

Til Sundhedsstyrelsen

København, den 28. august 2023

## **Høringsvar til anbefalinger til ændringer af den lægelige videreuddannelse**

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til rapporten "Fremtiden speciallæge" med anbefalingerne til ændringer af den lægelige videreuddannelse.

I DSAM er vi glade for Sundhedsstyrelsens udspil til fremtidens lægelige videreuddannelse, som vil kunne fungere som et solidt fundament for det fremtidige arbejde med at videreudvikle den lægelige videreuddannelse og indeholder en række relevante forslag til ændringer. Der er et fornuftigt fokus på øget fleksibilitet og spændende perspektiver i at indføre fælles uddannelseselementer.

Specielt er vi tilfredse med, at Sundhedsstyrelsen anbefaler at bevare den kliniske basisuddannelse (KBU) i sin nuværende form. Vi så dog gerne, at det specifikt anbefales, at alle KBU-læger også i fremtiden får et ophold på 6 måneder i almen praksis. Det er uhyre vigtigt for den sammenhængende sundhedsvæsen, at alle læger – uanset speciale – har et godt kendskab til primærsektoren, som er en nær samarbejdspartner for stort set alle specialer. Den fremtidige udvikling går i retning af, at flere opgaver flyttes fra hospitaler og specialister til almen praksis, og det er derfor tiltagende nødvendigt, at den specialist, som skal give ansvaret videre til den praktiserende læge, har et indgående kendskab til arbejdsformer, vilkår og muligheder i almen praksis. Opholdet i almen praksis vil desuden medvirke til at sikre de generalistkompetencer, som anbefales styrket i rapporten.

DSAM vil også gerne bakke op om forslaget til en ny kvalitetsmodel for uddannelsesstillinger i almen praksis og speciallægepraksis. I almen praksis har man i de senere år etableret kvalitetsklynger efter en adapteret model fra Skotland, som har vist gode resultater med databaseret kvalitetsarbejde. Kvalitetsklynger har vist sig overlegen ift. mere "kontrolbaserede" modeller, som f.eks. akkreditering, hvis formålet er at ændre på lægens adfærd i det daglige arbejde. De etablerede kvalitetsklynger kan dog ikke direkte bruges til formålet, da de er etableret til et andet formål efter overenskomsten for almen praksis. Desuden består klyngerne både af læger, der fungerer som tutorlæger i videreuddannelsen, og læger, der ikke gør. Men kvalitetsarbejdet kan med inspiration fra kvalitetsklyngerne foregå ved, at den enkelte uddannelsespraksis udarbejder en selvevaluering, som sammen med data fra f.eks. evalueringer på uddannelseslæge.dk kan danne udgangspunkt for et møde med andre tutorlæger, hvor man kan sammenligne hinandens rapporter og gensidigt inspirere til udvikling af uddannelsen i den enkelte klinik.

For at præcisere, at modellen gælder alle uddannelseslæger og omhandler stillinger i almen praksis og speciallægepraksis og ikke hele speciallægeuddannelsen i de pågældende specialer, anbefaler vi, at teksten i rapportens anbefaling 19 på side 149 ændres til:

*”Det er en udfordring for udvikling af kvaliteten af uddannelsesstillinger i almen praksis og speciallægepraksis, at uddannelsesstederne ikke indgår i en mere struktureret, landsdækkende model for kvalitetssikring- og udvikling.*

*For at forbedre videreuddannelsen etableres derfor en ordning for kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis, som omfatter både KBU-, intro- og hoveduddannelsesstillinger på uddannelsesstedet.*

*En ny ordning skal være ressourceeffektiv, og kan være inspireret af de eksisterende kvalitetsklynger i almen praksis (se bilag 26).”*

I forhold til forskningstræningskurset ser vi positivt på, at kurset får mere fokus på forskningsforståelse og anvendelse i dagligdagen. De eksisterende forskningskurser i almen medicin i de tre videreuddannelsesregioner har allerede udviklet sig i en retning, der lyder som det, der foreslås i rapporten, hvilket vi ser frem til at videreudvikle. Vi ser dog ikke noget behov for en større omvæltning, da kurserne allerede fungerer og evalueres godt. Fokus bør også fremover være på grundlæggende forskningsforståelse og litteraturlæsning samt på omsætning af forskningsresultater, kliniske vejledninger mv. til den kliniske hverdag. De individuelle projekter kan gå mange veje afhængigt af behov og interesser og kan f.eks. være et kvalitetsprojekt med data fra egen praksis eller en litteraturgennemgang, hvor man dykker dybere ned i evidensen inden for et bestemt emne. Vi støtter også anbefalingen om, at det fortsat skal være muligt at organisere forskningstræningen speciale-specifikt, så det bliver nemmere at skabe en sammenhæng mellem kursusindholdet og den kliniske hverdag for deltagerne.

De fælles elementer er en spændende nyskabelse, som kan forenkle videreuddannelsessystemet og ikke mindst øge fleksibiliteten, så det bliver nemmere at skifte speciale. Sidst, men ikke mindst, vil det også tydeliggøre, hvilke opgaver der rent faktisk er fælles mellem specialerne, hvilket kan medvirke til at mindske ”silo-tænkning”.

Det er i rapporten ikke helt tydeligt, hvordan man forestiller sig, at de fælles elementer skal identificeres. I almen medicin deler vi patienter og opgaver med rigtig mange andre specialer, og vi forudser, at det kan blive en ret kompleks opgave at formulere de fælles elementer. For eksempel har alle de kirurgiske specialer nogle fælles elementer, men der er også fælles elementer mellem organspecifikke medicinske og kirurgiske specialer (f.eks. nefrologi og urologi), mange har noget fælles med patologerne, og almen medicin har fælles elementer med et meget stort antal specialer.

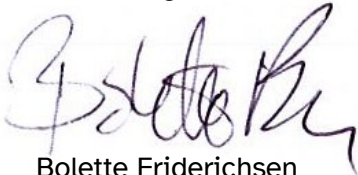
Vi finder det derfor nødvendigt, at alle specialer sideløbende går i gang med at lave specialebeskrivelser og inddrages i identifikationen af fælles elementer fra starten. Hvis dette ikke er praktisk muligt, vil DSAM anbefale, at vi i hvert fald inddrages fra begyndelsen.

DSAM vil desuden gerne rose anbefalingen om at bevare introduktionsstillingerne, som er en vigtig forudsætning for, at den enkelte læge kan træffe et godt specialevalg. Vi ser også positivt på anbefalingerne om øget fleksibilitet, som kan medvirke til at smidiggøre

forløbene for læger, der f.eks. ønsker at skifte speciale. Vi kunne dog godt tænke os, at fleksibiliteten også kommer til at gælde for læger, der er i gang med hoveduddannelse, men ikke er speciallæger. For eksempel kunne vi foreslå, at Videreuddannelsesregionerne kunne få lov til at oprette stillinger uden for dimensioneringen og uden opslag for læger, som mangler mindre end 50 pct. af uddannelsen i det nye speciale.

I rapporten er der fokus på øget træning af generalistkompetencer og alsidighed. Det er et fornuftigt og relevant fokus, som vil sikre, at patienterne kan få en mere helhedsorienteret behandling i sekundærsektoren. Den almenmedicinske speciallægeuddannelse er allerede i dag meget bred og indeholder tidsmæssigt længere ophold i beslægtede specialer end i noget andet land i verden. Vi tolker derfor, at anbefalingen om flere generalistkompetencer primært er rettet mod andre specialer end almen medicin.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen  
Formand for DSAM