

## **Kommentarer fra Dansk Selskab for Infektionsmedicin vedr. ”Høring i forbindelse med dimensionering af speciallægeuddannelsen 2013-2017”.**

Tak for muligheden for at kommentere Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan med særlig henblik på det fremtidige behov for infektionsmedicinske speciallæger.

### **Udbud og efterspørgsel:**

*#1 Er der bemærkninger vedrørende lægeprognosens fremskrivning af speciallæger?*

Der er foretaget en fremskrivning frem til år 2030, hvor man på baggrund af en årlig vækst på 4,6 % forventer at kunne råde over 159 infektionsmedicinske speciallæger. Det er indlysende at usikkerheden på dette estimat er stor når vi ser ud over de nærmeste 5 – 10 år. Der er imidlertid ikke noget der tyder på at vi får færre infektionspatienter (=efterspørgsel) i fremtiden og baggrunden herfor uddybes nærmere under spørgsmål #5.

*#2 Hvordan opleves balancen mellem udbud og efterspørgsel?*

Der har hidtil været kvalificerede ansøgere til alle uddannelses stillinger om end med en gradient tværs over landet således at ansøgstallet har været størst i hovedstadsområdet. Der er fortsat mange ansøgere med forskningserfaring og akademiske grader, men der er også fortsat mangel på uddannede speciallæger; således har der været eksempler på få eller ingen ansøgere til overlægestillinger selv i hovedstadsområdet.

*#3 Er der særlige regionale forskelle i efterspørgsel og udbud som dimensioneringsplanen skal tage højde for?*

*og #4 vil efterspørgslen være større eller mindre end det forventede udbud?*

Den faglige tilrettelæggelse og organisering af det infektionsmedicinske speciale i hht. den seneste specialevejledning (15. juni, 2011) beskriver infektionsmedicinske arbejdsområder på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Der er ikke stor tradition for speciallæge praksis i infektionsmedicin, men det findes, og infektionsmedicin skal kunne varetages overalt i sygehusvæsenet på hovedfunktions-, regions- eller højt specialiseret niveau. Der findes i dag 10 selvstændige infektionsmedicinske afdelinger på regions- og højt specialiseret niveau, men flere af disse er stadig under opbygning og forventes at ”opsuge” en del flere infektionsmedicinske speciallæger. De store fælles akut modtage afdelinger (FAM) vil tillige øge behovet for speciallæger. En stor del af infektionsmedicinske indlæggelser er akutte og vi imødeser derfor at der vil være et stort behov for adgang til infektionsmedicinsk ekspertise ved vurdering af akut indlagte patienter med mulig infektionstilstand. Endelig er bemanningen på sygehuse med infektionsmedicin på hovedfunktionsniveau stadig kun sporadisk og opfylder langt fra specialeplanens målsætning. Igen

må det noteres at stillinger tættest på de større byer synes at være lettest at besætte. Vi mener imidlertid at "stillinger på hovedfunktionsniveau" kan og bør gøres attraktive ved at sikre en infektionsmedicinsk afdelingsstruktur af en vis størrelse af hensyn til det faglige miljø. Der er stigende opmærksomhed på om adgangen til sundhedsydelser er den samme overalt i landet. Det kardiologiske speciale er et i front på dette område og har udviklet strategier for at håndtere akut syge hjertepatienter således at patienter bosiddende uden for de større byer ikke er væsentligt ringere stillet ved akut opstået behov for hjælp end andre borgere. Det samme krav vil blive stillet for akutte alvorlige infektionssygdomme: patienterne bør forvente en akut vurdering og behandling baseret på kvalificeret infektionsmedicinsk ekspertise på ethvert hospital i Danmark. Med andre ord: efterspørgslen efter speciallæger med infektionsmedicinsk baggrund vil være stigende for at opfylde dette mål.

**Udbuddet:** Der har endnu ikke vist sig nogen afmatning eller svigtende tilgang af ansøgere til de højt specialiserede afdelinger. Der er ofte mange ansøgere til de faste stillinger og de besættes oftest med ansøgere, der har en høj faglig profil og som regel en akademisk grad. Som nævnt er der imidlertid mangel på uddannede speciallæger til en del stillinger på afdelinger på hovedfunktionsniveau.

Specialet har i en del år været omgivet nogen mytedannelse: "det er svært at komme ind i specialet" – "selv om man kommer ind er det svært at få en slutstilling". Vi forventer imidlertid at det vil have en selvforstærkende effekt hvis tilgangen til specialet fastholdes på et højt niveau og det bliver åbenbart, at der er brug for (= stillinger til) infektionsmedicinske speciallæger.

#### *#5 Hvilke faktorer forventes at få indflydelse på behovet for speciallæger i specialet?*

Vi erfarer en generel øget efterspørgsel på "infektionsmedicinske ydelser" dels pga

1. øget patientantal – øget antal infektionsmodtagelige patienter
2. nye behandlingsmodaliteter ofte med "særlig dyr medicin" særligt til behandling af kronisk virale infektioner, som stiller krav til ordination og monitorering på speciallægeniveau.

En række faktorer har ændret sig i befolkningens demografiske udvikling og vil ændre fremtidens patientsammensætning:

**Aldersgruppen >65 år** er stigende og dermed øges antallet af mulige infektionspatienter. Denne patientgruppe markerer sig i stigende grad i samfundet med ønske om udredning og behandling på samme niveau som andre patientkategorier. Ældre patienter rejser mere end nogensinde og bidrager derfor også til det øgede behov for rejserådgivning og diagnostik og behandling af infektioner erhvervet uden for Danmark.

