddannelsen øges så med 85. Dimensioneringen på kandidatdelen antages først at begynde i 2022.																						
	Tilsvarende antagelser er lavet for de andre scenarier																						

Bilag 2: Udvikling i gennemsnitlig antal år fra autorisation til 1. speciallægeanerkendelse 2001-2017

Speciale	Gennemsnitlig antal år fra autorisation til 1. speciallægeanerkendelse																	
	Specialeår																	
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Almen medicin	10,7	9,3	9,1	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	
Anæstesiologi	12,2	11,4	11,4	10,6	11,2	9,9	9,9	11	10,5	9,8	9,8	10	10,2	10,1	10	10,5	10,3	
Arbejdsmedicin	16	24	15,4	12,5	13	12	20	24	16	23	17,8	14	33	11,7	10,7	7	13,5	
Børne- og ungdomspsykiatri	17	9	13,7	12,4	13,1	12,3	15,7	12,9	12,1	11,8	15	13,8	10,7	11	11,7	9,9	10,6	
Dermato-venerologi	11,8	12	11,6	12,5	13	14	10,7	10	10,9	12,5	10,3	10,8	11,8	11,6	11,3	11,4	11,9	
Gynækologi og obstetrik	13	14,9	13	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	
Intern medicin	13,5	13,2	14,1	14,8	14,8	17,4	13,7	15	25	20	.	25	
Intern medicin: endokrinologi	12,7	13,4	15,3	13,6	16,6	14,8	14,8	15,3	15,4	13,6	11,7	15,3	14,5	14,2	11,2	16	12,3	
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15	12,6	16,7	15	14,4	18	12	14	15,4	11,7	13,6	11,3	11,6	12,1	11,3	11	12,7	
Intern medicin: geriatri	24	16	.	.	14	19,5	14,3	12,7	17	8	10,5	9,5	17	12	15,7	9,3	9,2	
Intern medicin: hæmatologi	15	17	14,8	15,5	13,5	13,8	12	15,6	14,8	11,8	11,7	11,6	11,3	10,8	10,8	11,4	13,8	
Intern medicin: infektionsmedicin	13	14	15,7	15	16	20	16,2	15,8	18,3	14	14,5	14,5	14	12,9	14,3	11,3	13,8	
Intern medicin: kardiologi	13,9	13,8	14,7	14,4	13,8	14,5	13,9	15	13,8	12,6	14	12,9	13,8	13,1	11,6	12,4	12,5	
Intern medicin: lungesygdomme	13	15	14,5	15,3	14	12,7	15,5	13	11	11,3	12	14	12,3	10,7	11,1	10,8	11,1	
Intern medicin: nefrologi	13,5	12,5	.	17	14	15,7	15	14,5	12,3	10,8	11,7	11,3	9,8	8,8	12,1	11,1	11,9	
Intern medicin: reumatologi	12	16,3	15,8	14,3	17,5	17	16,5	15,2	17	14,9	14,4	11	12	10	12,4	11,1	10,5	
Karkirurgi	12,5	12,5	14,8	12,8	16	13	15	11	14	10,1	9	9,3	9,5	10,7	8,3	18	11,5	
Kirurgi	13,9	13,9	14,1	13,9	15	15,3	15,6	14,6	14,3	12,4	11,8	11,8	10,5	10,6	9,7	10,3	11	
Klinisk biokemi	11	12,7	18	14,7	12,8	14,5	19	11	13	.	11	14	9,5	11	11,5	11	12,5	
Klinisk farmakologi	10	11,2	11,7	11	11,7	12,3	10	14,5	9,5	.	11,5	10,7	10	17	14,6	10,4	11	
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	12	12	14,2	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	
Klinisk genetik	10,5	.	.	12	15	12	8	.	19	14	12,5	11	13	9,6	11	13,8	11,2	
Klinisk immunologi	14	15	15	12,7	12	10,7	16	15,5	18	9	9,3	12,5	12,3	11,5	12	11	11	
Klinisk mikrobiologi	15,6	.	16,2	12,5	13,8	16	13,7	12,7	9,3	13	12	11,3	10,3	12	.	12,2	10,8	
Klinisk onkologi	12,6	13,8	13,1	14,3	14,3	11,5	11,5	16	10,3	11,9	12,9	11,6	16,3	11,6	11,2	12,7	12,6	
Neurokirurgi	12,5	14	11,7	10	14	10,5	13,3	13	10,2	10,5	9,6	12,8	9	11,7	9	8,8	12,3	
Neurologi	14,1	12,9	12,3	12,4	15,1	11,8	12	10	11,1	14,3	12,8	10,5	8,4	11,7	10,2	11,1	10,3	
Oftalmologi	9,3	8,9	11,7	11	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	
Ortopædisk kirurgi	13,2	13	13,2	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	
Oto-rhino-laryngologi	10,8	10,9	11,4	10,2	10,1	11,5	10,7	11,3	10,3	9,9	10,9	10,2	9,9	10,1	10,7	9,9	10,8	
Patologisk anatomi og cytologi	13	13,4	13,6	10,7	11,8	11,7	11,6	9,1	9,9	9	11,8	10,5	13,7	10,1	11,2	10,8	10,9	
Plastikkirurgi	.	14,3	16	13,6	15,2	15	13	13,3	11,3	13,7	12,6	12,9	11,5	14	11,8	12	11,6	
Psykiatri	15,7	15	13,6	15,2	12,2	17,7	13,5	12,7	14,7	16,1	12,4	15,2	9,4	13,3	11	11	11,4	
Pædiatri	12,6	13,9	13,9	12,9	12,4	13,1	12,6	14,9	11,8	12,8	13	12,2	13	12,8	11,4	12,3	12,4	
Radiologi	13,1	11,7	13,3	11,8	12,1	10,8	12,6	11,8	10,3	10,7	9,4	9,7	9,7	10,2	10,1	11,2	10,1	
Retsmedicin	8	15	10,3	7	11,7	11	9,5	12
Samfundsmedicin	16,8	14,5	15,8	11,5	16,3	20,4	17,7	13,8	17,5	19,5	15,8	10,6	12,2	10	12,3	11,8	16	
Thoraxkirurgi	15	14,5	15	13,2	14,3	13	13,2	11	.	11,5	9,8	9	9,5	9,3	11,3	11	9,5	
Urologi	.	15	16	16,3	18	15,1	16	11,7	13,2	13,3	10,8	13,7	10,1	11,2	11,2	9,5	9,7	
Gennemsnitlig gennemførelsestid	12,7	12	12,5	11,7	11,7	11,5	11,5	12	11,1	11	10,9	10,9	10,4	10,6	10,4	10,5	10,6	

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: 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:

- Klinisk biokemi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Klinisk immunologi
- Klinisk mikrobiologi
- Patologisk anatomi og cytologi
- Diagnostisk radiologi
- Klinisk farmakologi
- Klinisk genetik
- Anæstesilogi

Øvrige specialer:

- Dermato-venerologi
- Neurologi
- Klinisk onkologi
- Pædiatri
- Arbejdsmedicin
- Samfundsmedicin
- Retsmedicin

Bilag 4: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – hovedscenariet

	Dim. Plan 2018	Dim. Plan 2019	Dim. Plan 2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017X	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
speciale																			
Almen medicin	259	294	300	216	220	233	239	199	205	217	211	241	263	267	287	300	300	300	300
Akut medicin															31	31	31	31	31
Anæstesi	54	54	54	56	53	54	55	60	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
Arbejdsmedicin	9	9	9	3	4	1	3	6	6	7	7	8	8	9	9	9	9	9	9
Børne- og ungdomspsykiatri	24	24	24	18	15	23	20	20	20	17	19	22	23	23	24	24	24	24	24
Dermato-venereologi	12	12	12	12	12	11	11	11	10	11	11	11	12	12	12	12	12	12	12
Gynækologi og obstetrik	30	30	30	27	28	31	26	32	31	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Intern Medicin: endokrinologi	17	17	18	13	21	14	18	21	12	19	16	16	17	17	18	18	18	18	18
Intern medicin: gastroenterologi	15	15	15	8	15	13	16	16	10	24	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: geriatri	17	17	17	14	16	17	19	20	22	15	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	12	12	11	12	10	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	8	9	10	10	9	7	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: kardiologi	27	27	27	25	24	25	26	31	28	25	27	27	27	27	27	27	27	27	27
Intern medicin: lungesygdomme	17	17	17	13	17	18	18	16	12	12	12	15	16	16	17	17	17	17	17
Intern medicin: nefrologi	10	10	10	12	11	8	10	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	17	25	19	18	22	10	19	15	19	20	21	21	22	22	22	22
Karkirurgi	6	6	6	4	6	6	5	5	6	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
Kirurgi	26	26	26	33	35	28	22	28	28	28	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Klinisk biokemi	7	7	7	3	4	7	6	7	5	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	3	4	5	5	7	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	7	7	6	13	9	4	10	7	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	5,5	4	6	7	3	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6
Klinisk immunologi	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	3	3	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	5	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	28	28	29	33	23	13	23	18	24	26	26	27	28	28	28	28
Neurokirurgi	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	27	27	27	25	27	29	28	23	22	23	25	26	26	27	27	27	27	27
Oftalmologi	20	20	20	18	20	21	20	20	22	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ortopædisk kirurgi	38	38	38	40	39	39	38	40	38	39	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Oto-, rhino-, laryngologi	20	20	20	22	24	20	21	20	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	16	14	16	14	16	16	13	13	13	15	15	15	16	16	16	16	16
Plastikkirurgi	10	10	10	6	6	8	7	7	7	10	9	9	10	10	10	10	10	10	10
Psykatri	54	54	54	41	49	46	47	49	34	38	36	47	50	51	53	54	54	54	54
Pædiatri	28	28	28	25	28	29	29	29	29	26	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	39	39	33	34	39	36	26	33	37	35	38	38	38	39	39	39	39	39
Retsmedicin	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Samfundsmedicin	11	11	11	9	8	0	10	12	14	13	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Thoraxkirurgi	3	3	3	2	3	6	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	13	14	15	13	18	13	11	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13
I alt	913,5	948,5	955,5	803	857	852	875	845	777	833	792	868	901	908	967	986,5	986,5	986,5	986,5

Bilag 5: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 2 – status quo, besatte forløb som i perioden 2015-2017

speciale	Dim. Plan 2018	Dim. Plan 2019	Dim. Plan 2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Almen medicin	259	294	300	216	220	233	239	199	205	217	207	207	207	207	207	207	207	207
Akut medicin														31	31	31	31	31
Anæstesi	54	54	54	56	53	54	55	60	58	54	57	57	57	57	57	57	57	57
Arbejdsmedicin	9	9	9	3	4	1	3	6	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6
Børne- og ungdomspsykiatri	24	24	24	18	15	23	20	20	20	17	19	19	19	19	19	19	19	19
Dermato-venereologi	12	12	12	12	12	11	11	11	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Gynækologi og obstetrik	30	30	30	27	28	31	26	32	31	30	31	31	31	31	31	31	31	31
Intern Medicin: endokrinologi	17	17	18	13	21	14	18	21	12	19	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: gastroenterologi	15	15	15	8	15	13	16	16	10	24	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: geriatri	17	17	17	14	16	17	19	20	22	15	19	19	19	19	19	19	19	19
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	12	12	11	12	10	12	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	8	9	10	10	9	7	9	8	8	8	8	8	8	8	8
Intern medicin: kardiologi	27	27	27	25	24	25	26	31	28	25	28	28	28	28	28	28	28	28
Intern medicin: lungesygdomme	17	17	17	13	17	18	18	16	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13
Intern medicin: nefrologi	10	10	10	12	11	8	10	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	17	25	19	18	22	10	19	17	17	17	17	17	17	17	17
Karkirurgi	6	6	6	4	6	6	5	5	6	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Kirurgi	26	26	26	33	35	28	22	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Klinisk biokemi	7	7	7	3	4	7	6	7	5	8	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	3	4	5	5	7	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	7	7	6	13	9	4	10	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	5,5	4	6	7	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk immunologi	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	5	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	28	28	29	33	23	13	23	20	20	20	20	20	20	20	20
Neurokirurgi	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	27	27	27	25	27	29	28	23	22	24	24	24	24	24	24	24	24
Oftalmologi	20	20	20	18	20	21	20	20	22	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Ortopædisk kirurgi	38	38	38	40	39	39	38	40	38	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Oto-,rhino-,laryngologi	20	20	20	22	24	20	21	20	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	16	14	16	14	16	16	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14
Plastikkirurgi	10	10	10	6	6	8	7	7	7	10	8	8	8	8	8	8	8	8
Psykatri	54	54	54	41	49	46	47	49	34	38	40	40	40	40	40	40	40	40
Pædiatri	28	28	28	25	28	29	29	29	29	26	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	39	39	33	34	39	36	26	33	37	32	32	32	32	32	32	32	32
Retsmedicin	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Samfundsmedicin	11	11	11	9	8	0	10	12	14	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Thoraxkirurgi	3	3	3	2	3	6	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	13	14	15	13	18	13	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12
I alt	913,5	948,5	955,5	803	857	852	875	845	777	833	818	818	818	849	849	849	849	849

