

Oplæg til drøftelse af styrker og svagheder ved den danske specialestruktur

Formål med notatet

Arbejdsgruppe 2 har til opgave at diskutere styrker og svagheder ved den danske specialestruktur, herunder om den nuværende struktur med grundspecialer¹ og en lang tradition for organspecifikke specialer fortsat er den mest optimale.

På det første møde i arbejdsgruppe 2 den 21. oktober 2020 var der generelt enighed om, at det nuværende paradigme for specialestrukturen i hovedtræk er velfungerende, herunder bemærkedes:

- Relativt få brede specialer
- Fagområder med adgang fra flere specialer
- Ét kompetenceniveau som speciallæge, der anerkendes centralt
- Speciallægeanerkendelse som kriterium for fastansættelse i sundhedsvæsenet

Endvidere blev bemærket:

- Uddannelsen skal fungere sammen med og i en international kontekst
- Der bør tilstræbes mere fælles uddannelse mellem beslægtede specialer
- Fagområder bør ensartes og systemiseres, så de opnår ensartet fagligt niveau
- Prioritering af generalistkompetencer er centralt for at kunne understøtte varetagelsen af sundhedsvæsenets opgaver
- Videreuddannelsen skal matche og tilgodese scenarier, der forventes for fremtidens sundhedsvæsen, bl.a. med hensyn til at fastholde og vedligeholde de brede lægelige generalistkompetencer

Dette notat følger op ved at kvalificere beskrivelsen af specialestrukturen og giver samtidig oplæg til anbefalinger fra arbejdsgruppen.

Forståelse af begrebet specialestruktur

Ved specialestruktur forstås den konkrete struktur for opdeling af det lægevidenskabelige område i en række afgrænsede specialer med tilhørende uddannelsesforløb.

Sammenhængen mellem et speciale og specialets formelle uddannelseskraav er udtalt, hvorfor modellen for opbygningen af speciallægeuddannelserne er et centralt karaktertræk ved specialestrukturen.

¹ Siden 2003-studieordningen har begrebet 'speciale' været brugt som betegnelse synonymt med begrebet 'grundspecialer'. I dette dokument bruges betegnelsen 'grundspecialer' for at skelne tydeligt mellem 'grundspecialer' og 'grenspecialer'.

Der kan peges på fem forskellige modeller for opbygning af speciallægeuddannelser:

- *Enhedsmodellen*, hvor der udelukkende er grundspecialer med tilhørende selvstændige uddannelsesforløb
- *Funktionsmodel*, hvor grupper af grundspecialer er integreret fsva., at uddannelsesforløbene indeholder et klart afgrænset fælles uddannelsesindhold.
- *Overbygningsmodellen*, hvor der er grenspecialer med tilhørende uddannelsesforløb som en overbygning på specialerne
- *Modulmodellen*, hvor speciallægeuddannelserne er bygget op af to eller flere separate uddannelsesforløb. Modellen bruges i nogle lande, typisk ved, at det første modul indeholder basale kompetencer, mens senere modul(er) indeholder profilering. Modulmodellen vil dog også kunne beskrive speciallægeuddannelser, hvor der er fælles uddannelsesmoduler i flere forskellige speciallæge uddannelsesforløb
- *Den liberale model*, hvor lægelige specialer, uddannelsesforløb og speciallægeanerkendelser ikke defineres og tildeles af central myndighed

En specialestruktur er ud over opbygning på én eller flere specialemodeller karakteriseret ved:

1. *specialernes afgrænsning*, fx om de er afgrænset ud fra metoder, organer mv., og om de er afgrænset ud fra snævre eller brede faglige områder, hvilke medfører henholdsvis flere eller færre specialer
2. *opbygningen af forløbene*, fx om det er sammenhængende og integrerede uddannelsesforløb, eller om den uddannelsessøgende skal søge en række separate stillinger; om der er introduktionsforløb til speciallægeuddannelsen, og om der er formaliseret fællesuddannelsesindhold på tværs af uddannelsesforløbene
3. *længden af uddannelsesforløbene*, herunder i hvilken grad længden varierer på tværs af de forskellige speciallægeuddannelser
4. *relationen mellem den lægelige videreuddannelse og efteruddannelsen*, fx om efteruddannelsesforløb er centralt godkendte og giver mulighed for anerkendelse eller ej, og i hvilket omfang efteruddannelsesforløb, fagområder, subspecialer, interesseområder mv. kan tilgås fra de forskellige specialer

