

Kriterier for anerkendelse af et lægeligt speciale

Introduktion

Arbejdsgruppe 2 har til opgave at udarbejde anbefalinger om kriterier for anerkendelse af et lægeligt speciale. Forslag har tidligere været drøftet på arbejdsgruppens første og andet møde, hvor der er tilslutning til indholdet i nogle fremtidige kriterier. I dette notat gives forslag til et format for beskrivelsen og en proces til senere operationalisering.

Nedenfor fremstilles et forslag i formatet for anbefalingerne, der benyttes i forbindelse med revisionen omfattende overskrifterne status, udfordringer, muligheder og anbefalinger.

Status

Formålet med at styre antallet af lægelige specialer, og hvilke lægelige specialer, der er godkendte er at medvirke til, at der sundhedsvæsenet kan tilbyde sikker behandling af høj kvalitet samt at understøtte de enkelte specialers bæredygtighed, både så de kan understøtte faglig udvikling inden for specialets område, uddannelse af speciallæger og efteruddannelse af speciallæger og rådgive myndigheder deslige mv. Samtidigt skal styringen sikre en specialestruktur med specialer, der giver kvalitet, effektivitet og patientsikkerhed for patienter og borgere i sundhedsvæsenet i bred forstand.

Kriterier for lægelige specialer blev første gang beskrevet i Speciallægekommissionens betænkning i 2000. Kommissionen havde følgende anbefalinger for kriterier for lægelige specialer:

- Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang
- Det lægevidenskabelige områdes specificitet
- Specialestrukturen i sammenlignelige lande

Kommissionen beskrev uddybende at:

”Det taler for at anerkende et lægevidenskabeligt område som et speciale, hvis området omfatter mange patienter og involverer et tilstrækkeligt stort antal kompetente udøvere til at garantere områdets udvikling og muliggøre uddannelsen af kommende speciallæger i specialet. Omvendt taler det imod at anerkende et område som et speciale, hvis området omfatter få patienter, et beskedent antal læger og få afdelinger/selvstændige driftsenheder. Kommissionen finder, at et lægevidenskabeligt område, der ikke er repræsenteret som selvstændig driftsenhed i alle tre uddannelsesregioner, som hovedregel ikke bør anerkendes som et speciale.”

”Det taler for at godkende lægevidenskabelige områder som specialer, hvis de har så få berøringspunkter, at læger fra de pågældende områder ikke kan indgå i et fælles beredskab ved en funktionsbærende enhed, eller hvis områderne er karakteriseret ved, at uddannelsen ikke eller

kun i beskedent omfang ligner uddannelsen inden for andre lægevidenskabelige områder. Lægevidenskabelige områder, der har så mange fælles berøringspunkter, at læger, der er uddannet inden for de pågældende områder meningsfyldt kan indgå i et fælles beredskab ved en funktionsbærende enhed, bør almindeligvis ikke anerkendes som selvstændige specialer.”

”Det taler for at anerkende et lægevidenskabeligt område som et speciale, hvis det i alle eller næsten alle EU- og EØS-lande har status som speciale, hvorimod det ikke taler for at bevare eller etablere lægevidenskabelige områder som specialer, hvis de kun findes som specialer i få EU- og EØS-lande.”

I overensstemmelse med det daværende Specialistråd, fandt Speciallægekommissionen det ikke muligt at foretage en entydig beskrivelse af de kriterier, der skulle være opfyldt, hvis et lægefagligt område skulle anerkendes som speciale.

Sammenfattende fandt kommissionen, at kriterierne bør indgå i overvejelserne vedrørende godkendelse af et lægevidenskabeligt område som et speciale, men at en beslutning om at anerkende et lægefagligt område som et speciale i sidste ende må bero på en konkret vurdering, hvori også inddrages overvejelser vedrørende de fordele og ulemper, der følger af en specialisering.

Der er på nuværende tidspunkt 39 lægelige specialer i Danmark. Siden ændringer af specialestrukturen i 2003 er der oprettet to nye specialer. Retsmedicin blev oprettet i 2008 og akutmedicin blev oprettet i 2018. De specialer, der er godkendt i Danmark fremgår af Sundhedsministeriets Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger (BEK nr 96 af 02/02/2018)¹.