Bilag 6: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 3 – fuld dimensionering

speciale	Dim. Plan 2018	Dim. Plan 2019	Dim. Plan 2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Almen medicin	259	294	300	216	220	233	239	199	205	217	259	294	300	300	300	300	300	300
Akut medicin														31	31	31	31	31
Anæstesi	54	54	54	56	53	54	55	60	58	54	54	54	54	54	54	54	54	54
Arbejdsmedicin	9	9	9	3	4	1	3	6	6	7	9	9	9	9	9	9	9	9
Børne- og ungdomspsykiatri	24	24	24	18	15	23	20	20	20	17	24	24	24	24	24	24	24	24
Dermato-venerologi	12	12	12	12	12	11	11	11	10	11	12	12	12	12	12	12	12	12
Gynækologi og obstetrik	30	30	30	27	28	31	26	32	31	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Intern Medicin: endokrinologi	17	17	18	13	21	14	18	21	12	19	17	17	18	18	18	18	18	18
Intern medicin: gastroenterologi	15	15	15	8	15	13	16	16	10	24	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: geriatri	17	17	17	14	16	17	19	20	22	15	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	12	12	11	12	10	12	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	8	9	10	10	9	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: kardiologi	27	27	27	25	24	25	26	31	28	25	27	27	27	27	27	27	27	27
Intern medicin: lungesygdomme	17	17	17	13	17	18	18	16	12	12	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: nefrologi	10	10	10	12	11	8	10	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	17	25	19	18	22	10	19	22	22	22	22	22	22	22	22
Karkirurgi	6	6	6	4	6	6	5	5	6	4	6	6	6	6	6	6	6	6
Kirurgi	26	26	26	33	35	28	22	28	28	28	26	26	26	26	26	26	26	26
Klinisk biokemi	7	7	7	3	4	7	6	7	5	8	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	3	4	5	5	7	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	7	7	6	13	9	4	10	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk genetik	5,5	5,5	5,5	4	6	7	3	4	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk immunologi	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	5	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk onkologi	28	28	28	28	28	29	33	23	13	23	28	28	28	28	28	28	28	28
Neurokirurgi	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	27	27	27	25	27	29	28	23	22	27	27	27	27	27	27	27	27
Oftalmologi	20	20	20	18	20	21	20	20	22	21	20	20	20	20	20	20	20	20
Ortopædisk kirurgi	38	38	38	40	39	39	38	40	38	39	38	38	38	38	38	38	38	38
Oto-,rhino-,laryngologi	20	20	20	22	24	20	21	20	19	21	20	20	20	20	20	20	20	20
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	16	14	16	14	16	16	13	13	16	16	16	16	16	16	16	16
Plastikkirurgi	10	10	10	6	6	8	7	7	7	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Psykiatri	54	54	54	41	49	46	47	49	34	38	54	54	54	54	54	54	54	54
Pædiatri	28	28	28	25	28	29	29	29	29	26	28	28	28	28	28	28	28	28
Radiologi	39	39	39	33	34	39	36	26	33	37	39	39	39	39	39	39	39	39
Retsmedicin	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Samfundsmedicin	11	11	11	9	8	0	10	12	14	13	11	11	11	11	11	11	11	11
Thoraxkirurgi	3	3	3	2	3	6	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	13	14	15	13	18	13	11	12	13	13	13	13	13	13	13	13
I alt	913,5	948,5	955,5	803	857	852	875	845	777	833	913,5	948,5	955,5	986,5	986,5	986,5	986,5	986,5

Bilag 7: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 4 – flere forløb end dimensionering

speciale	Dim. Plan 2018	Dim. Plan 2019	Dim. Plan 2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Almen medicin	259	294	300	216	220	233	239	199	205	217	285	323	330	330	330	330	330	330
Akut medicin														34	34	34	34	34
Anæstesi	54	54	54	56	53	54	55	60	58	54	59	59	59	59	59	59	59	59
Arbejdsmedicin	9	9	9	3	4	1	3	6	6	7	10	10	10	10	10	10	10	10
Børne- og ungdomspsykiatri	24	24	24	18	15	23	20	20	20	17	26	26	26	26	26	26	26	26
Dermato-venerologi	12	12	12	12	12	11	11	11	10	11	13	13	13	13	13	13	13	13
Gynækologi og obstetrik	30	30	30	27	28	31	26	32	31	30	33	33	33	33	33	33	33	33
Intern Medicin: endokrinologi	17	17	18	13	21	14	18	21	12	19	19	19	20	20	20	20	20	20
Intern medicin: gastroenterologi	15	15	15	8	15	13	16	16	10	24	17	17	17	17	17	17	17	17
Intern medicin: geriatri	17	17	17	14	16	17	19	20	22	15	19	19	19	19	19	19	19	19
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	12	12	11	12	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	8	9	10	10	9	7	9	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: kardiologi	27	27	27	25	24	25	26	31	28	25	30	30	30	30	30	30	30	30
Intern medicin: lungesygdomme	17	17	17	13	17	18	18	16	12	12	19	19	19	19	19	19	19	19
Intern medicin: nefrologi	10	10	10	12	11	8	10	11	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	17	25	19	18	22	10	19	24	24	24	24	24	24	24	24
Karkirurgi	6	6	6	4	6	6	5	5	6	4	7	7	7	7	7	7	7	7
Kirurgi	26	26	26	33	35	28	22	28	28	28	29	29	29	29	29	29	29	29
Klinisk biokemi	7	7	7	3	4	7	6	7	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	3	4	5	5	7	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	7	7	6	13	9	4	10	9	9	9	9	9	9	9	9
Klinisk genetik	5,5	5,5	5,5	4	6	7	3	4	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk immunologi	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	5	7	6	7	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk onkologi	28	28	28	28	28	29	33	23	13	23	31	31	31	31	31	31	31	31
Neurokirurgi	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	27	27	27	25	27	29	28	23	22	30	30	30	30	30	30	30	30
Oftalmologi	20	20	20	18	20	21	20	20	22	21	22	22	22	22	22	22	22	22
Ortopædisk kirurgi	38	38	38	40	39	39	38	40	38	39	42	42	42	42	42	42	42	42
Oto-,rhino-,laryngologi	20	20	20	22	24	20	21	20	19	21	22	22	22	22	22	22	22	22
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	16	14	16	14	16	16	13	13	18	18	18	18	18	18	18	18
Plastikkirurgi	10	10	10	6	6	8	7	7	7	10	11	11	11	11	11	11	11	11
Psykiatri	54	54	54	41	49	46	47	49	34	38	59	59	59	59	59	59	59	59
Pædiatri	28	28	28	25	28	29	29	29	29	26	31	31	31	31	31	31	31	31
Radiologi	39	39	39	33	34	39	36	26	33	37	43	43	43	43	43	43	43	43
Retsmedicin	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Samfundsmedicin	11	11	11	9	8	0	10	12	14	13	12	12	12	12	12	12	12	12
Thoraxkirurgi	3	3	3	2	3	6	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	13	14	15	13	18	13	11	12	14	14	14	14	14	14	14	14
I alt	913,5	948,5	955,5	803	857	852	875	845	777	833	1.005	1.043	1.051	1.085	1.085	1.085	1.085	1.085

Bilag 8: Fordeling af hoveduddannelsesforløb – scenarie 5 – færre forløb end dimensionering

speciale	Dim. Plan 2018	Dim. Plan 2019	Dim. Plan 2020	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Almen medicin	259	294	300	216	220	233	239	199	205	217	233	265	270	270	270	270	270	270
Akut medicin														28	28	28	28	28
Anæstesi	54	54	54	56	53	54	55	60	58	54	49	49	49	49	49	49	49	49
Arbejdsmedicin	9	9	9	3	4	1	3	6	6	7	8	8	8	8	8	8	8	8
Børne- og ungdomspsykiatri	24	24	24	18	15	23	20	20	20	17	22	22	22	22	22	22	22	22
Dermato-venerologi	12	12	12	12	12	11	11	11	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Gynækologi og obstetrik	30	30	30	27	28	31	26	32	31	30	27	27	27	27	27	27	27	27
Intern Medicin: endokrinologi	17	17	18	13	21	14	18	21	12	19	15	15	16	16	16	16	16	16
Intern medicin: gastroenterologi	15	15	15	8	15	13	16	16	10	24	14	14	14	14	14	14	14	14
Intern medicin: geriatri	17	17	17	14	16	17	19	20	22	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: hæmatologi	11	11	11	12	12	12	11	12	10	12	10	10	10	10	10	10	10	10
Intern medicin: infektionsmedicin	9	9	9	8	9	10	10	9	7	9	8	8	8	8	8	8	8	8
Intern medicin: kardiologi	27	27	27	25	24	25	26	31	28	25	24	24	24	24	24	24	24	24
Intern medicin: lungesygdomme	17	17	17	13	17	18	18	16	12	12	15	15	15	15	15	15	15	15
Intern medicin: nefrologi	10	10	10	12	11	8	10	11	10	10	9	9	9	9	9	9	9	9
Intern medicin: reumatologi	22	22	22	17	25	19	18	22	10	19	20	20	20	20	20	20	20	20
Karkirurgi	6	6	6	4	6	6	5	5	6	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Kirurgi	26	26	26	33	35	28	22	28	28	28	23	23	23	23	23	23	23	23
Klinisk biokemi	7	7	7	3	4	7	6	7	5	8	6	6	6	6	6	6	6	6
Klinisk farmakologi	5	5	5	5	5	3	4	5	5	7	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8	8	8	7	7	6	13	9	4	10	7	7	7	7	7	7	7	7
Klinisk genetik	5,5	5,5	5,5	4	6	7	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk immunologi	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4
Klinisk mikrobiologi	6	6	6	5	7	6	7	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5
Klinisk onkologi	28	28	28	28	28	29	33	23	13	23	25	25	25	25	25	25	25	25
Neurokirurgi	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Neurologi	27	27	27	27	25	27	29	28	23	22	24	24	24	24	24	24	24	24
Oftalmologi	20	20	20	18	20	21	20	20	22	21	18	18	18	18	18	18	18	18
Ortopædisk kirurgi	38	38	38	40	39	39	38	40	38	39	34	34	34	34	34	34	34	34
Oto-,rhino-,laryngologi	20	20	20	22	24	20	21	20	19	21	18	18	18	18	18	18	18	18
Patologisk anatomi og cytologi	16	16	16	14	16	14	16	16	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14
Plastikkirurgi	10	10	10	6	6	8	7	7	7	10	9	9	9	9	9	9	9	9
Psykatri	54	54	54	41	49	46	47	49	34	38	49	49	49	49	49	49	49	49
Pædiatri	28	28	28	25	28	29	29	29	29	26	25	25	25	25	25	25	25	25
Radiologi	39	39	39	33	34	39	36	26	33	37	35	35	35	35	35	35	35	35
Retsmedicin	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Samfundsmedicin	11	11	11	9	8	0	10	12	14	13	10	10	10	10	10	10	10	10
Thoraxkirurgi	3	3	3	2	3	6	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Urologi	13	13	13	14	15	13	18	13	11	12	12	12	12	12	12	12	12	12
I alt	913,5	948,5	955,5	803	857	852	875	845	777	833	822	854	860	888	888	888	888	888

