

Hørings svar fra Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi til Dimensioneringsplanen 2024-2028:

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi anbefaler, at antallet af hoveduddannelsesforløb i klinisk farmakologi øges fra 5 på landsplan til 9 i den kommende dimensioneringsplan. Uddannelsesforløbene fordeles med 3 til Videreuddannelsesregion Nord, 2 til Videreuddannelsesregion Syd og 4 til Videreuddannelsesregion Øst. På denne måde forventes specialets udvikling i form af etablering af nye uddannelsessteder i Region Nordjylland og Region Sjælland at kunne tilgodeses, ligesom der skabes grobund for fortsat vækst af de klinisk farmakologiske afdelinger i alle regioner for at imødegå den generelt øgede efterspørgsel efter speciallæger i klinisk farmakologi.

Ad spørgsmål 1: Hvordan opleves den nuværende balance mellem udbuddet og efterspørgslen på speciallæger i specialet?

I alle uddannelsesregioner opleves en stigende efterspørgsel efter speciallæger i klinisk farmakologi, som overstiger udbuddet. Som det også fremgår af oversigten i høringsmaterialet (tabellerne 1-5), er der i årene 2013-2019 set en stigning i antallet af beskæftigede speciallæger i klinisk farmakologi landet over. Nyuddannede speciallæger i klinisk farmakologi får ansættelse på de klinisk farmakologiske afdelinger i de fem regioner, men også i statslige styrelser, Medicinrådet, lægemiddelindustrien og dertil en række andre steder. Alle disse steder udtrykker ønske om flere speciallæger i klinisk farmakologi. Især det regulatoriske område, repræsenteret ved Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Medicinrådet på nationalt plan samt på mere lokalt plan i regionshusene og sygehusdirektionerne, er et område i vækst, hvor efterspørgslen efter kliniske farmakologer ikke er mættet endnu.

Samtidig er mere end halvdelen af de erhvervsaktive speciallæger i klinisk farmakologi ifølge høringsmaterialet over 50 år, heraf 20% over 60 år. Disse må inden for en overskuelig årrække forventes at gå på pension. Givet at den kommende dimensioneringsplan omfatter årene 2024-2028, hvortil skal lægges uddannelsestiden for de kommende speciallæger, er dette relevante overvejelser.

Vores holdning er følgelig, at udbuddet af speciallæger i klinisk farmakologi bør øges hurtigst muligt.

Ad spørgsmål 2: Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet for speciallæger i specialet?

Vores arbejde som kliniske farmakologer omfatter rådgivning om lægemiddelanvendelse på mange niveauer, lige fra det helt klinisknære, hvor vi yder service til travle klinikere, som har behov for støtte i forbindelse med behandling af konkrete patienter, til det helt overordnede plan, hvor vi yder beslutningsstøtte til alle niveauer af beslutningstagere i sundhedsvæsenet. I en tid, hvor ressourcerne skal prioriteres skarpt, er vores uddannelse af stor betydning, fordi vores læger er uddannet til at vurdere ikke kun lægemidlers effekt, men også sætte disse i relation til prisen. Vi hjælper allerede nu med at tilrettelægge kliniske

anbefalinger på den mest hensigtsmæssige måde, også økonomisk, og sparer derved sundhedsvæsenet for mange penge hvert år. Dette behov må forventes at stige yderligere i de kommende år, som priserne på medicin generelt stiger og kompleksiteten af nye behandlinger øges.

På nuværende tidspunkt er der 5 hoveduddannelsesforløb på landsplan, heraf 2 i Videreuddannelsesregion Nord, 1 i Syd og 2 i Øst. Hidtil har den klinisk farmakologiske afdeling på Aarhus Universitetshospital haft de 2 forløb i Nord og afdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital de 2 i Øst.

Da der nu er etableret et hoveduddannelsesforløb i Aalborg, vil afdelingen i Aarhus dermed skulle afgive et forløb, hver gang der skal slås op i Aalborg. Afdelingen i Roskilde har igennem længere tid, i samarbejde med Region Sjælland, ønsket at deltage i uddannelsen af speciallæger i klinisk farmakologi, og der er i 2023 tildelt et fleksforløb til dette formål. Fremover vil afdelingen på Bispebjerg imidlertid skulle afgive et forløb, hvis der slås hoveduddannelsesforløb op i Roskilde uden en øgning i normeringen i Videreuddannelsesregion Øst.