Den nuværende specialestruktur

Siden 2003-studieordningen har specialestrukturen været baseret på en kombination af enhedsmodellen og funktionsmodellen samt med en begrænset modulisering qua opdelingen af speciallægeuddannelserne i introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb. Der er ét niveau af speciallægeanerkendelse – hvilket er niveauet, der giver mulighed for fastansættelse. Specialestrukturen er endvidere kendetegnet ved få og brede specialer samt en ensartet længde på speciallægeuddannelserne (60-72 måneder).

Den nuværende specialestruktur indeholder 39 lægelige grundspecialer. Der er ni grundspecialer under den intern medicinske funktionsmodel, fem grundspecialer under den kirurgiske funktionsmodel, to kirurgiske specialer² under en enhedsmodellen og 23 øvrige specialer under enhedsmodellen. Særligt de intern medicinske og de kirurgiske specialer er afgrænset ud fra organrelation. Samlet er ca. halvdelen af specialerne afgrænset ud fra en organrelation.

Specialestrukturen er derudover kendetegnet af en mindre formaliseret og individuel profilering eller faglige interesseforfølgelse, der finder sted efter erhvervelse af speciallægeanerkendelse (efteruddannelse).

² Ortopædisk kirurgi og neurokirurgi

Den seneste speciallægekommision³ havde blandt andet til opgave at ”tilvejebringe et grundlag for en optimal specialestruktur til betjening af sundhedsvæsenet, herunder samspillet mellem sygehussektor og primærsektor”. I den forbindelse skulle kommissionen ”tage udgangspunkt i den sundhedsfaglige udvikling og i de igangværende og forventede strukturændringer i sundhedsvæsenet, herunder særligt behovet for øget funktionel samordning”. Samtidig skulle ”kommissionen søge at skabe grundlag for, at der i videst muligt omfang kan anlægges helhedsbetragtninger i patientforløbet”.

Kommissionen vurderede, at den daværende ”specialestruktur, d.v.s. en struktur bestående af såvel grund- som grenspecialer, ikke er tilstrækkelig fleksible over for fremtidige struktureringer”. Speciallægekommisionen lagde vægt på, at en struktur med grundspecialer var meget fleksibelt over for strukturændringer samt gav bedre muligheder for tilpasning til den lægefaglige udvikling og efterspørgsel efter specifikke kompetencer.

Kommissionen havde en række krav og forventninger til den nye specialestruktur herunder:

- At den er så fleksibel, at den fortløbende kunne tilpasses såvel sundhedsvæsenets som den sundhedsfaglige udvikling
- At den sikrer den bedst mulige betjening af såvel de funktionsbærende enheder som de højtspecialiserede enheder, herunder sikrer, at den understøtter samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren samt gøre det muligt at anlægge helhedsbetragtninger i patientforløbene
- At den sikrer, at patienterne altid kan blive undersøgt og behandling af en velkvalificeret speciallæge inden for det pågældende sygdomsområde
- At den fører til hensigtsmæssige rammer for arbejdstilrettelæggelsen på hospitalerne, for afdelingsstrukturen og for den funktionelle samordning og således ikke fører til en forøgelse af antallet af selvstændige driftsenheder eller gør det nødvendigt at etablere flere vagtberedskaber
- At den tager hensyn til gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger samt til advisory committee on medical training’s anbefalinger

Kommissionen anbefalede på den baggrund en samlet specialestruktur bestående af relativt få brede specialer suppleret med fagområder, hvortil der er adgang fra flere specialerne, men også at fagområderne ikke godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.