Bilag 9: Udvikling i antal læger og speciallæger i scenarie 1 – ændret pension

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	5.023	5.122	5.509	6.115	6.897	7.668	53 %
Anæstesiologi	1.238	1.308	1.415	1.440	1.490	1.569	27 %
Arbejdsmedicin	91	97	113	132	158	188	106 %
Børne- og ungdomspsykiatri	259	291	372	454	530	590	128 %
Dermato-venerologi	208	215	243	275	307	329	59 %
Gynækologi og obstetrik	633	665	715	745	779	821	30 %
Intern medicin	139	128	94	59	32	16	-89 %
Intern medicin: endokrinologi	274	300	343	384	407	443	62 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	234	254	291	327	355	387	65 %
Intern medicin: geriatri	145	179	247	304	356	405	179 %
Intern medicin: hæmatologi	163	178	211	240	266	291	78 %
Intern medicin: infektionsmedicin	124	138	163	185	208	227	83 %
Intern medicin: kardiologi	493	531	599	651	683	714	45 %
Intern medicin: lungesygdomme	204	231	275	323	363	407	99 %
Intern medicin: nefrologi	156	170	201	225	243	264	70 %
Intern medicin: reumatologi	282	302	344	399	451	507	80 %
Karkirurgi	101	105	121	131	147	161	60 %
Kirurgi	642	657	695	701	723	749	17 %
Klinisk biokemi	93	100	116	134	153	173	87 %
Klinisk farmakologi	51	59	79	98	113	126	149 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	132	141	170	192	208	228	73 %
Klinisk genetik	55	61	80	105	126	148	168 %
Klinisk immunologi	57	62	72	82	87	99	74 %
Klinisk mikrobiologi	111	119	133	140	145	157	42 %
Klinisk onkologi	283	331	417	516	605	680	140 %
Neurokirurgi	102	105	105	102	100	101	-1 %
Neurologi	438	471	547	617	677	720	64 %
Oftalmologi	403	424	466	508	552	587	46 %
Ortopædisk kirurgi	876	916	980	988	1.017	1.087	24 %
Oto-rhino-laryngologi	422	437	476	518	563	597	41 %
Patologisk anatomi og cytologi	251	266	303	343	388	431	72 %
Plastikkirurgi	138	147	175	201	223	246	78 %
Psykiatri	969	986	1.025	1.094	1.204	1.341	38 %
Pædiatri	509	546	619	677	723	761	50 %
Radiologi	676	702	792	872	945	1.028	52 %

Retsmedicin	28	30	40	53	64	74	168 %
Samfundsmedicin	158	171	199	214	237	265	68 %
Thoraxkirurgi	99	101	98	90	85	87	-12 %
Urologi	229	248	278	298	319	342	49 %
Speciallæger i alt	16.487	17.294	19.121	20.931	22.928	25.014	52 %
Læger uden speciale	9.184	9.688	11.173	12.517	13.889	15.344	67 %
Læger i alt	25.671	26.983	30.294	33.448	36.818	40.358	57 %
Orlov	1.073	1.154	1.348	1.483	1.573	1.632	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.744	28.137	31.642	34.931	38.390	41.990	57 %

Bilag 10: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 2 – status quo

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	4.908	4.953	5.067	5.255	5.580	5.883	20 %
Anæstesiologi	1.219	1.275	1.362	1.401	1.469	1.559	28 %
Arbejdsmedicin	88	92	96	102	115	130	48 %
Børne- og ungdomspsykiatri	256	286	347	401	446	479	87 %
Dermato-venereologi	203	209	233	259	283	300	48 %
Gynækologi og obstetrik	621	645	687	721	761	802	29 %
Intern medicin	135	121	84	51	27	13	-90 %
Intern medicin: endokrinologi	269	293	332	364	386	416	54 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	230	246	287	330	367	405	77 %
Intern medicin: geriatri	143	176	247	312	372	425	197 %
Intern medicin: hæmatologi	161	174	204	232	257	280	74 %
Intern medicin: infektionsmedicin	122	135	155	172	188	200	65 %
Intern medicin: kardiologi	485	519	580	628	662	692	43 %
Intern medicin: lungesygdomme	201	226	258	284	306	329	63 %
Intern medicin: nefrologi	154	166	194	216	234	254	65 %
Intern medicin: reumatologi	275	293	323	353	383	415	51 %
Karkirurgi	99	103	113	119	128	136	38 %
Kirurgi	629	638	669	686	717	749	19 %
Klinisk biokemi	90	96	111	129	147	165	83 %
Klinisk farmakologi	50	58	81	104	123	140	180 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	131	139	166	187	203	221	69 %
Klinisk genetik	54	60	75	88	99	109	102 %
Klinisk immunologi	56	61	67	71	74	80	43 %
Klinisk mikrobiologi	109	116	127	133	139	150	38 %
Klinisk onkologi	280	326	392	450	497	529	89 %
Neurokirurgi	101	102	100	98	96	96	-5 %
Neurologi	432	462	523	573	613	640	48 %
Oftalmologi	395	413	454	501	547	584	48 %
Ortopædisk kirurgi	861	890	938	952	995	1.066	24 %
Oto-rhino-laryngologi	414	426	462	502	541	570	38 %
Patologisk anatomi og cytologi	246	259	289	320	354	384	56 %
Plastikkirurgi	135	142	163	178	190	202	49 %

Psykiatri	943	946	934	942	992	1.059	12 %
Pædiatri	501	534	598	652	697	734	46 %
Radiologi	664	684	738	778	818	869	31 %
Retsmedicin	27	29	37	43	49	53	96 %
Samfundsmedicin	154	166	196	221	255	291	89 %
Thoraxkirurgi	98	99	93	86	83	85	-13 %
Urologi	225	242	264	278	295	310	38 %
Speciallæger i alt	16.163	16.799	18.045	19.174	20.491	21.805	35 %
Læger uden speciale	9.161	9.651	11.441	13.446	15.510	17.642	93 %
Læger i alt	25.324	26.450	29.486	32.620	36.001	39.447	56 %
Orlov	1.070	1.150	1.342	1.476	1.565	1.623	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.394	27.600	30.827	34.096	37.567	41.070	56 %

**Bilag 11: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 3
– fuld dimensioneringsplan**

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	4.910	4.953	5.371	6.002	6.774	7.508	53 %
Anæstesiologi	1.218	1.275	1.351	1.374	1.430	1.505	24 %
Arbejdsmedicin	88	92	107	128	156	186	111 %
Børne- og ungdomspsykiatri	256	286	366	443	514	572	123 %
Dermato-venereologi	203	210	237	268	298	319	58 %
Gynækologi og obstetrik	621	645	684	712	747	786	27 %
Intern medicin	135	121	84	51	27	13	-90 %
Intern medicin: endokrinologi	269	293	332	368	392	426	58 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	229	246	281	314	342	371	62 %
Intern medicin: geriatri	143	176	241	296	346	393	174 %
Intern medicin: hæmatologi	160	174	204	233	260	283	77 %
Intern medicin: infektionsmedicin	122	135	158	180	201	219	80 %
Intern medicin: kardiologi	486	519	577	622	653	681	40 %
Intern medicin: lungesygdomme	201	226	269	314	354	393	95 %
Intern medicin: nefrologi	153	166	194	216	234	254	66 %
Intern medicin: reumatologi	275	293	337	391	444	501	82 %
Karkirurgi	99	103	116	127	142	155	57 %
Kirurgi	629	638	663	668	689	713	13 %
Klinisk biokemi	90	96	112	130	149	169	87 %
Klinisk farmakologi	50	58	78	96	111	124	150 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	130	139	165	187	203	221	69 %
Klinisk genetik	54	60	83	106	127	147	170 %
Klinisk immunologi	56	61	71	79	87	97	72 %
Klinisk mikrobiologi	109	116	127	134	141	152	40 %
Klinisk onkologi	280	325	414	509	592	662	137 %
Neurokirurgi	101	102	100	98	96	96	-5 %
Neurologi	432	462	535	602	658	701	62 %
Oftalmologi	396	413	451	493	534	565	43 %
Ortopædisk kirurgi	862	892	934	942	979	1.045	21 %
Oto-rhino-laryngologi	414	425	462	503	543	573	39 %
Patologisk anatomi og cytologi	245	258	296	338	380	420	71 %
Plastikkirurgi	136	143	169	193	215	236	74 %
Psykiatri	943	946	987	1.062	1.179	1.312	39 %
Pædiatri	501	534	597	652	696	734	46 %

Radiologi	664	683	764	839	914	998	50 %
Retsmedicin	27	29	40	52	62	71	162 %
Samfundsmedicin	154	166	189	204	230	257	67 %
Thoraxkirurgi	98	99	93	86	82	83	-16 %
Urologi	225	242	267	287	310	331	47 %
Speciallæger i alt	16.163	16.797	18.506	20.298	22.291	24.273	50 %
Læger uden speciale	9.161	9.653	10.979	12.322	13.711	15.174	66 %
Læger i alt	25.324	26.450	29.486	32.620	36.001	39.447	56 %
Orlov	1.070	1.150	1.342	1.476	1.565	1.623	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.394	27.600	30.827	34.096	37.567	41.070	56 %

UDKAST

**Bilag 12: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 4
– flere forløb end dimensioneringen**

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	4.910	4.952	5.383	6.157	7.073	7.958	62 %
Anæstesiologi	1.218	1.274	1.370	1.418	1.497	1.597	31 %
Arbejdsmedicin	88	92	111	136	168	203	130 %
Børne- og ungdomspsykiatri	256	287	374	462	543	611	138 %
Dermato-venerologi	203	209	241	276	310	335	65 %
Gynækologi og obstetrik	621	644	695	737	789	844	36 %
Intern medicin	135	121	84	51	27	13	-90 %
Intern medicin: endokrinologi	269	293	338	382	416	458	70 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	229	246	286	329	367	405	77 %
Intern medicin: geriatri	143	176	247	313	375	434	203 %
Intern medicin: hæmatologi	160	174	208	241	271	299	86 %
Intern medicin: infektionsmedicin	122	135	161	188	215	238	95 %
Intern medicin: kardiologi	485	518	584	643	687	733	51 %
Intern medicin: lungesygdomme	201	225	274	328	378	429	113 %
Intern medicin: nefrologi	153	167	197	223	246	271	76 %
Intern medicin: reumatologi	275	293	342	404	465	529	92 %
Karkirurgi	99	103	119	135	154	173	74 %
Kirurgi	629	637	670	689	722	758	21 %
Klinisk biokemi	90	96	115	139	163	186	107 %
Klinisk farmakologi	50	58	81	104	123	142	185 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	131	139	169	195	216	240	84 %
Klinisk genetik	54	60	83	106	127	147	172 %
Klinisk immunologi	56	61	71	80	88	98	75 %
Klinisk mikrobiologi	109	116	131	142	154	171	56 %
Klinisk onkologi	281	326	424	533	632	716	155 %
Neurokirurgi	101	102	100	97	96	96	-5 %
Neurologi	432	462	547	627	698	755	75 %
Oftalmologi	396	413	459	510	561	602	52 %
Ortopædisk kirurgi	862	892	951	977	1.033	1.117	30 %
Oto-rhino-laryngologi	413	425	468	519	570	609	47 %
Patologisk anatomi og cytologi	246	258	304	355	408	457	86 %
Plastikkirurgi	136	143	172	201	228	254	87 %
Psykiatri	943	947	1.008	1.109	1.250	1.409	49 %

Pædiatri	501	534	609	676	734	786	57 %
Radiologi	664	684	780	873	966	1.065	60 %
Retsmedicin	27	29	40	52	62	71	162 %
Samfundsmedicin	154	165	191	212	241	275	79 %
Thoraxkirurgi	98	99	93	86	83	84	-14 %
Urologi	225	242	271	295	322	348	55 %
Speciallæger i alt	16.165	16.798	18.749	21.003	23.461	25.916	60 %
Læger uden speciale	9.159	9.652	10.737	11.617	12.541	13.531	48 %
Læger i alt	25.324	26.450	29.486	32.620	36.001	39.447	56 %
Orlov	1.070	1.150	1.342	1.476	1.565	1.623	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.394	27.600	30.827	34.096	37.567	41.070	56 %