Efterhånden som de to afdelinger i Aalborg og Roskilde får etableret uddannelsesstillinger og får ansat læger i disse, forventer vi at se et øget behov for speciallæger i klinisk farmakologi i de pågældende regioner. Dette hænger sammen med, at det bliver tydeligt for de ansættende afdelinger og sygehuse, hvordan vores speciallæger kan hjælpe med at holde et klart fokus på rationel farmakoterapi og på økonomisk ordination af lægemidler. Erfaringen fra andre regioner har været, at efterhånden som vores læger kommer ud på de perifere sygehuse i deres uddannelsesforløb, stiger efterspørgslen efter vores ydelser.

Ad spørgsmål 3: Vurderes udviklingen i efterspørgslen efter speciallæger i specialet de kommende år at være større eller mindre end det forventede udbud?

Som anført under spørgsmål 1 og 2, forventer vi en klart øget efterspørgsel efter speciallæger i klinisk farmakologi fremover, både i regulatorisk regi, i industrien og på sygehusene. Vi ser også tendenser til, at flere af vores speciallæger får arbejdstid i klinikken, f.eks. i form af farmakologisk stuegang i psykiatrien. Dette er endnu i sin vorden, men har et stort uudnyttet potentiale – også i primærsektoren – fordi vores læger er specialister i lægemidler med et generalistblik på patientniveau.

Ad spørgsmål 4: Hvilke faktorer forventes at kunne få indflydelse på behovet af speciallæger i specialet?

De kommende år vil demografi (specielt øget levealder kombineret med store ældre årgange) og et øget udbud af ny og dyr medicin samt udvikling i muligheder for dataanalyser udfordre patientbehandlingen, lægefagligheden og sundhedsbudgetterne. Kliniske farmakologer har særlige kompetencer indenfor den rationelle lægemiddelbehandling af ældre og multisyge. For eksempel ved at kunne varetage medicingennemgange, hvor der er et voksende behov for tværfaglighed, og som faglig støtte til de praktiserende læger og specialisterne på hospitalet (jf. sundhedsstyrelsens anbefalinger www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Polyfarmaci-ved-multisygdom).

Med en kraftig specialisering i sundhedsvæsenet oplever vi, at de enkelte specialer tager sig af deres egen andel af patientens medicinering uden at regulere patientens øvrige medicinering, som kan være igangsat i andre specialer eller i almen praksis. Der mangler den brede farmakologiske forståelse. Kliniske farmakologer har en bred generalistviden om medicinering og kan bistå med medicinsanering. I flere regioner er kliniske farmakologer involveret i f.eks. polyfarmaciklinikker, og vi forventer, at behovet for at sygehusafdelinger og alment praktiserende læge kan henvise polyfarmacipatienter til medicinsanering, vil stige.

Kliniske farmakologer yder støtte til alle niveauer af beslutningstagere i sundhedsvæsenet. I en tid, hvor ressourcerne skal prioriteres skarpt, er vores uddannelse af stor betydning, fordi vores læger er uddannet til at vurdere ikke kun lægemidlers effekt, men også omkostningseffektiviteten. Vi bistår bl.a. med udarbejdelse af kliniske anbefalinger på den mest hensigtsmæssige og økonomisk ansvarlige måde, og bidrager dermed til at reducere omkostningerne på lægemiddelområdet. Dette behov må forventes at stige yderligere i de kommende år, som priserne på medicin generelt stiger og kompleksiteten af nye behandlinger øges.

Over de senere år har vi desuden oplevet et stigende behov for kliniske farmakologer fra både Medicinrådets fagudvalg og fra lægemiddelkomiteerne, som varetager regional implementering og opfølgning på Medicinrådets anbefalinger. Dette behov forventes at stige jævnt over de kommende år.

Også børneområdet er under udvikling, og oprettelsen af et regionalt eller nationalt center i børnefarmakologi er forestående, hvilket også vil kræve klinisk farmakologiske speciallægekompetencer.

Desuden er det et stort og voksende område for kliniske farmakologer, at foretage uvildig sagsbehandling til grund for prioritering af ibrugtagning af dyre lægemidler. Særligt den fremtidige stigning i specifikke behandlingsmuligheder indenfor onkologien, inflammationssygdomme og niche-områder (orphan drugs) vil kræve overblik på tværs af de medicinske specialer for at kunne sikre relevant (klinisk og politisk) prioritering.