I *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering* fra 2012⁴ blev der foretaget en analyse af, om tiltagene vedrørende specialestrukturen var blevet implementeret, og om målene var nået. Der skulle endvidere laves anbefalinger til løsninger af eventuelle problemstillinger, men disse løsninger skulle holde sig inden for den daværende (og nuværende) specialestruktur.

³ Betænkning fra Speciallægekommisionen. Betænkning nr. 1383, link: [Fremtidens speciallæge | Sundhedsministeriet \(sum.dk\)](#)

⁴ Sundhedsstyrelsen, *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering*, 2012, link www.sst.dk/~/media/3E138AD08ABC47FC9EE2313AFA059FF7.ashx

Det blev vurderet, at strukturen havde mindsket sammenhængen såvel mellem specialer og sektorer som inden for specialerne, hvor de enkelte speciallæger ofte var blevet så specialiserede – at de har mistet væsentlige generalistkompetencer. Det blev anbefalet, at det tværfaglige samarbejde skulle styrkes, og at det i højere grad skulle inddrages i speciallægeuddannelsen, ligesom der i højere grad skulle være fokus på, at den enkelte speciallæge opretholder og bruger sine basale kompetencer og ikke kun de meget specialiserede.

Se appendiks 1 for den udvikling af specialestrukturen før år 2000.

Anbefalinger til den fremtidige specialestruktur

Sundhedsstyrelsen vurderer, at Speciallægekommisionens krav og forventninger til specialestrukturen på flere områder ikke er relevante i den aktuelle revisions 2040-perspektiv. Derfor anbefales det, at specialestrukturen revideres, så krav og forventninger svarer til målet med revisionen af den lægelige videreuddannelse.

Understøttelse af patienternes og borgernes behov i 2040 samt målene om alsidighed, fleksibilitet og kvalitet er centrale i den forbindelse.

Den fremtidige specialestruktur bør:

- Være så *fleksibel*, at den fortløbende kan tilpasses såvel sundhedsvæsenets som den sundhedsfaglige udvikling
- Tage hensyn til gældende regler vedrørende anerkendelse af speciallægeanerkendelse i EU og i de nordiske lande
- Understøtte hensigtsmæssig og *fleksibel* arbejdstilrettelæggelse både i primærsektoren og på hospitaler, herunder understøtte hensigtsmæssige organisatoriske ændringer, der har til formål at øge effektivitet, kvalitet og sammenhæng af sundhedsvæsenets ydelser
- Understøtte *alsidighed*, herunder opbygningen af fælles kompetencer og fælles uddannelseselementer på tværs af specialer

Med hensyn til patientperspektivet skrev Speciallægekommisionen, at ”*patienterne altid kan blive undersøgt og behandling af en velkvalificeret speciallæge inden for det pågældende sygdomsområde*”. Denne beskrivelse fremstår ikke tidsvarende, da et væsentligt problem i den nuværende struktur for større patientgrupper er, at de ikke entydigt placeres inden for ét sygdomsområde og derfor enten ”falder mellem stolene” eller ”sidder på mange stole”. Sundhedsvæsenets ramme, udfordringer og fremtidsudsyn har ændret sig betydeligt siden år 2000, hvilket revisionen af den lægelige videreuddannelse adresserer ved at have borger- og patientperspektivet som det styrende perspektiv samt delmålene alsidighed, fleksibilitet og faglighed.

Et mål med fremtidens specialestruktur bør derfor være,

- At den retter sig mod patienternes behov, giver mulighed for at anlægge helhedsbetragtninger, og at strukturen flugter med hensigtsmæssige strukturer.

På den baggrund anbefales:

- At den fremtidige specialestruktur fortsat baseres på få og brede grundspecialer. En specialestruktur med få og brede grundspecialer understøtter revisionens mål om alsidighed, ligesom strukturen har vist sig at være robust og fleksibel over for sundhedsfaglige udviklinger.

- At alsidighed og øgede fælles kompetences tænkes sammen med ændringer af speciallægeuddannelsernes opbygninger inden for relevante specialer, herunder med brug af modulopbygninger med fælles uddannelsesindhold.
- Sammenhængen mellem specialestrukturens rammer for den lægelige videreuddannelse og den lægelige efteruddannelse skal være tydelig for at understøtte muligheder for opnåelse af kompetencer på tværs af specialer samt understøtte livslang læring og dynamiske karriereveje.