Internationalt, er der betydelig variation ift. antal og afgrænsning af lægelige specialer ligesom, der er variation ift., om disse er defineret og reguleret fra centrale myndigheder eller via fx lægefaglige organisationer/boards. Der er endvidere betydelig variationer i opbyggelse af de speciallægeuddannelserne, herunder både ift. opbygning, længde om den uddannelsessøgende læges kompetencer vurderes ved prøver eller som en del af en dynamisk proces. I EU kan nye specialer omfattes af anerkendelsesdirektivet² og princippet om automatisk anerkendelse (bilag V), når de er fælles for mindst to femtedele af medlemsstaterne. Der er ikke yderligere, fælles EU kriterier for specialer.

Siden speciallægekommissionen fra år 2000, har kriterierne for lægelige specialer indgået som en del af en konkret vurdering på et bredt grundlag, når Sundhedsstyrelsen har modtaget anmodninger om at oprette nyt lægeligt speciale.

Udfordringer

Udviklingen af lægevidenskabelige områder til egentlige specialer beror på en lang historisk udvikling. Typisk sker en faglig udvikling, der afstedkommer organisatorisk ændringer og til sidst oprettelse af et lægeligt speciale. Det samlede lægevidenskabelige område er derfor i et vist omfang arbitrært opdelt i specialer uden, at udviklingen kan tilskrives en sammenhæng 1:1 mellem opfyldelse af en række kriterier om størrelse, specificitet og specialeforhold i udlandet mv. I

¹ <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/96>

² EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS DIREKTIV 2005/36/EF af 7. september 2005, artikel 26

I Betænkning om videreuddannelse til speciallæge fra 1977 beskrives: *Det må fremhæves, at det nuværende antal specialer er mere eller mindre tilfældigt, stort set afhængigt af traditioner og af, om nogle interesserede selskaber eller enkeltpersoner på det rette tidspunkt har henvendt sig til specialistnævnet eller sundhedsstyrelsen.* Og først efter speciallægekommissionens anbefaling i 2000 blev der opstillet en række kriterier, der kunne indgå i overvejelserne vedrørende anerkendelse af specialer

Det er grundet den iboende natur i specialerne vanskeligt at lave præcise og stærkt handlingsanvisende kriterier for lægelige specialer. Specialerne klassificeres på forskellige akser:

- organbaseret (fx oftalmologi)
- tekniskbaseret (klinisk genetik og klinisk fysiologi og nuklearmedicin)
- behandlingsform (fx kirurgi i modsætning til medicinske specialer)
- sygdomsgruppe (onkolog)
- afgrænsede aldersgrupper (pædiatri og geriatri)

Specialernes område og afgrænsning mod andre specialer (og deres fællesskab med andre specialer) er derfor til diskussion og påvirkes af faglige, teknologiske og værdimæssige ændringer.

Grundet forskelligartetheden i de lægefaglige områders afgrænsning og fokus på grund af forskellige opbygning af sundhedsvæsenet i Danmark og i udlandet er det ikke muligt at lave en entydig vægtning af de forskellige kriterier. **Eksempelvis kan et speciale, der ikke er godkendt i sammenlignelige lande, stadig være relevant at anerkende i Danmark, fordi det varetager en væsentlig opgave i det danske sundhedsvæsen/samfund, der ikke varetages af andre specialer.**

Samtidigt hænger sammensætningen og antallet af specialer uløseligt sammen med strukturen for efteruddannelse herunder subspecialer og fagområder, herunder det vurderede behov for udvikling af breddekompetencer og specialiserede kompetencer på forskellige tidpunkter i den lægelige postgraduate uddannelse.

Mange og snævert defineret specialer, understøtter specialisering mv. men mindsker samtidigt fleksibilitet både for sundhedsvæsenet såvel som for den enkelte læge. Få men meget bredde specialer kan til gengæld betyde, at det enkelte speciale dækker over et stort fagligt område, hvor det ikke nødvendigvis kan antages, at en uddannet speciallæge kan varetage hovedparten af området.

Kriterier for specialer har endvidere betydning for sundhedsvæsenets organisering, da der er en afhængighed mellem afdelingsorganisation og lægelige specialer. Dog er der inden for de seneste år set en bevægelse væk fra denne sammenhæng på en række områder med henblik på at understøtte mere sammenhængende patientforløb.

Definitionen af specialer har betydning for lægers internationale mobilitet både ift. udenlandske speciallæger, der ønsker at arbejde i Danmark og herboende læger, der ønsker at arbejde i udlandet.