**Bilag 13: Udvikling i antal læger og specialelæger i scenarie 5
– færre forløb end dimensioneringen**

	2018	2020	2025	2030	2035	2040	Vækst
Almen medicin	4.910	4.954	5.265	5.754	6.383	6.981	42 %
Anæstesiologi	1.218	1.275	1.333	1.333	1.364	1.415	16 %
Arbejdsmedicin	88	92	104	120	143	168	91 %
Børne- og ungdomspsykiatri	256	286	359	428	490	538	110 %
Dermato-venerologi	203	209	234	260	284	300	48 %
Gynækologi og obstetrik	621	645	672	685	706	730	18 %
Intern medicin	135	121	84	51	27	13	-90 %
Intern medicin: endokrinologi	270	293	327	353	369	392	46 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	229	246	278	308	332	356	55 %
Intern medicin: geriatri	143	176	235	280	321	357	150 %
Intern medicin: hæmatologi	160	174	201	224	243	261	63 %
Intern medicin: infektionsmedicin	121	134	154	171	188	201	66 %
Intern medicin: kardiologi	485	519	568	598	615	627	29 %
Intern medicin: lungesygdomme	202	226	264	300	331	361	79 %
Intern medicin: nefrologi	154	167	191	208	222	236	53 %
Intern medicin: reumatologi	275	293	331	375	417	463	68 %
Karkirurgi	99	103	113	118	128	137	38 %
Kirurgi	629	638	654	647	654	663	5 %
Klinisk biokemi	90	96	107	121	135	149	65 %
Klinisk farmakologi	50	58	77	95	109	122	144 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	130	139	162	178	190	204	56 %
Klinisk genetik	54	60	78	96	111	126	132 %
Klinisk immunologi	56	61	71	79	87	97	73 %
Klinisk mikrobiologi	109	116	123	125	126	133	22 %
Klinisk onkologi	281	326	407	489	559	614	119 %
Neurokirurgi	101	102	100	98	96	95	-5 %
Neurologi	431	462	523	574	615	641	49 %
Oftalmologi	395	413	443	476	507	530	34 %
Ortopædisk kirurgi	862	892	919	908	926	972	13 %
Oto-rhino-laryngologi	413	425	453	484	513	534	29 %
Patologisk anatomi og cytologi	246	259	288	320	354	384	56 %
Plastikkirurgi	136	143	167	186	203	219	61 %

Psykiatri	943	947	969	1.021	1.113	1.222	30 %
Pædiatri	502	535	587	627	657	679	35 %
Radiologi	663	683	749	805	861	925	39 %
Retsmedicin	27	29	40	52	63	72	166 %
Samfundsmedicin	154	165	184	196	217	241	57 %
Thoraxkirurgi	98	99	92	86	82	83	-15 %
Urologi	225	241	264	277	293	308	37 %
Speciallæger i alt	16.163	16.799	18.171	19.505	21.033	22.550	40 %
Læger uden speciale	9.161	9.651	11.315	13.114	14.969	16.897	84 %
Læger i alt	25.324	26.450	29.486	32.620	36.001	39.447	56 %
Orlov	1.070	1.150	1.342	1.476	1.565	1.623	52 %
Læger i alt (inkl. orlov)	26.394	27.600	30.827	34.096	37.567	41.070	56 %

Bilag 14: Sammenligning af scenarier for specialefremskrivningerne

Almen Medicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	4.909	5.023	4.908	4.910	4.910	4.910
Antal i 2020	4.952	5.122	4.953	4.953	4.952	4.954
Antal i 2025	5.282	5.509	5.067	5.371	5.383	5.265
Antal i 2030	5.913	6.115	5.255	6.002	6.157	5.754
Antal i 2035	6.686	6.897	5.580	6.774	7.073	6.383
Antal i 2040	7.427	7.668	5.883	7.508	7.958	6.981
Vækst i antal, 2018-2040	2.518	2.645	975	2.598	3.048	2.071
Vækst i %, 2018-2040	51,3%	52,7%	19,9%	52,9%	62,1%	42,2%
Gns. vækst pr. år	1,9%	1,9%	0,8%	1,9%	2,2%	1,6%

Anæstesiologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	1.219	1.238	1.219	1.218	1.218	1.218
Antal i 2020	1.275	1.308	1.275	1.275	1.274	1.275
Antal i 2025	1.352	1.415	1.362	1.351	1.370	1.333
Antal i 2030	1.377	1.440	1.401	1.374	1.418	1.333
Antal i 2035	1.434	1.490	1.469	1.430	1.497	1.364
Antal i 2040	1.510	1.569	1.559	1.505	1.597	1.415
Vækst i antal, 2018-2040	292	331	340	287	379	197
Vækst i %, 2018-2040	23,9%	26,8%	27,9%	23,6%	31,1%	16,2%
Gns. vækst pr. år	1,0%	1,1%	1,1%	1,0%	1,2%	0,7%

Arbejdsmedicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	88	91	88	88	88	88
Antal i 2020	92	97	92	92	92	92
Antal i 2025	106	113	96	107	111	104
Antal i 2030	126	132	102	128	136	120
Antal i 2035	154	158	115	156	168	143
Antal i 2040	184	188	130	186	203	168
Vækst i antal, 2018-2040	96	97	42	98	115	80
Vækst i %, 2018-2040	109,4%	106,4%	47,7%	111,4%	130,5%	90,6%
Gns. vækst pr. år	3,4%	3,3%	1,8%	3,5%	3,9%	3,0%

Børne- og ungdomspsykiatri

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	256	259	256	256	256	256
Antal i 2020	286	291	286	286	287	286
Antal i 2025	363	372	347	366	374	359
Antal i 2030	442	454	401	443	462	428
Antal i 2035	512	530	446	514	543	490
Antal i 2040	570	590	479	572	611	538
Vækst i antal, 2018-2040	313	331	222	316	355	282
Vækst i %, 2018-2040	122,3%	127,7%	86,8%	123,3%	138,3%	110,1%
Gns. vækst pr. år	3,7%	3,8%	2,9%	3,7%	4,0%	3,4%

Dermato-venerologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	203	208	203	203	203	203
Antal i 2020	209	215	209	210	209	209
Antal i 2025	236	243	233	237	241	234
Antal i 2030	267	275	259	268	276	260
Antal i 2035	296	307	283	298	310	284
Antal i 2040	317	329	300	319	335	300
Vækst i antal, 2018-2040	114	122	97	117	132	97
Vækst i %, 2018-2040	56,2%	58,6%	47,7%	57,6%	65,1%	47,8%
Gns. vækst pr. år	2,0%	2,1%	1,8%	2,1%	2,3%	1,8%

Gynækologi og obstetrik

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	621	633	621	621	621	621
Antal i 2020	645	665	645	645	644	645
Antal i 2025	684	715	687	684	695	672
Antal i 2030	712	745	721	712	737	685
Antal i 2035	748	779	761	747	789	706
Antal i 2040	787	821	802	786	844	730
Vækst i antal, 2018-2040	165	188	181	165	223	109
Vækst i %, 2018-2040	26,6%	29,6%	29,2%	26,5%	35,9%	17,6%
Gns. vækst pr. år	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%	1,4%	0,7%

Intern medicin: endokrinologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	269	274	269	269	269	270
Antal i 2020	293	300	293	293	293	293
Antal i 2025	330	343	332	332	338	327
Antal i 2030	366	384	364	368	382	353
Antal i 2035	390	407	386	392	416	369
Antal i 2040	424	443	416	426	458	392
Vækst i antal, 2018-2040	154	169	146	157	189	123
Vækst i %, 2018-2040	57,4%	61,7%	54,4%	58,3%	70,0%	45,6%
Gns. vækst pr. år	2,1%	2,2%	2,0%	2,1%	2,4%	1,7%

Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	229	234	230	229	229	229
Antal i 2020	246	254	246	246	246	246
Antal i 2025	281	291	287	281	286	278
Antal i 2030	314	327	330	314	329	308
Antal i 2035	343	355	367	342	367	332
Antal i 2040	372	387	405	371	405	356
Vækst i antal, 2018-2040	142	153	176	142	176	127
Vækst i %, 2018-2040	61,9%	65,1%	76,5%	61,7%	76,6%	55,4%
Gns. vækst pr. år	2,2%	2,3%	2,6%	2,2%	2,6%	2,0%

Intern medicin: geriatri

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	143	145	143	143	143	143
Antal i 2020	176	179	176	176	176	176
Antal i 2025	240	247	247	241	247	235
Antal i 2030	295	304	312	296	313	280
Antal i 2035	346	356	372	346	375	321
Antal i 2040	392	405	425	393	434	357
Vækst i antal, 2018-2040	249	260	282	250	291	214
Vækst i %, 2018-2040	174,0%	179,4%	197,0%	174,2%	203,2%	149,6%
Gns. vækst pr. år	4,7%	4,8%	5,1%	4,7%	5,2%	4,2%

Intern medicin: hæmatologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	160	163	161	160	160	160
Antal i 2020	174	178	174	174	174	174
Antal i 2025	205	211	204	204	208	201
Antal i 2030	232	240	232	233	241	224
Antal i 2035	257	266	257	260	271	243
Antal i 2040	279	291	280	283	299	261
Vækst i antal, 2018-2040	118	128	119	123	138	100
Vækst i %, 2018-2040	73,6%	78,2%	74,1%	76,9%	86,2%	62,5%
Gns. Vækst pr. år	2,5%	2,7%	2,6%	2,6%	2,9%	2,2%

Intern medicin: infektionsmedicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	122	124	122	122	122	121
Antal i 2020	135	138	135	135	135	134
Antal i 2025	158	163	155	158	161	154
Antal i 2030	179	185	172	180	188	171
Antal i 2035	200	208	188	201	215	188
Antal i 2040	217	227	200	219	238	201
Vækst i antal, 2018-2040	95	103	79	97	116	80
Vækst i %, 2018-2040	77,9%	83,3%	64,6%	79,7%	95,2%	66,1%
Gns. vækst pr. år	2,7%	2,8%	2,3%	2,7%	3,1%	2,3%

Intern medicin: kardiologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	485	493	485	486	485	485
Antal i 2020	518	531	519	519	518	519
Antal i 2025	577	599	580	577	584	568
Antal i 2030	622	651	628	622	643	598
Antal i 2035	652	683	662	653	687	615
Antal i 2040	680	714	692	681	733	627
Vækst i antal, 2018-2040	195	221	207	195	248	142
Vækst i %, 2018-2040	40,2%	44,9%	42,7%	40,2%	51,1%	29,2%
Gns. vækst pr. år	1,5%	1,7%	1,6%	1,5%	1,9%	1,2%

Intern medicin: lungesygdomme

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	201	204	201	201	201	202
Antal i 2020	226	231	226	226	225	226
Antal i 2025	266	275	258	269	274	264
Antal i 2030	310	323	284	314	328	300
Antal i 2035	351	363	306	354	378	331
Antal i 2040	393	407	329	393	429	361
Vækst i antal, 2018-2040	191	203	127	192	228	159
Vækst i %, 2018-2040	94,9%	99,4%	63,3%	95,5%	113,2%	79,1%
Gns. vækst pr. år	3,1%	3,2%	2,3%	3,1%	3,5%	2,7%

Intern medicin: nefrologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	154	156	154	153	153	154
Antal i 2020	167	170	166	166	167	167
Antal i 2025	194	201	194	194	197	191
Antal i 2030	216	225	216	216	223	208
Antal i 2035	235	243	234	234	246	222
Antal i 2040	254	264	254	254	271	236
Vækst i antal, 2018-2040	101	109	100	101	117	82
Vækst i %, 2018-2040	65,8%	69,7%	65,4%	65,6%	76,3%	53,4%
Gns. vækst pr. år	2,3%	2,4%	2,3%	2,3%	2,6%	2,0%

Intern medicin: reumatologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	275	282	275	275	275	275
Antal i 2020	293	302	293	293	293	293
Antal i 2025	331	344	323	337	342	331
Antal i 2030	383	399	353	391	404	375
Antal i 2035	435	451	383	444	465	417
Antal i 2040	490	507	415	501	529	463
Vækst i antal, 2018-2040	215	226	140	226	254	188
Vækst i %, 2018-2040	78,1%	80,0%	51,0%	82,1%	92,4%	68,2%
Gns. vækst pr. år	2,7%	2,7%	1,9%	2,8%	3,0%	2,4%

Karkirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	99	101	99	99	99	99
Antal i 2020	103	105	103	103	103	103
Antal i 2025	116	121	113	116	119	113
Antal i 2030	127	131	119	127	135	118
Antal i 2035	142	147	128	142	154	128
Antal i 2040	155	161	136	155	173	137
Vækst i antal, 2018-2040	56	60	37	56	74	38
Vækst i %, 2018-2040	56,9%	59,8%	37,9%	57,0%	74,2%	38,3%
Gns. vækst pr. år	2,1%	2,2%	1,5%	2,1%	2,6%	1,5%

Kirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	629	642	629	629	629	629
Antal i 2020	638	657	638	638	637	638
Antal i 2025	663	695	669	663	670	654
Antal i 2030	670	701	686	668	689	647
Antal i 2035	692	723	717	689	722	654
Antal i 2040	716	749	749	713	758	663
Vækst i antal, 2018-2040	87	107	120	84	130	34
Vækst i %, 2018-2040	13,8%	16,7%	19,0%	13,3%	20,6%	5,4%
Gns. vækst pr. år	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,9%	0,2%

Klinisk biokemi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	90	93	90	90	90	90
Antal i 2020	96	100	96	96	96	96
Antal i 2025	112	116	111	112	115	107
Antal i 2030	130	134	129	130	139	121
Antal i 2035	149	153	147	149	163	135
Antal i 2040	168	173	165	169	186	149
Vækst i antal, 2018-2040	78	81	75	78	96	59
Vækst i %, 2018-2040	85,9%	87,0%	82,8%	86,6%	106,6%	65,3%
Gns. vækst pr. år	2,9%	2,9%	2,8%	2,9%	3,4%	2,3%

Klinisk farmakologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	50	51	50	50	50	50
Antal i 2020	58	59	58	58	58	58
Antal i 2025	77	79	81	78	81	77
Antal i 2030	95	98	104	96	104	95
Antal i 2035	109	113	123	111	123	109
Antal i 2040	122	126	140	124	142	122
Vækst i antal, 2018-2040	72	75	90	75	92	72
Vækst i %, 2018-2040	144,8%	149,3%	179,8%	149,6%	184,7%	143,9%
Gns. vækst pr. år	4,2%	4,2%	4,8%	4,2%	4,9%	4,1%

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	130	132	131	130	131	130
Antal i 2020	139	141	139	139	139	139
Antal i 2025	165	170	166	165	169	162
Antal i 2030	186	192	187	187	195	178
Antal i 2035	202	208	203	203	216	190
Antal i 2040	220	228	221	221	240	204
Vækst i antal, 2018-2040	89	96	91	90	109	74
Vækst i %, 2018-2040	68,6%	73,2%	69,4%	69,2%	83,7%	56,4%
Gns. vækst pr. år	2,4%	2,5%	2,4%	2,4%	2,8%	2,1%

Klinisk genetik

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	54	55	54	54	54	54
Antal i 2020	60	61	60	60	60	60
Antal i 2025	79	80	75	83	83	78
Antal i 2030	102	105	88	106	106	96
Antal i 2035	124	126	99	127	127	111
Antal i 2040	144	148	109	147	147	126
Vækst i antal, 2018-2040	89	93	55	92	93	72
Vækst i %, 2018-2040	164,1%	168,3%	101,8%	170,1%	171,6%	131,6%
Gns. vækst pr. år	4,5%	4,6%	3,2%	4,6%	4,6%	3,9%

Klinisk immunologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	56	57	56	56	56	56
Antal i 2020	61	62	61	61	61	61
Antal i 2025	69	72	67	71	71	71
Antal i 2030	78	82	71	79	80	79
Antal i 2035	85	87	74	87	88	87
Antal i 2040	95	99	80	97	98	97
Vækst i antal, 2018-2040	39	42	24	41	42	41
Vækst i %, 2018-2040	69,7%	74,1%	42,5%	72,3%	74,6%	72,5%
Gns. vækst pr. år	2,4%	2,6%	1,6%	2,5%	2,6%	2,5%

Klinisk mikrobiologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	109	111	109	109	109	109
Antal i 2020	116	119	116	116	116	116
Antal i 2025	127	133	127	127	131	123
Antal i 2030	133	140	133	134	142	125
Antal i 2035	140	145	139	141	154	126
Antal i 2040	151	157	150	152	171	133
Vækst i antal, 2018-2040	42	47	42	43	61	24
Vækst i %, 2018-2040	38,6%	42,3%	38,2%	39,8%	56,3%	22,2%
Gns. vækst pr. år	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	2,1%	0,9%

Klinisk onkologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	280	283	280	280	281	281
Antal i 2020	327	331	326	325	326	326
Antal i 2025	408	417	392	414	424	407
Antal i 2030	503	516	450	509	533	489
Antal i 2035	586	605	497	592	632	559
Antal i 2040	655	680	529	662	716	614
Vækst i antal, 2018-2040	375	396	249	382	436	333
Vækst i %, 2018-2040	133,5%	139,9%	88,7%	136,8%	155,3%	118,7%
Gns. vækst pr. år	3,9%	4,1%	2,9%	4,0%	4,4%	3,6%

Neurokirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	101	102	101	101	101	101
Antal i 2020	102	105	102	102	102	102
Antal i 2025	100	105	100	100	100	100
Antal i 2030	98	102	98	98	97	98
Antal i 2035	96	100	96	96	96	96
Antal i 2040	96	101	96	96	96	95
Vækst i antal, 2018-2040	-4	-2	-5	-5	-5	-5
Vækst i %, 2018-2040	-4,4%	-1,5%	-4,8%	-5,1%	-4,6%	-5,1%
Gns. vækst pr. år	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%

Neurologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	432	438	432	432	432	431
Antal i 2020	462	471	462	462	462	462
Antal i 2025	531	547	523	535	547	523
Antal i 2030	595	617	573	602	627	574
Antal i 2035	651	677	613	658	698	615
Antal i 2040	691	720	640	701	755	641
Vækst i antal, 2018-2040	260	282	208	270	323	209
Vækst i %, 2018-2040	60,2%	64,4%	48,1%	62,4%	74,8%	48,5%
Gns. vækst pr. år	2,2%	2,3%	1,8%	2,2%	2,6%	1,8%

Oftalmologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	395	403	395	396	396	395
Antal i 2020	413	424	413	413	413	413
Antal i 2025	451	466	454	451	459	443
Antal i 2030	492	508	501	493	510	476
Antal i 2035	533	552	547	534	561	507
Antal i 2040	565	587	584	565	602	530
Vækst i antal, 2018-2040	169	184	189	170	207	135
Vækst i %, 2018-2040	42,8%	45,7%	47,8%	42,9%	52,3%	34,2%
Gns. vækst pr. år	1,6%	1,7%	1,8%	1,6%	1,9%	1,3%

Ortopædisk kirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	861	876	861	862	862	862
Antal i 2020	890	916	890	892	892	892
Antal i 2025	934	980	938	934	951	919
Antal i 2030	943	988	952	942	977	908
Antal i 2035	983	1.017	995	979	1.033	926
Antal i 2040	1.049	1.087	1.066	1.045	1.117	972
Vækst i antal, 2018-2040	189	211	205	183	255	110
Vækst i %, 2018-2040	21,9%	24,1%	23,8%	21,2%	29,6%	12,8%
Gns. vækst pr. år	0,9%	1,0%	1,0%	0,9%	1,2%	0,5%

Oto-rhino-laryngologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	414	422	414	414	413	413
Antal i 2020	425	437	426	425	425	425
Antal i 2025	462	476	462	462	468	453
Antal i 2030	502	518	502	503	519	484
Antal i 2035	543	563	541	543	570	513
Antal i 2040	574	597	570	573	609	534
Vækst i antal, 2018-2040	160	175	156	159	196	121
Vækst i %, 2018-2040	38,7%	41,4%	37,7%	38,6%	47,4%	29,2%
Gns. vækst pr. år	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,8%	1,2%

Patologisk anatomi og cytologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	246	251	246	245	246	246
Antal i 2020	259	266	259	258	258	259
Antal i 2025	293	303	289	296	304	288
Antal i 2030	334	343	320	338	355	320
Antal i 2035	377	388	354	380	408	354
Antal i 2040	416	431	384	420	457	384
Vækst i antal, 2018-2040	170	180	139	175	212	139
Vækst i %, 2018-2040	69,4%	71,8%	56,4%	71,1%	86,0%	56,4%
Gns. vækst pr. år	2,4%	2,5%	2,1%	2,5%	2,9%	2,1%

Plastikkirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	136	138	135	136	136	136
Antal i 2020	143	147	142	143	143	143
Antal i 2025	169	175	163	169	172	167
Antal i 2030	193	201	178	193	201	186
Antal i 2035	215	223	190	215	228	203
Antal i 2040	235	246	202	236	254	219
Vækst i antal, 2018-2040	99	108	67	100	119	83
Vækst i %, 2018-2040	72,9%	77,9%	49,4%	73,5%	87,3%	60,7%
Gns. vækst pr. år	2,5%	2,7%	1,8%	2,5%	2,9%	2,2%

Psykiatri

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	942	969	943	943	943	943
Antal i 2020	946	986	946	946	947	947
Antal i 2025	973	1.025	934	987	1.008	969
Antal i 2030	1.049	1.094	942	1.062	1.109	1.021
Antal i 2035	1.166	1.204	992	1.179	1.250	1.113
Antal i 2040	1.298	1.341	1.059	1.312	1.409	1.222
Vækst i antal, 2018-2040	355	373	116	370	466	279
Vækst i %, 2018-2040	37,7%	38,5%	12,3%	39,2%	49,4%	29,6%
Gns. vækst pr. år	1,5%	1,5%	0,5%	1,5%	1,8%	1,2%

Pædiatri

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	501	509	501	501	501	502
Antal i 2020	534	546	534	534	534	535
Antal i 2025	597	619	598	597	609	587
Antal i 2030	650	677	652	652	676	627
Antal i 2035	693	723	697	696	734	657
Antal i 2040	729	761	734	734	786	679
Vækst i antal, 2018-2040	227	252	232	233	284	177
Vækst i %, 2018-2040	45,4%	49,5%	46,4%	46,4%	56,7%	35,3%
Gns. vækst pr. år	1,7%	1,8%	1,7%	1,7%	2,1%	1,4%

Radiologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	664	676	664	664	664	663
Antal i 2020	683	702	684	683	684	683
Antal i 2025	761	792	738	764	780	749
Antal i 2030	837	872	778	839	873	805
Antal i 2035	913	945	818	914	966	861
Antal i 2040	996	1.028	869	998	1.065	925
Vækst i antal, 2018-2040	332	352	205	335	401	262
Vækst i %, 2018-2040	50,1%	52,0%	30,8%	50,4%	60,3%	39,5%
Gns. vækst pr. år	1,9%	1,9%	1,2%	1,9%	2,2%	1,5%

Retsmedicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	27	28	27	27	27	27
Antal i 2020	29	30	29	29	29	29
Antal i 2025	40	40	37	40	40	40
Antal i 2030	52	53	43	52	52	52
Antal i 2035	62	64	49	62	62	63
Antal i 2040	71	74	53	71	71	72
Vækst i antal, 2018-2040	44	46	26	44	44	45
Vækst i %, 2018-2040	162,7%	168,2%	95,9%	161,6%	161,9%	165,6%
Gns. vækst pr. år	4,5%	4,6%	3,1%	4,5%	4,5%	4,5%

Samfundsmedicin

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	154	158	154	154	154	154
Antal i 2020	165	171	166	166	165	165
Antal i 2025	188	199	196	189	191	184
Antal i 2030	204	214	221	204	212	196
Antal i 2035	229	237	255	230	241	217
Antal i 2040	257	265	291	257	275	241
Vækst i antal, 2018-2040	103	107	138	104	121	88
Vækst i %, 2018-2040	67,0%	67,9%	89,5%	67,3%	78,8%	57,1%
Gns. vækst pr. år	2,4%	2,4%	2,9%	2,4%	2,7%	2,1%

Thoraxkirurgi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	97	99	98	98	98	98
Antal i 2020	98	101	99	99	99	99
Antal i 2025	92	98	93	93	93	92
Antal i 2030	84	90	86	86	86	86
Antal i 2035	81	85	83	82	83	82
Antal i 2040	83	87	85	83	84	83
Vækst i antal, 2018-2040	-14	-12	-13	-15	-14	-15
Vækst i %, 2018-2040	-14,7%	-12,4%	-13,4%	-15,5%	-13,9%	-14,9%
Gns. vækst pr. år	-0,7%	-0,6%	-0,7%	-0,8%	-0,7%	-0,7%

Urologi

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	225	229	225	225	225	225
Antal i 2020	242	248	242	242	242	241
Antal i 2025	267	278	264	267	271	264
Antal i 2030	286	298	278	287	295	277
Antal i 2035	307	319	295	310	322	293
Antal i 2040	326	342	310	331	348	308
Vækst i antal, 2018-2040	102	113	85	106	123	84
Vækst i %, 2018-2040	45,2%	49,4%	38,1%	47,4%	54,7%	37,3%
Gns. vækst pr. år	1,7%	1,8%	1,5%	1,8%	2,0%	1,5%

Bilag 15: Estimer for akutmedicin**Table 1: Estimer for akutmedicin inkl. læger vurderet efter overgangsordning**

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018*	48	48	48	48	48	48
Antal i 2020	78	78	78	78	78	78
Antal i 2025	147	156	143	152	159	141
Antal i 2030	204	212	185	208	230	183
Antal i 2035	266	275	233	271	307	231
Antal i 2040	328	341	281	333	385	279
Vækst i antal, 2018-2040	280	293	233	285	337	231
Vækst i %, 2018-2040	584 %	610 %	485 %	594 %	701 %	481 %
Gns. vækst pr. år	9,1%	9,3 %	8,4 %	9,2 %	9,9 %	8,3 %

*Pr. 15. januar 2019 er der udstedt 48 speciallægeanerkendelser i akutmedicin (Autorisationsregistret).