Med en anbefaling om, at der fortsat skal være få og brede grundspecialer følger naturligt en drøftelse af, om der nu og i 2040-perspektivet sker ændringer i sundhedsvæsenet mv., der taler for en justering af det nuværende antal grundspecialer inden for rammen 'få og brede grundspecialer'. Til brug for den diskussioner kan tages udgangspunkt i nedenstående liste over fordele og ulemper ved snævre specialer/øget specialisering.

Fordele ved flere og snævre specialer

- Sikre speciallægenes kompetencer inden for området har den ønskede kvalitet og medvirker til at sikre og fremme patientsikkerheden.
- Den sundhedsfaglige udvikling inden for området i et vist omfang kan understøttes og videreudvikles.
- Styrke rekruttering og fastholdelse af læger inden for området.
- Sikre og engagere læger inden for det pågældende lægevidenskabelige område.
- Uddannelsen inden for området baseres på de centrale sundhedsmyndigheders godkendte målbeskrivelser og uddannelsen foregår inden for formaliserede rammer med vejledning og med kompetencevurdering og dokumentering.
- Der ved oprettelse af et speciale etableres en infrastruktur (uddannelsesråd, kliniske lektorer, inspektorordningen mv.), der sikrer rammer for kvalitet i videreuddannelsen.
- Lægerne efter ansøgning opnår en speciallægeanerkendelse fra de centrale sundhedsmyndigheder
- Understøtter mobilitet og fri bevægelighed i den lægelige arbejdskraft i EU og Norden.

Ulemper ved flere og snævre specialer

- Risiko for at patienten, særligt den multisyge patient, modtages af en speciallæge med specialiserede kompetencer, der er uddannet inden for et relativt begrænset område, kan betyde forsinkelse i vurderingen af patientens samlede sygdomsbillede og initiering af relevante undersøgelser og behandling
- Manglende relevant visitation, hvis speciallægen ikke har tilstrækkelige generalist- og breddekompetencer
- Der kan være udfordringer med at holde speciallægeuddannelsen fagligt ajourført, særligt i små specialer med få speciallæger.
- Etablering og vedligeholdelse af speciallægeuddannelsen i (for) mange specialer er både økonomisk og organisatorisk ressourcetrækvende.
- En specialestruktur, som omfatter mange og relativt specialiserede specialer, vil være mindre fleksibel end en struktur, der omfatter få og relativt brede specialer.
- Et højt antal af specialer kan medføre en "silo-struktur", som ikke i tilstrækkelig grad tilgodeser samarbejde på tværs af specialerne og sektorer, ligesom det kan betyde, at patienten skal ses et uhensigtsmæssigt stort antal speciallæger med risiko for.

- En stigende specialisering kan medføre en tendens til, at speciallæger ofte prioriterer det specialiserede i opgavevaretagelsen frem for det generelle
- Planlægning og drift af sundhedsvæsenets indsatser kan blive udfordret af tiltagende specialisering, herunder kan indsatser, der forudsætter generalistkompetencer blive vanskelige at implementere og opretholde, ligesom en rationel og fleksibel brug af den lægelig arbejdskraft kan være udfordret

Appendiks 1. Specialemodellens historiske udvikling

Forud for gennemgangen af den danske speciallægeuddannelse i betænkningen af 1977 omfattede specialestrukturen 32 selvstændige grundspecialer. Speciallægekommissionen bemærkede, at antallet ”er mere eller mindre tilfældigt, stort set afhængigt af traditioner og af, om nogle interesserede selvskaber eller enkeltpersoner på det rette tidspunkt har henvendt sig til specialistnævn eller Sundhedsstyrelsen”. En væsentlig del af kommissionens arbejde var derfor også en gennemgang af specialestrukturen.