Klinisk farmakologi er også centralt placeret i forhold til dataanalyse af den eksponentielt stigende mængde data, der kan anvendes til 'personlig medicin' fx i form af farmakogenomiske data og big-data fra registre og sundhedsjournaler i forhold til lægemiddelovervågning. Alt dette vil øge behovet for klinisk farmakologiske speciallæger, der - som er generalister indenfor rationel farmakoterapi på tværs af specialer og sygdomme - kan varetage både kliniske funktioner og rådgivende funktioner i forhold til andre specialer.

Med udbredelsen af uddannelsen til alle regioner må det forventes, at der kommer en øget efterspørgsel især i de to regioner, som hidtil ikke har haft egne hoveduddannelsesstillinger i klinisk farmakologi. Behovet er dog langt fra heller dækket i de øvrige regioner, hvor de perifere sygehuse ikke alle steder endnu har mulighed for at blive betjent lokalt.

Endelig er der en generation af speciallæger, som er uddannet før etableringen af speciallægeuddannelsen i klinisk farmakologi i 1995, som efterhånden nærmer sig pensionsalderen. Mange af disse er dobbeltspecialiserede, eksempelvis i almen medicin, og en del er ikke beskæftiget inden for specialet længere.

Ad spørgsmål 5: Er der nogle generelle bemærkninger til lægeprognosens fremskrivning af speciallæger i specialet?

Vi har i de seneste år set en tendens til, at hoveduddannelseslæger i Hovedstaden, når de som en del af deres uddannelse arbejder i lægemiddelindustrien, springer fra hoveduddannelsen til fordel for en fastansættelse i industrien. Disse læger figurerer altså i over sigten overbesatte hoveduddannelsesforløb, men fuldfører aldrig uddannelsen og kommer dermed ikke til at fungere som speciallæger i specialet. De dækker ganske givet en del af behovet i lægemiddelindustrien, men kan være vanskelige at rekruttere til andre stillinger.

Som anført under spørgsmål 4 har vi en del kolleger, som er dobbeltspecialiserede og en del kolleger, som har forladt specialet til fordel for universiteterne eller kliniske specialer. Disse læger tæller med i prognosticeringen, men er ikke rekrutterbare til stillinger inden for specialet.

Ad spørgsmål 6: Hvilken uddannelseskapacitet anbefales for perioden 2024-2028?

Som det fremgår af tabel 6 i høringsmaterialet, har de opslåede hoveduddannelsesstillinger i alle videreuddannelsesregioner været besat fra 2017-2021, fraset i videreuddannelsesregion Øst i 2020 og 2021, hvor der har været i alt 3 vakante forløb. Dette afspejler ikke manglende interesse, men helt konkret har tilbagemeldingen fra de yngre læger været, at man i netop disse to år ikke har ønsket at skulle ud i kliniske ansættelser pga. covid-situationen i Hovedstaden. I 2022 har vi besat alle opslåede forløb, og i videreuddannelsesregion Syd er der endda besat 2 forløb.

Vi ved også, at en god del af vores I-læger søger phd-forløb efter I-stillingen, hvorved de udskyder en eventuel hoveduddannelse. En del af disse vender tilbage til specialet på et tidspunkt, og vores fornemmelse er, at dette vil være tiltagende i årene fremover.

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi anbefaler derfor, at antallet af hoveduddannelsesforløb i klinisk farmakologi øges fra 5 på landsplan til 9 i den kommende dimensioneringsplan. Uddannelsesforløbene fordeles med 3 til Videreuddannelsesregion Nord, 2 til Videreuddannelsesregion Syd og 4 til Videreuddannelsesregion Øst. På denne måde forventes specialets udvikling i form af etablering af nye uddannelsessteder i Region Nordjylland og Region Sjælland at kunne tilgodeses, ligesom der skabes grobund for fortsat vækst af de klinisk farmakologiske afdelinger i alle regioner for at imødegå den generelt øgede efterspørgsel efter speciallæger i klinisk farmakologi.

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

Den formelle ratio mellem I- og H-forløb er fastsat til 2-2,5, men reelt er forholdet nok tættere på 3. Dette vurderes at være et passende niveau, så vi sikrer, at der også er plads til, at en del af vores I-læger vælger at gå forskningsvejen efter endt I-forløb.