Note: Estimerede antal speciallæger fra overgangsordningen i 2019: 20, 2020: 10, 2021: 10, 2022: 5 og 2023: 5.

Table 1a: Estimer for akutmedicin ekskl. læger fra overgangsordning

	Hovedscenariet	Scenarie 1	Scenarie 2	Scenarie 3	Scenarie 4	Scenarie 5
Antal i 2018	0	0	0	0	0	0
Antal i 2020	0	0	0	0	0	0
Antal i 2021	7	9	8	7	7	7
Antal i 2025	49	58	45	54	61	43
Antal i 2030	106	114	87	110	132	85
Antal i 2035	168	177	135	173	209	133
Antal i 2040	230	243	183	235	287	181
Vækst i antal, 2021-2040	223	233	174	228	279	174
Gns. vækst pr. år	19,9 %	18,7 %	17,6 %	20,1 %	21,4 %	18,5 %

Note: Specialet akutmedicin er dimensioneret fra 2021 og frem til 2040, og antal dimensionerede forløb for akutmedicin udgør godt 3 % af det totale antal dimensionerede forløb, jf. bilag 4-8 (jf. kapitel 7).

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

👁 Læger og Sundhedsvæsen

B.T.

★ 'Sprogprøven er ikke god nok!'

📰 B.T., 24. januar 2019, Sektion 1 (1. Sektion), Side 10 (NYHEDER), Benedicte Borelli..., 694 ord, Id:e70dd519,

DÅRLIGT DANSK Dansk lærer Maria underviser udenlandske læger i dansk.

Der er brug for en ny sprogprøve, hvis vi skal løse problemet med de mange læger, som taler dårligt dansk på sygehusene.

Det mener Maria Jensen, der har undervist udenlandske læger i dansk i 12 år.



»Den prøve, som bliver brugt til lægerne i dag, er ikke god nok. Man har taget den nemme løsning og givet de udenlandske læger en test, som allerede eksisterer, det vil sige, at den på ingen måde er målrettet sundhedspersonale,« siger Maria Jensen, der arbejder som sprog- og kommunikationskonsulent ved Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark.

»Man burde indføre en særegen sprogtest, når det nu er så essentielt, at de udenlandske læger kan kommunikere med patienterne,« understreger hun.

I dag er det nemlig sådan, at læger, der ikke er EU-borgere, skal igennem testen 'Prøve i Dansk 3' for at kunne søge autorisation i Danmark.

Maria Jensen forklarer, at 'Prøve i Dansk 3' ikke egner sig til lægerne, eftersom en stor del af deres arbejde består i at kommunikere med patienterne: »Prøven tester ikke lytteforståelsen hos den udenlandske læge, og det går jo ikke. Lægen skal kunne forstå, hvad patienterne siger.« Sidste år fik 275 læger fra tredjelande autorisation i Danmark. Det viser tal, som B. T. har fået fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Men sprogprøvens indhold er ikke det eneste problem, hvis man spørger Maria Jensen.

EU-borgere skal nemlig slet ikke testes i dansk for at få autorisation i Danmark, og det er en fejl.

»Lige nu er det op til de enkelte hospitaler at beslutte, om læger fra EU overhovedet skal testes i dansk, samt hvor meget sprogundervisning de skal have, og det skaber svingende kvalitet på de enkelte sygehuse.« Som et af de få sygehuse i landet har Sygehus Lillebælt lavet en skræddersyet sprogtest til alle deres udenlandske læger.

»Uanset nationalitet eller erfaring skal deres sprog testes. Det gør vi indledningsvis, så vi er sikre på, at de ansatte kan ordentligt dansk.« Når lægerne er blevet testet og udvalgt, vil de efterfølgende starte i et intensivt sprogforløb.

»Undervisningen fungerer således, at der først er indslusning på hospitalet efter to måneder. De første otte uger skal de kun modtage sprogundervisning og lave lektier.

Derefter bliver de gradvist involveret på sygehuset.« Sygehus Lillebælt har valgt denne model for netop at undgå, at lægerne kommer ud på afdelingerne, før de kan kommunikere ordentligt med patienterne.

I sidste uge kunne B. T. fortælle, at næsten hver fjerde er ' utilfreds' eller ' meget utilfreds' over udenlandske hospitalslægers evne til at tale dansk.

Maria Jensen genkender problematikken: »Jeg har oplevet på andre hospitaler, at folk kan gå mange år i systemet uden at kunne lægedansk. Det skyldes, at de kurser og prøver, der tilbydes, simpelthen ikke er gode nok.« Derfor mener hun også, at Sygehus Lillebælts model bør benyttes over hele landet.

»Det har faktisk undret mig, at vi har fået så få klager over vores udenlandske læger -men jeg tror, at det er på grund af kommunikationen.

Vores læger er trænet i at håndtere det danske, og de kan tricks til at få patienten til at slappe af.«

benb@bt.dk

" Jeg har oplevet på andre hospitaler, at folk kan gå mange år i systemet uden at kunne lægedansk Maria Jensen, sprog-og kommunikationskonsulent ved Sygehus Lillebælt ' ' Man har taget den nemme løsning og givet de udenlandske læger en test, som allerede eksisterer, det vil sige, at den på ingen måde er målrettet sundhedspersonale Maria Jensen, sprog-og kommunikationskonsulent ved Sygehus Lillebælt.

Fakta: HOSPITALSTJEK

I den kommende tid sætter B. T. fokus på det danske sundhedssystem.

Har du haft en særlig positiv eller negativ oplevelse på de danske sygehuse, så hører vi meget gerne fra dig.

Skriv til os på 1929@bt.dk.

?SYGEHUS LILLEBÆLT

Sygehus Lillebælt er et stort regionalt sygehus, som består af sygehusene i Kolding og Vejle og Rygcenter Sydjylland i Middelfart.

Sygehuset har over 300 internationale medarbejdere.

Alle nyansatte medarbejdere, der skal have patientkontakt og med en ikkedansk baggrund skal sprogtestes, før der tilbydes ansættelse.

Derefter vil sundhedspersonale fra udlandet deltage ved et sprogkursus i to måneder, inden de indsluses i det faglige arbejde.

Udover undervisning i det basale dansk, modtager medarbejderne også undervisning i lægedansk baseret på deres speciale.

Kilde: Sygehus Lillebælt.

- Maria Jensen arbejder som dansklærer ved Sygehus Lillebælt. Her har de fundet en måde, hvorpå hospitalernes udenlandske læger kan lære sproget ordentligt. Nu opfordrer hun til, at man gør metoden landsdækkende.

PRIVAT

👁 Læger og Sundhedsvæsen

B.T.

★ 'Du skal kunne sproget'

📅 B.T., 24. januar 2019, Sektion 1 (1. Sektion), Side 10 (NYHEDER), Benedicte Borelli..., 593 ord, Id:e70dd51f,

SPROG Udenlandsk læge opfordrer andre til at lære ordentligt dansk.

»Hvis du vil være læge i Danmark, så skal du kunne sproget. Ellers kan du lige så godt rejse hjem.« Sådan siger 37-årige Eka Raj Aryal, der arbejder som overlæge ved radiologisk klinik ved Sygehus Lillebælt i Region Syddanmark.



Han kom fra Nepal til Danmark for ti år siden med en drøm om at arbejde som læge i Danmark.

Det var gennem nogle familievenner, at Eka Raj Aryal havde fået kendskab til landet, og op igennem 90'erne havde han også besøgt vennerne flere gange.

»Danmark var som et andet hjemland for mig, så da min kone, som også er læge, og jeg hørte, at de manglede læger i Danmark, besluttede vi os for at springe ud i det.« I 2008 startede parret derfor som praktikanter på Roskilde Sygehus.

»Det var det eneste job, vi kunne få.

Vi kunne kun tale engelsk, så vi vidste, at vi blev nødt til at lære sproget ordentligt først. Derfor brugte vi det første halve år på at lære dansk på en sprogscole.« Eka Raj Aryal fortæller, at det var udfordrende at lære dansk. Særligt udtalen og evnen til at forstå, hvad der bliver sagt, voldte i starten problemer.

»Vi gjorde alt, hvad vi kunne, for at lære sproget. Vi så Matador og Olsen-Banden-film, sang danske sange og talte kun dansk til hinanden derhjemme.

« Den intensive og ihærdige indsats for at lære dansk betalte sig, og parret blev først lægevikarer i Nordjylland, så læger i Vejle og derefter i Århus.

I dag arbejder både Eka Raj Aryal og hans kone som læger hos Sygehus Lillebælt, men på hvert deres hospital.

Selvom de begge taler flydende dansk i dag, fortæller Eka, at han stadig er i gang med at lære sproget.

»Det er bestemt ikke nemt at lære dansk. Vi er slet ikke færdige med oplæringen.

Vi lærer stadig nye ord hver dag.« B. T. har talt med flere danskere, som fortæller, at de er blevet frustrerede over udenlandske lægers evne til at tale dansk.

En undersøgelse fra YouGov viser også, at næsten hver fjerde er ' utilfreds' eller ' meget utilfreds' over udenlandske hospitalslægers evne til at tale dansk.

Eka Raj Aylar genkender ikke problemet fra sit eget arbejde.

»Jeg har aldrig prøvet, at patienterne er blevet sure eller har klaget over vores kommunikation. Men jeg er også meget opmærksom på, at vi har en god dialog, hvor alle føler sig forstået.« Han fortæller, at han dog stadig har nogle metoder, som han kan bruge, hvis han for eksempel taler med ældre borgere.

»Jeg forsøger for eksempel at tale langsomt og i korte sætninger, så det ikke bliver for indviklet, og så spørger jeg altid, om jeg skal gentage, hvad jeg sagde.« På grund af lægemangel er der kommet flere udenlandske læger til Danmark de seneste år.

Ifølge Eka Raj Aylar bliver de nødt til at engagere sig i Danmark for at kunne arbejde her.

Tidligere har han oplevet læger, som ikke ville det nok: »Jeg kendte nogle andre læger fra Nepal, som kom til Danmark, men de lærte aldrig sproget rigtigt, og så rejste de hjem igen efter to år.« Derfor anbefaler Eka Raj Aylar nytilkomne udenlandske læger at gøre alt for at lære dansk:.

benb@bt.dk

" Husk at prioritere sproget, for uden det kan du slet ikke arbejde Eka Raj Aryal, overlæge ved radiologisk klinik ved Sygehus Lillebælt.

Fakta: EKA RAJ ARYAL

37 år gammel Overlæge på radiologisk klinik hos Lillebælt Sygehus Føst og opvokset i Nepal Flyttede til Danmark i 2008 for at arbejde som læge Bor i Vejle med sin kone og parrets fireårige datter.