De hidtidige kriterier har fokus på selve indholdet og størrelsen af de lægefaglige områder, mens specialets relevans i lyset af aktuelle og fremtidige sundhedsbehov ikke er et kriterium.

Muligheder

Kriterier for lægelige specialer er først og fremmest tiltænkt brug ifm. oprettelse/nedlæggelse af specialer, og kriterierne kan også bruges som ramme for at beskrive kernekaraktistika ved et speciale, hvilket er relevant fx ved specialeplanlægning og ved vurderinger af fællesområder mellem specialer i øvrigt.

Der bør ud over selve kriterierne også indgå anbefalinger til brugen af kriterierne i disse vurderinger af oprettelse/nedlæggelse af specialer. Kriterierne bør bruges til at kvalificere vurderingen. Det vurderes ikke, at kriterier kan fungere som en tjekliste, der enten nødvendiggør eller udelukker oprettelsen af et lægeligt speciale ud fra enkeltvise, absolutte kriterier.

Kriterierne bør være klare og letforståelige og udfoldede, mens den konkrete anvendelse af kriterierne i vurdering af et lægeligt område skal være kontekstuel. Anvendelse skal endvidere tage hensyn til beslutninger om formalisering af efteruddannelse herunder fagområder, subspecialer og ekspertområder, ligesom forholdet til den overordnede specialestruktur skal indtages.

Kriterierne giver mulighed for at inddrage patienternes og befolkningens aktuelle og fremtidige behov for sundhedsydelse. Ved at tilføje dette kriterium målrettes oprettelsen af specialer patientbehandling og den klinisknære udvikling hvorved den patientnære værdiskabelse sættes i centrum. Samtidigt vil lægevidenskabelige områder, der aktuelt primært har et udviklings- og forskningspotentiale kunne varetages som fagområder, subspecialer, i forskningsmiljøer eller som dele af allerede eksisterende specialer.

Anbefalinger

Det anbefales, at kriterierne for lægelige specialer er følgende:

- Det lægevidenskabelige område udgør en tydelig afgrænset faglig enhed
- Det lægevidenskabelige område skal have en størrelse ift. (potentielle) specialelæger og patienter/forløb mv., at der kan forudsættes aktivitet i hele landet, og så den faglige udvikling og forskning kan varetages
- Det lægevidenskabelige område understøtter løsningen af patienternes og befolkningens behov for sundhedsydelse
- Det lægevidenskabelige område findes i sammenlignelige lande

Ved tydelig afgrænset faglig enhed forstås blandt andet, at specialets kerneopgaver kan afgrænses fx ud fra behandlingen af bestemt sygdomsgrupper, en afgrænsede population, brug af bestemte metoder/teknikker eller lignende, at den lægelige indsats i specialets arbejde kan afgrænses både ift. karakteren af indsatsen, fx om det er udredning, behandling, dokumentation e.a. og af hvilke lægefaglige kernekompetencer, som er nødvendige for at kunne varetage den lægelige indsats. Endvidere forstås, at den kliniske aktivitet har et klart fagligt grundlag, der sikrer kvalitet og udvikling af det kliniske arbejde. Ved afgrænsning forstås også, at skæringsflader og overlap til andre lægevidenskabelige områder kan beskrives.

Det vurderes ikke, at der kan laves en entydig beskrivelse af de kriterier, der skal være opfyldt, hvis et lægefagligt område skal anerkendes som et speciale.

Det anbefales derfor:

- at kriterierne for oprettelse af lægelige specialer indgår som en del af en samlet, konkret vurdering af, om et lægevidenskabeligt område skal oprettes som et selvstændigt speciale
- at processen for vurderingen af ansøgninger til oprettelse af specialer formaliseres, herunder med angivelse af krav til beskrivelse i ansøgning samt krav til proces for inddragelse af relevante parter, herunder hvilke fora ansøgningen skal behandles i før der kan træffes en beslutning
- at der i vurderingen af oprettelse/nedlæggelse af specialer altid foretages en vurdering af afledte effekter, herunder i relation til sundhedsvæsenets organisering samt i relation til eventuelt kompetence- og arbejdsområdemæssigt til andre specialer
- at der i vurderingen af et potentielt lægeligt speciale altid foretages en vurdering af, om det lægevidenskabelige område bedre rustes ved oprettelse af et fagområde e.a.