I denne aldersgruppe bemærkes i disse år en stor stigning af infektiøs spondylodiskit. En tilstand som kræver ressource-tung udredning og langvarig behandling.

**Patienter med medfødt immundefekter og patienter i immunsupprimerende behandling:** Populationen af patienter i immunsupprimerende behandling på baggrund af inflammatoriske, dermatologiske og reumatologiske tilstande er stigende og præparaterne bliver tiltagende potente

med deraf følgende øget infektionsrisiko. Onkologiske og hæmatologiske patienter overlever bedre end tidligere, men ofte med relativ immuninsufficiens til følge. Antallet af organ- og knoglemarvstransplanterede patienter er for opadgående og en stor gruppe patienter venter på transplantation som kroniske dialyse patienter, en tilstand der også er forbundet med øget infektionsmorbiditet.

Udredning for latente infektioner som f.eks. TB og hepatitis forud for immunsupprimerende behandling varetages også i vid udstrækning af infektionsmedicinere.

**Ind-operede proteser:** Antallet af indopererede proteser stiger og deraf følgende proteseinfektioner. Disse patienter er ressourcekrævende og det infektionsmedicinske speciale bør gå aktivt ind i håndteringen af denne patient kategori.

**Patienter med behov for intensiv terapi.** Infektionsmedicinske speciallæger bør deltage aktivt i antibiotika-behandlingsstrategierne hos svært syge patienter på intensiv afdelinger. Uanset indlæggelsesårsag er nosokomielle infektioner en hyppig komplikation hos såvel kirurgiske som medicinske intensiv-patienter.

Infektionsmedicin er karakteriseret ved en række akutte tilstande som f.eks. sepsis, meningitis og svære pneumonier . Der er behov for intensiv terapi og monitorering af en del af disse patienter. Imidlertid kan nogle patienter observeres og behandles i såkaldte semi-intensive terapi afsnit hvis de ikke har behov for respirator behandling/assisteret ventilation. En del af de større infektionsmedicinske afdelinger har oprettet sådanne behandlings/observationsafsnit, som aflaster intensiv afdelingerne. Vi vurderer at der er øget behov for den slags enheder, hvilket stiller krav om infektionsmedicinsk vagtberedskab.

**Resistente mikroorganismer.** Clostridium difficile, VTEC, MRSA , ESBL – et stigende antal nye varianter af mikroorganismer har tilpasset sig det antibiotika tryk de udsættes for i sundhedsvæsenet. Patienter, der er syge af sådanne mikroorganismer, er særdeles ressourcekrævende. Infektionsmedicinske speciallæger deltager både i behandlings siden men også i forebyggelse af spredning til andre patienter, samt på det overordnede plan i form af bidrag til rationel antibiotika politik.

**Kroniske virale infektioner.** HIV patient-antallet stiger fortsat med 3-400 nydiagnosticerede per år og patienterne lever længere, får partnere og får børn – alt i alt øgende kravet til behandlerne. Hepatitis: I kølvandet på potente HIV midler fulgte anti-virale midler til hepatitis behandling – og disse patienter udgør en voksende gruppe i de infektionsmedicinske ambulatorier.

**Sjældne infektioner og rejsemedicin.** Øget rejseaktivitet blandt danskere, immigranter fra andre verdensdele stiller krav om opdateret viden om den globale sundhedssituation. Til dette hører behandling af tuberkulose: særligt de behandlingsresistente tilfælde, som infektionsmedicinere varetager. I andre dele af verden er antallet af disse i fortsat stigning, om end dette er endnu ikke set her i landet.

**Indvandrermedicin:** er en tværfaglig disciplin, som er under opbygning i infektionsmedicinsk regi på et par af landets hospitaler og som givetvis vil blive udbygget.

### **Konklusion:**

Antallet af potentielle infektionspatienter stiger: flere ældre, flere infektions**modtagelige** grundet co-morbiditet, flere behandlings**muligheder** samt et øget behandlings**krav** medfører alt i alt flere arbejdsopgaver for infektionsmedicinske speciallæger.

### *#6 Hvilken uddannelseskapacitet anbefales for perioden 2012-2017 og med hvilken begrundelse?*

På baggrund af de ovenfor nævnte mange opgaver må uddannelseskapaciteten som et minimum fastholdes. I øjeblikket er den infektionsmedicinske speciallægeuddannelse relativ strømlinet fra region til region. Vi finder det af stor betydning at alle i deres uddannelse har været ansat i en specialafdeling på et universitetshospital.

Som det fremgår af de medsendte statistikker er der en lille fraktion af speciallæger, der ender uden for hospitalsvæsenet f.eks. i industri eller ved forskningsinstitutioner. Det er ikke overraskende og afspejler blot den forskningstradition, der er knyttet til specialet. Af samme grund forventer vi også at der i fremtiden vil være flere der ønsker delestillinger for at kunne varetage forskning uden at miste den kliniske tilknytning. En ordning der bør støttes men som også vil medføre et øget uddannelsesbehov.

### *#7 Er ratioen mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb passende? (2-3,5)*

En ratio på 2 – 3,5 synes vurderes fortsat at være passende: der vil altid være læger ”der kommer på andre tanker” – men de fleste der virkelig ønsker at komme ind i specialet og har kvalifikationer til det har, så vidt vi er orienteret, også fået mulighed for en uddannelses stilling inden for en rimelig tidshorizont.

På vegne af Dansk Selskab for Infektionsmedicin

Åse Bengård Andersen

Formand

Overlæge, professor, dr.med.

Infektionsmedicinsk afdeling Q

Odense Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29

5000 Odense C