- Eka Raj Aryal kom til Danmark for ti år siden. Den gang startede han som praktikant på Roskilde Sygehus, fordi han ikke kunne dansk. I dag kan han sproget flydende og er overlæge

fadi

FREMTIDENS LÆGER

JANUAR 2019

#FREMTIDENSLÆGER





INDHOLDSFORTEGNELSE

FREMTIDENS LÆGER	4
LÆGEUDDANNELSEN	6
FADL foreslår om optaget til lægeuddannelsen	6
FADL foreslår om lægeuddannelsen	7
FADL foreslår om klinikophold	8
LÆGERS VIDEREUDDANNELSE	10
FADL foreslår om KBU	10
FADL foreslår om introstillinger	11
FADL foreslår om hoveduddannelsesstillinger	11
LÆGEN I SAMFUNDET	14
FADL foreslår om samarbejdet i sundhedssektoren	14
FADL foreslår om lægen i fremtidens sundhedssektor	15

FREMTIDENS LÆGER

Velkommen til FADLs udspil om fremtidens læger. De nyest optagede medicinstuderende vil være færdiguddannede læger om allerede 6 år. Og de nyuddannede læger skal være med til at drive, udvikle og lede den danske sundhedssektor de næste 40-50 år. Det glæder vi os til!

Men sundhedssektoren er offer for megen politisk spekulation og regelrytteri. Derfor er det afgørende, at den i højere grad udvikler sig med fokus på patienterne og med en optimal anvendelse af faggruppernes kompetencer. Vi finder det naturligt, at vi, som Foreningen af Danske Lægestuderende, giver vores bud på, hvordan udviklingen kan foregå. Både når det handler om lægeuddannelsen, lægers videreuddannelse og lægen i samfundet.

Vi mener, at fremtidens læger skal uddannes til at være basislæger med et kompetencefokus på den basale lægegerning suppleret med et bredere katalog af færdigheder end i dag. Lægers videreuddannelse og specialisering skal efter kandidatgraden sikre, at lægerne kan imødekomme de krav, der stilles til sundhedssektoren i dag og i fremtiden. En del af vores forslag bliver allerede brugt i dag. Denne udgivelse skal derfor også inspirere aktører på tværs af landet til at lære af hinanden.

FREMTIDENS LÆGER

#FREMTIDENSLÆGER

5



LÆGEUDDANNELSEN

Lægeuddannelsen er stedet, hvor fremtidens læger opnår de fundamentale faglige kompetencer, de skal bruge til gavn for den danske sundhedssektor mange år ud i fremtiden. Lægeuddannelsen er dermed essentiel for kvaliteten af vores sundhedssektor.

Forskningsministeriet. Det vil sikre en mere for-svarlig dimensionering samt skabe sammenhæng mellem lægestudiet og den efterfølgende videre-uddannelse og specialisering. I dag er optaget på lægeuddannelsen politisk dimensioneret gennem Uddannelses- og Forskningsministeriet. Det betyder, at optaget afspejler aktuelle politiske hensyn og ikke nødvendigvis er gennemtænkt på langt sigt.

FADL FORESLÅR OM OPTAGET TIL LÆGEUDDANNELSEN:

- ✓ Mindst 25% af optaget på hver af de fire lægeuddannelser skal foregå gennem kvote 2. Optagesystemet på lægestudiet skal tilsige at optage studerende med forskellige kompetencer, så lægestanden afspejler bredden i samfundet.
- ✓ Dimensioneringen af lægeuddannelsen skal foretages af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de lægevidenskabelige selskaber og Uddannelses- og Læger skal være medicinske eksperter, men også formidlere, undervisere, forhandlere, kende til andre kulturer, have indsigt i samfundsforhold osv. Det betyder, at både de naturvidenskabelige og de bredere humanistiske og samfunds-faglige kompetencer skal vægtes i forbindelse med optaget på lægeuddannelsen.

FADL FORESLÅR OM LÆGEUDDANNELSEN:

- ✓ Pensum på lægeuddannelsen skal revideres af universiteterne i et samarbejde med de studerende og både de offentlige og private arbejdsgivere. FADLs holdning er, at fremtidens nyuddannede læge skal være basislæge, og det vil sige en medicinsk ekspert med fokus på basal behandling af en bred vifte af patienter og mange multi-syge. Den egentlige specialisering skal ligge i den lægelige videreuddannelse efter opnået kandidatgrad på universitetet.
- ✓ Lægestudiet skal forberede fremtidens basislæger på en ny virkelighed i sundhedssektoren. Her er kompetencer såsom kommunikation, etik, didaktik, videnskabsteori, statistik og psykologi essentielle. FADL anbefaler også, at der lægges vægt på, at de studerende opnår flere kompetencer i databehandling, litteratursøgning og undersøgelsesteknik.
- ✓ Fokus på anvendelsesorienteret undervisning. Lægestudiet er performanceorienteret, da store

mængder paratviden i korte intervaller skal indlæres til 4-6 timers skriftlige eksaminer. Den performanceorienterede indlæringsstrategi skaber ikke langtidsviden, da det indlærte glemmes til fordel for næste, store eksamen. I stedet skal der være fokus på at skabe en anvendelsesorienteret mestringsstrategi, så erhvervet viden og færdigheder kan anvendes i ens senere virke. OSCE-eksaminerne er et eksempel på dette.

- ✓ Gode muligheder for relevant studiearbejde. Det er vigtigt, at fremtidens læger i løbet af deres uddannelse får indblik i dagligdagen i sundhedssektoren. Der skal være fokus på at sikre gode muligheder for dette sideløbende med lægeuddannelsen.
- ✓ Gode decentrale kandidatuddannelser. FADL ser positivt på oprettelsen af de nye kandidatspor i Esbjerg og Køge, da dette på langt sigt kan være med til at rekruttere læger til udkantsområder. Det er naturligvis vigtigt, at disse kandidatspor er frivillige for de studerende og er af samme faglige kvalitet som de eksisterende.

- ✓ Der er en voksende efterspørgsel efter forsknings erfaring fra lægestuderende. Derfor bør universiteterne på tværs indføre forskerspor ved siden af det almindelige curriculum til uddannelse af basislæger. Det kan give værktøjer, færdigheder og erfaring med udarbejdelse og udgivelse af videnskabeligt materiale. Vigtigt er, at forsknings erfaring skal være en mulighed og ikke et krav for at komme videre i sin lægefaglige karriere.
- ✓ Undervisningen på lægestudiet skal være forskningsbaseret. Underviserne på såvel universitetet som hospitaler skal være udrustede med didaktiske og pædagogiske kompetencer. Undervisning skal for det videnskabelige personale være meriterende på lige fod med forskningsarbejde.
- ✓ Den enkelte lægestuderende skal i høj grad bestemme over eget uddannelsesforløb. Det skal være muligt at pausere studiet for ekstracurriculære aktiviteter såsom forsknings eller klinisk arbejde til fordel for den enkeltes trivsel og uddannelse samt for øvrige interesser.

FADL FORESLÅR OM KLINIKOPHOLD:

- ✓ En styrkelse af klinikopholdene, så de studerende får bedre fornemmelse for lægefaget. Alt for mange klinikophold består af, at den studerende i flere uger følger tilfældige læger eller andet personale og kun ved tilfælde får læring i de praktiske og teoretiske kompetencer, de skulle tilegne sig i løbet af klinikopholdet. Klinikophold skal i højere grad struktureres, så det sikres, at alle lægestuderende får styrket både medicinske kompetencer og de bredere færdigheder inden for eksempelvis etik og kommunikation med patienterne.
- ✓ Fremtidens læger skal lære om didaktik allerede på studiet, og de læger, som skal undervise de lægestuderende i løbet af et klinikophold, skal være uddannede i didaktik og pædagogik. På den måde sikrer vi, at de studerende får mere ud af klinikundervisning og -opholdene end i dag.
- ✓ Klinikophold skal fordeles over hele studiet. Med jævne mellemrum er den lægestuderende

i korte klinikophold for at tillære sig ikke-medicinsk-faglige lægefærdigheder inden for kommunikation, undersøgelsesteknik og kliniske færdigheder, samt for at få et indblik i sundhedsvæsenets opbygning og samspillet mellem sektorerne. Igennem kandidatuddannelsen skal den lægestuderende gennemføre klinikophold på forskellige afdelinger med det formål at tillære og anvende medicinsk-faglig viden i samspil med tidligere lærte ikke-medicinske lægefærdigheder. Fokus er her i højere grad på det specialspecifikke medicinsk-faglige indhold, der er nødvendigt for basislægen og integration af viden og færdigheder.

- ✓ Fokus på samarbejde med andre faggrupper. Samarbejdet med andre faggrupper i sundhedssektoren er en vigtig del af en læges virke. Derfor skal dette integreres i de lægestuderendes klinikophold.

#FREMTIDENS LÆGER

FREMTIDENS LÆGER



LÆGERS VIDEREUDDANNELSE

En læge er uddannet læge med graden cand.med., men det er kun første skridt i et langt lægeliv. Den uddannede læge møder sundhedssektoren, når lægen begynder i den obligatoriske kliniske basisuddannelse (KBU). Det er en god træning i det at være læge – men den er for kort. Ikke mindst fordi den samlede mængde kompetencer i sundhedssektoren vokser, og den nyuddannede læge har brug for at styrke sin lægefaglige viden om både sygehusene og almen praksis.

FADL FORESLÅR OM KBU:

- ✓ KBU forlænges med 6 måneder, så den bliver på 1 ½ år. Det skal være obligatorisk, at den nyuddannede læge kommer i almen praksis som en del af KBU'en, men naturligvis ikke skal agere som praktiserende læge uden supervision. Ved

at styrke KBU'en med et obligatorisk ophold i almen praksis får alle unge læger et nødvendigt kendskab til primærsektoren, som er vigtigt for at kende til de udfordringer, patienterne møder i overgangen fra hospital til egen læge og omvendt.

- ✓ En algoritme for uddeling af KBU. Læger skal så vidt muligt i KBU et sted, hvor det også geografisk giver mening. Det er vigtigt for rekrutteringen til udkantsområder og til gavn for lægen selv. FADL støtter en matematisk algoritme baseret på lægernes egne ønsker, som kan skabe større motivation og tilfredshed.

Når KBU er gennemført, begynder lægen sin videre uddannelse i retning af det endelige speciale. Introstillingerne er af 1 års varighed, bortset fra intro-

stillingen i almen medicin, der kan forkortes med et halvt år, hvis man i løbet af KBU allerede har været et halvt år i almen praksis. De nyuddannede læger bruger introstillingerne til at lære ét af de 39 specialer at kende for at finde ud af, om det er noget for dem.

