

Hørings svar, Fremtidens Speciallæge

Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS) takker for muligheden for at indgive hørings svar på Fremtidens Speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse. Hørings svaret er baseret på kommentarer fra selskabets Uddannelsesudvalg.

Der kommenteres på anbefalingerne, som listet i anbefalingsoverblik, s 6, og derudover har DLS indledende kommentarer til Baggrundsafsnittet i anbefalingen.

Baggrund

Ang sygehusbyggeri: DLS forundres over at man ikke i baggrundsafsnittet har diskuteret de nuværende super-sygehusbyggeriers betydning for dels lægelig uddannelse, men også det fremtidige behov for lægelige kompetencer; vi forundres over at man, kommenteret, på den ene side arbejder mod at samle højt specialiserede kompetencer under samme tag landet over, og på den anden side ønsker i højere grad at uddanne generalister.

I baggrundsafsnittet diskuteres ligeledes prognosen for de store patient belastninger i sundhedsvæsenet. Det undrer DLS, at man i denne prognostiske gennemgang har så stort fokus på hjerte- og cancerområdet, og kort nævner diabetes, men ikke inkluderer lungekroniker-området, hvor man for det første har store patientpopulationer med betydelig overdødelighed og trods intentionerne stadig har en meget stor belastning på hospitalsvæsenet – KOL-behandling udgør 6% af Europas sundhedsudgifter, og der er primært tale om udgifter til hospitalsbehandling.

1. Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse

DLS støtter at speciallægen efter endt uddannelse skal kunne varetage specialiets kerneopgaver, relevante opgaver i beslægtede specialer, kliniske generalistopgaver og basale opgaver. DLS bekymres dog over dels identifikationen af hvilke specialer, der er beslægtede specialer, samt opgaver der i de beslægtede specialer er relevante, dels i afgrænsningen af, på hvilket niveau disse kompetencer skal opnås. Der er flere problemstillinger i dette. For det første vil relevante beslægtede specialer og opgaver variere betydeligt afhængigt af, hvilken slutfunktion den enkelte speciallæge får. Eksempelvis i DLS-regi vil de relevante beslægtede specialer være forskellige, afhængigt af om man primært skal beskæftige sig med cancerudredning eller KOL-behandling. Afviger man fra en bred intern medicinsk baggrund til fordel for dybere kendskab til færre områder, vil der være læger, som er dårligt funderede i deres subspecialer. DLS bekymres derudover over betænkningens ønske om reduktion i niveauet for speciallægens kunnen inden for selve faget. Den viden, vi i dag giver speciallægen, er på mere specialiserede områder tilstrækkeligt til at opnår klinisk mistanke, iværksætte førstelinje udredning/behandling, og vi anser det stadig som værende et minimumskrav for uddannelsesniveaueet.

2. Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse

DLS støtter en harmonisering af og national standard for de kliniske kompetencer for de nyuddannede læger uagtet uddannelsessted samt bevaring af den kliniske basisuddannelse.

3. Videreuddannelsens varighed

4. DLS bifalder bevarelsen af de 12 mdr's varighed af introduktionsuddannelsen. DLS bemærker, at uddannelserne ikke skal forlænges i forhold til nuværende. Vi anser de nuværende fem år som værende optimalt for den intern medicin; lungemedicinske uddannelse. Da SST fremhæver, at man bør lære kompetencer tæt på den tid, hvor de skal anvendes, vil vi foreslå, at man overvejer muligheder for begyndende subspecialisering i slutningen af hoveduddannelsen.

5. Nye målbeskrivelser der støtter fælles kompetencer

DLS vil igen gerne fremhæve den manglende klarhed over hvem der skal fastlægge hvilke behandlingsopgaver, der er relevante for andre specialer og på hvilket kompetenceniveau kompetencerne skal erhverves

6. Fleksibilitet og merit

DLS gl der sig over bibeholdelse af mulighed for fleks-forløb og for lettere adgang til meritoverf rte kompetencer.

7. Modernisering af de syv lægeroller

DLS støtter en modernisering af de syv lægeroller, og bemærker sig især at der omtales et fokus på l gens resiliens og fortsatte travsel i jobbet.

Imidlertid undrer DLS sig over at hele betænkningen og den nye speciallægeuddannelse stort set ikke indeholder tanker om uddannelse af lægen som sundhedsfremmer. I en virkelighed med stadig flere mennesker med livsstilssygdomme bør dette have en langt mere fremherskende rolle i generalistfunktionen af alle speciallægeuddannelser.

8. Nye kriterier for specialer

DLS støtter kriterierne for evt nye specialer

9. Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for klinisk biokemi, immunologi og mikrobiologi

Ingen bem rknings.

10. Modernisering af funktionsrollen i intern medicin

DLS kan ikke modsætte sig at specialistuddannelsen skal indeholde en god intern medicinsk ballast. Imidlertid synes der at være en diskrepans mellem den faglige udvikling inden for de intern medicinske specialer, hvor behandlings anbefalingerne g r imod personificeret behandling inden for de enkelte subspecialer, hvilket kræver stor specialviden inden for subspecialiet. Som det omtales i baggrundsafsnittet, bliver en større og større del af vores

patienter multisyge, men de facto kræver det stor specialviden at håndtere den multisyge patient.

Det skal anføres, at de mest syge, multimorbide patienter faktisk ikke er tilknyttet generalist-afdelinger med højt specialiserede afdelinger inden for det lungemedicinske speciale, hvilket bør inddrages i overvejelserne omkring planlægning af uddannelsesforløbene.