Kommissionen foreslog en reducere af antallet af formaliserede uddannelsesforløb fra 32 til 21 grundspecialer, hvor nogle af grundspecialerne fik etableret en række grenspecialer, hvor uddannelsesforløbet var en fortsættelse af uddannelsen i grundspecialet. Det blev fremhævet som værende en struktur, der gav mulighed for en fleksibel indpasning af nye fagområder i uddannelsesstrukturen. Samtidig blev der anbefalet, at uddannelsen inden for alle specialer i princippet skulle være ens med en almen uddannelse (turnusuddannelse) og en hoveduddannelse. Grenspecialestrukturen blev anbefalet inden for grundspecialerne i intern medicin, kirurgi og neurologi, ved at der blev tilknyttet et formaliseret uddannelsesforløb som en fortsættelse af uddannelsen i grundspecialet og anerkendelse med autorisation. For de øvrige grundspecialer var der ikke en autoriseret grenspecialestruktur, idet de var omfattet af uformelle og mindre formaliseret uddannelse, der var karakteriseret ved subspecialer, ekspertområder og interesseområder. Opsummeret gik man således fra en specialemodel med grundspecialer til en specialemodel med grundspecialer og grenspecialeoverbygning på en række af grundspecialerne.

Der blev samtidigt anbefalet etablering af to nye grundspecialer i henholdsvis almen medicin og samfundsmedicin, hvor der til sidst blev foreslået etableret af grenspecialet arbejdsmedicin. Etableringen fulgte dog først fra 1982 med følgende ændringer

- 1982: 4 kirurgiske og 6 medicinske grundspecialer blev konverteret til grenspecialer og en række nye grenspecialer blev etableret – i alt blev der 5 kirurgiske og 12 intern medicinske grenspecialer
- 1982: Etablering af grundspeciale i samfundsmedicin med de to linjer administrativ medicin og arbejdsmedicin. I 1987 blev socialmedicin den tredje linje. I 1994 blev området omstruktureret fra 3 uddannelseslinjer til grundspecialerne samfundsmedicin og arbejdsmedicin
- 1990: Neurokirurgi udskilt som et selvstændigt grundspeciale (var tidligere et grenspeciale til neurologi)
- 1987: Specialet onkologi etableres (Hidtidige speciale var terapeutisk radiologi)
- 1987: Grundspecialet tropemedicin blev inkluderet i grenspecialet infektionsmedicin
- 1990: Grenspecialet langtidsmedicin blev ændret til grundspecialet geriatri
- 1994: Grundspecialet Børnepsykiatri udvides til at omfatte ungdomspsykiatri
- 1996: Grundspecialerne klinisk farmakologi og klinisk genetik etableres

Den nuværende specialemodel blev indført på baggrund af speciallægekommissionens anbefalinger fra 2000. Den tidligere model med grenspecialer blev anbefalet afskaffet, således at specialemodellen derefter kun indeholdt grundspecialer. Baggrunden for dette var en forventning om et stadig større pres for etablering af grenspecialer, og fordi strukturen med grenspecialer knyttet til ét grundspeciale gav en mindre fleksible specialestruktur over for strukturændringer og muligheden for tilpasning til den lægefaglige udvikling og efterspørgsel efter specifikke kompetencer.

Den nye model blev karakteriseret som enhedsmodellen, der udgøres af grund (basis) specialer, hvilket dog ikke gælder for de ni intern medicinske specialer og de fem kirurgiske specialer, der er omfattet af funktionsmodellen,

Nedlæggelsen af grenspecialestrukturen blev anbefalet på følgende måde

- Grenspecialet klinisk neurofysiologi blev nedlagt og konverteret til et fagområde
- Medicinsk allergologi og hepatologi blev nedlagt og konverteret til fagområder (hepatologi endte dog med at blive integreret i specialet Intern medicin: Gastroenterologi og hepatologi).
- De øvrige medicinske grenspecialer blev konverteret til grundspecialer med en fælles grunduddannelse i intern medicin.
- Grenspecialet kirurgisk gastroenterologi konverteredes til en del af specialet kirurgi
- De øvrige kirurgisk grenspecialer blev konverteret til specialer med en fælles korterevarende fællesuddannelse i kirurgi