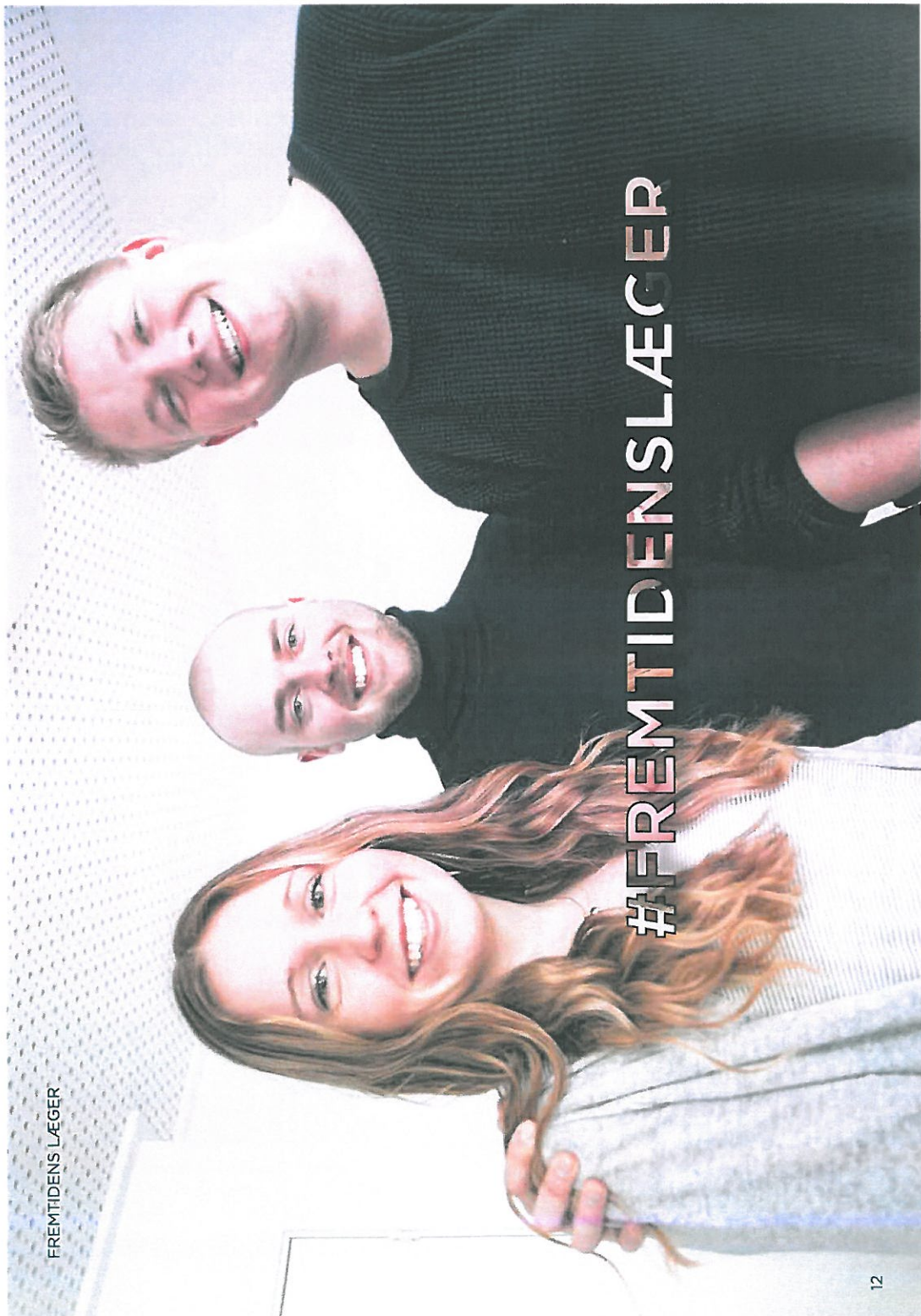
FADL FORESLÅR OM INTROSTILLINGER:

- ✓ Afskaf 6-års reglen, der ikke har bidraget til at løse speciallægemanglen. I dag skal den nyuddannede læge inden for seks år have påbegyndt sin hoveduddannelse til speciallæge. Det er vigtigt for lægen og for sundhedssektoren, at lægen træffer det rigtige valg, og det sker i forbindelse med introstillingerne. Tvang og tidsfrister undergraver den lægelige videreuddannelse.
- ✓ Skab flere brede introduktionsstillinger, hvor flere lægefaglige specialer kan kombineres. Det vil gøre det muligt at få et bredere kendskab til ét eller flere specialer. Det kan eksempelvis foregå ved, at det er muligt at få kendskab til et hovedspecialer og ét bi-specialer på lavere niveau.

Når en læge har gennemført én eller flere introduktionsstillinger, skal lægen videre i sin hoveduddannelse til speciallæge. Hoveduddannelsesstillingen varer 4-5 år afhængigt af det enkelte speciale. Der er 39 lægefaglige specialer i Danmark. Men der er brug for flere specialer, der kan matche udfordringerne i sundhedssektoren.

FADL FORESLÅR OM HOVEDUDDANNELSESTILLINGER:

- ✓ Rekruttering til hoveduddannelsesstillingerne og det videre lægeliv skal anvende et bredt rekrutteringsperspektiv, hvor der tages højde for de mange facetter af lægens kvalifikationer.
- ✓ Det er vigtigt, at alle læger kommer igennem en hoveduddannelse og bliver speciallæge. Der skal oprettes flere hoveduddannelsesstillinger, så antallet svarer til antallet af færdiguddannede læger. Ikke mindst er det positivt, hvis der gøres en særlig indsats for at rekruttere flere læger til hoveduddannelsesstillinger i specialer med rekrutteringsproblemer.



#FREMtidensLÆGER

- ✓ Der skal oprettes et speciale i palliativ medicin. Sundhedsvæsnets generelt indrettede til at handle, og beslutningen om at stoppe behandling og fokusere på palliativ indsats er svær at træffe. Med en fortsat voksende andel af ældre, flere kronikere og uhelbredeligt syge er der behov for specialister til varetagelse og koordinering af smertelindring og tværfaglige indsatser, så den døendes sidste tid bliver så tålelig, værdig og smertefri som muligt.

#FREM TIDENS LÆGER



LÆGEN I SAMFUNDET

Læger arbejder overalt i både privat praksis, på sygehusene og i et mindre omfang i pharma-industrien og på privathospitaler. Langt de fleste læger arbejder på hospitaler i større eller mindre enheder. Hvis Danmark skal opnå en sundhedssektor med mere fokus på den enkelte patient, skal læger bruge mindre tid på bureaukrati og mere tid på de lægefaglige opgaver. De sundhedsfaglige grupper skal generelt have bedre muligheder for at udføre deres arbejde.

FADL FORESLÅR OM SAMARBEJDET I SUNDHEDSSEKTOREN:

- ✓ Samarbejdet mellem de sundhedsfaglige grupper – ikke mindst læger og sygeplejersker – skal styrkes og funderes bedre allerede under studietiden, så faggrupperne kan supplere hinanden stærkere til patienternes fordel.

- ✓ Samarbejdsmulighederne mellem læger og andre akademiske faggrupper, som eksempelvis ingeniører og dataloger, skal udbygges, da lægevidenskaben fremover får endnu større behov for at håndtere teknologiske forandringer og data.
- ✓ Alle læger skal vide mere om ledelse, og for de læger, der bliver ledere, er det tilsvarende nødvendigt, at de trænes i at lede klinik og til at lede større enheder. Det er nødvendigt, at der i ledelsen af sundhedssektoren tages hensyn til såvel den forsvarlige sundhedsfaglige opgaveløsning som anerkendende og resultatorienterede ledelsesprincipper.

Fremtidens sundhedssektor skal både forenkles og kunne håndtere øget kompleksitet. Forenkles, fordi det er omsonst, at sundhedssektorens styrende enheder i så lille et land kan være så forskellige. Håndtere øget kompleksitet, fordi sundhedssektoren fremover vil have flere patienter med forskellige behandlingsbehov.

FADL FORESLÅR OM LÆGEN I FREMTIDENS SUNDHEDSSEKTOR:

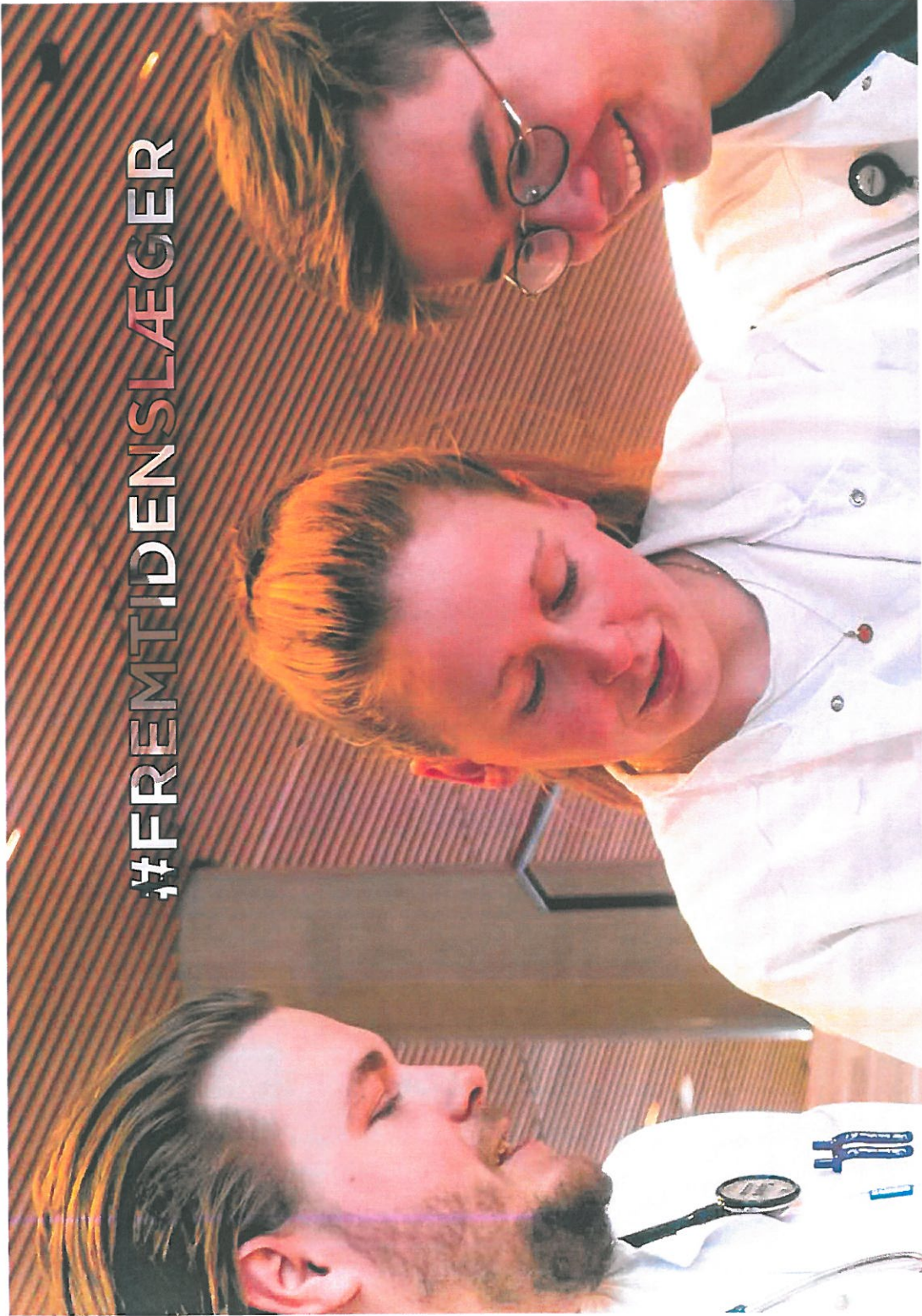
- ✓ Lægens position i sundhedssektoren skal styrkes som sundhedsfaglig autoritet, da det giver patienterne den bedste forsikring for optimal behandling. Det kræver, at både politiske, ledelsesmæssige og økonomiske styringsredskaber tager bedre højde for de lægefaglige anbefalinger; ikke det modsatte.

- ✓ Der skal skabes bedre incitament for, at læger slår sig ned i udkantsområder. Det foregår netop ved at styrke de faglige og kollegiale miljøer samt betingelser for familieliv. Nye kandidatuddannelser regionalt, som en del af de fire universiteter i Danmark, hvor der i dag er lægeuddannelser, vil være

med til at øge mulighederne for, at uddannede læger bliver i regionen.

- ✓ Et arbejdsmiljø præget af effektiviseringer, nedskæringer og politiske omprioriteringer skaber ikke den nødvendige retning og stabilitet omkring sundhedssektorens udvikling. Der er brug for mindre politisk spekulation, ikke mere. Skal regionerne nedlægges eller omprioriteres, er det vigtigt med et bredt, langsigtet forlig, så der skabes stabilitet omkring sundhedssektoren.

#FREMIDENSLÆGER



Ad. dagordenspunkt 8: Nyt fra Region Sjælland og Region Hovedstaden

Sagsfremstilling:

De to regioner orienterer kort om nyheder.

Ad. dagordenspunkt 9: Planlægning af møde tirsdag den 28. maj 2019

Sagsfremstilling:

Mødet er planlagt som ordinært møde i tidsrummet kl. 14.00 til senest 17.00. Mødet afholdes på Gentofte Hospital.

Indstilling:

Rådet bedes komme med forslag til dagsordenspunkter udover indstilling til forløbssammensætning af h-forløb i Akutmedicin, Lægeprognose og første drøftelse af fremtidig dimensionering, evt. mulige konsekvenser af sundhedsreform samt de faste punkter.

Ad. dagordenspunkt 10: Eventuelt

Ordet er frit

Kommende møder

Tirsdag den 28. maj kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 12. juni)

Tirsdag den 1. oktober kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 9. oktober)

Mandag den 25. november kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 11. december)