11. Flere fælleskompetencer i de kirurgiske specialer

DLS har ingen kommentarer.

12. Det akutmedicinske speciale

DLS genkender fra alle landets sygehuse udfordringen med at skabe robuste akutmodtagelser og sammenhæng med specialerne, hvilket vi ser som en stor udfordring for vores speciale og vores patienter. DLS anerkender og bifalder SST's ønske om at knytte akut-specialet i langt højere grad til geriatri, almen medicin og psykiatri - men en afledt konsekvens heraf vil være at den mere specialiserede intern medicin herefter bør på banen med henblik på at planlægge den videre behandling af de mest sårbare af vores patienter. DLS ønsker således en fremtidig organisering, hvor behandlingen af de akut syge patienter efter den initiale modtagelse overtages af de medicinske specialer.

13. Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencer

DLS ser med stor bekymring på betænkningens overvejelser omkring efteruddannelse og behovet herfor. For det første er vi bekymrede for tilstrækkelig og tidssvarende søgning til subspecialer, hvis de unge læger under deres speciallægeuddannelse ikke er tilstrækkeligt introducerede hertil. Vi risikerer en ny situation med langvarige overvejelser om subspecialvalg, hvilket kan være af betydning for driften af subspecialerne, da oplæring tager tid. For det andet er det ikke helt klart, hvem man forventer, der skal forestå efteruddannelsen, blot at det er et individuelt og et kollektivt ansvar. I teksten nævnes specialeselskaberne. Her må man have sig for øje, at selskaberne drives af personer, som foretager frivilligt arbejde, og at en uddannelsesaktivitet meget hurtigt vil komme til at gå ud over de impliceredes tid med "varme hænder". De facto vil de subspecialiserede læger således skulle varetage dels den almindelige speciallægeuddannelse, den subspecialiserede efteruddannelse, patientbehandling, forskning og udvikling – med færre hænder, da en udskudt subspecialisering i et speciale med underbemanding som vores, med stor sandsynlighed vil føre til personalemangel. Dette kan blandt andet påvirke områder som lungecancerudredning. Derudover nævnes finansiering af efteruddannelse ikke i betænkningen. De lægevidenskabelige selskaber har få midler til rådighed, og må, til nuværende kursusaktivitet, ikke sjældent ty til sponsorater fra medicinal/medico industrien. Skal vores efteruddannelse afhænge af industriens sponsorater? Alternativt, skal subspecialisering betales af arbejdsstedet/regionerne eller være egenbetalt? Sluttelig skal der være faciliteter til efteruddannelse. Den kursusaktivitet selskaberne for nuværende afholder, må, pga pladmangel på institutionerne, primært afholdes på venues, uden for hospitalet. En uddannelse, som skal kunne have effekt i klinisk praksis, vil ikke sjældent indeholde klinisk simulation, og vi er bekymrede for om kapaciteten på dette område er adækvat.

14. Fagomr deuddannelser og fagomr dekriterier

DLS støtter definitionen af fagområder

15. Systematisk kompetencevurdering

DLS støtter en løbende kompetencevurdering, også gerne at samme kompetence kan erhverves på flere niveauer. Med ønsket om en praksisnær uddannelse er det meget vigtigt at man fokuserer på at kompetencevurderingsv rkt jerne også er let implementerbare i daglig praksis. Det er et stort ønske, at der er digitale evalueringsredskaber til rådighed for den uddannelsessøgende læge. Samtidig støtter vi en styrkelse af den medicinsk-pædagogiske enhed, ikke mindst den uddannelsesansvarlige overlæge. Der bør være en national ensretning i opgaveporteføljen og nationalt bør der tilsigtes en ensartet plads i afdelingernes ledelsesstruktur, for at sikre uddannelsens bevågenhed i afdelingsledelserne.

16. Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser

DLS anser det som en logisk konsekvens af en revision af uddannelsen, at kursusportef ljen ændres for at understøtte dette, og støtter princippet om færre kurser af høj kvalitet. Vi støtter brugen af simulation, hvor dette er relevant, men som tidligere nævnt bør man sikre sig at der er tilstrækkelige muligheder for simulation uagtet geografi.

17. Forskningstræning erstattes i kursus i anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde

DLS anser dette som en forringelse af uddannelsen. Den uddannelsessøgende bør have et indblik i hvorledes data tilvejebringes og b r erhverve sig en evne til kritisk at forholde sig til data.

18. Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven

DLS bifalder dette punkt

19. Kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis

DLS erklærer sig enige i behovet for en landsdækkende model for kvalitetssikring- og udvikling. I tråd med SST's anbefalinger for uddannelse på tværs af specialer ser DLS med bekymring på den reduktion, der er sket af uddannelsessøgende almenmedicineres tid på hospitalsafdelinger. Hvis man som almenmediciner skal spille en stadig større rolle i varetagelsen af vores sundhed, b r båndet mellem primær- og sekundær sektor styrkes, også uddannelsesmæssigt

20. Koordineret dimensionering og prognose.

DLS støtter en koordineret dimensionering og prognose. I praksis bør der formentlig også være en større fleksibilitet i oprettelse af uddannelsesforløb, ikke mindst i forhold til I- og H-forløb, idet de nuværende generationer vægter familielivet højt og er tilbageholdende med

at flytte sig, når familien først er etableret. Der bør derfor være en større fleksibilitet i, hvor uddannelsesforløbene oprettes, i forhold til behovet for speciallæger.