

Kommentarer til:

Hovedrapport. Fremtidens Speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse

Det urologiske speciale har brugt de sidste 20 år på at målrette uddannelsen af urologer i Danmark, så man som speciallæge kan varetage alle almene urologiske funktioner. Vi har netop revideret vores målbeskrivelse i 2022 og vi er stolte af det uddannelsesmæssige arbejde, der varetages på de urologiske afdelinger.

Vi er bekymrede for, at ønsket om større fokus på en almen generalist vil udvande vores uddannelse, så vi i stedet for urologiske speciallæger af gavn får urologiske speciallæger af navn. Det vil betyde, at vi skal uddanne urologen i urologi efter endt hoveduddannelse. Vi mener, at man bør fokusere på at få de brede kompetencer ind tidligt i KBU/turnus ved f.eks. at forlænge denne del til 1½ år som den var tidligere. I urologien praktiserer vi allerede den brede kirurgiske og medicinske tilgang til patienterne. Derfor vil det give god mening, at speciallæger efteruddanner sig inden for beslægtede specialer. Ud over deres specialistviden kan de dermed fastholde generalistkompetencer, som de har opnået tidligere i karrieren og holde sig opdaterede.

Kvaliteten i den urologiske behandling er højnet over de sidste 20 år. Kræftoverlevelsen er steget. Det er sket gennem sammenlægninger af de urologiske afdelinger og -kompetencer. Vi bliver de bedste urologer for vores patienter ved at være dygtige til netop urologien. Lad os holde fokus på, at hoveduddannelsen bliver brugt til at uddanne speciallæger til gavn.

6.1:

Det er spændende og udfordrende med de nye kompetenceniveauer. Det virker oplagt for at bedre generalistkompetencerne, at øge længden på KBU'en til 3 ophold af 6 mdr. Generalistkompetencerne skal på den måde ikke defineres og vurderes i hoveduddannelsen.

Vi har brugt mange år på at nå frem til den nuværende uddannelse, hvor vi producerer gode basis urologer, efter vores tidligere erfaringer med common trunk. Generelt er vi bekymrede for at sænke niveauet yderligere mhp. at sætte fokus på generalist kompetencer.

Hvis kendskab til højt specialiserede kompetencer fjernes helt fra hoveduddannelsen er vi nervøse for, om det kan hæmme samarbejde inden for specialet.

Ift. kompetencer fra beslægtede specialer: Hvordan skal selve kompetencevurderingerne foregå? Skal disse kompetencer vurderes i eget speciale eller af fagspecialister? Vi er bekymrede for, at beslægtede specialer vil vurdere, ud fra ældre viden/medicinske kompetencer.

6.2:

Det kunne, som nævnt ovenfor, overvejes med en længere KBU med 3 ophold. Hvis der er bekymring omkring at forlænge tiden til speciallæge, så kunne det sidste halve år f.eks. tages fra hoveduddannelserne.

6.3:

Vi er bekymrede ift. om der skal andre specialer ind over revisioner af målbeskrivelserne. Det lyder kompliceret.

Specialebeskrivelser lyder som om det kunne være en klar hjælp til næste revidering af målbeskrivelsen.

Dejligt med en klar proces mhp. fremtidige revisioner og støtte fra SST. Det ville være positivt, at en del af Sundhedsstyrelsens hjemmeside var dedikeret til uddannelse herunder revision af målbeskrivelsesprocedure.

6.4:

Vi mener, at det er lidt for skarpt sat op ift. deltidsansættelser. Det er vel specialerne selv, der kan vurdere om den uddannelsessøgende kan opnå kompetencerne på en god måde trods deltid og ikke en central anbefaling.

Vi er bekymrede for de administrative opgaver ved skift mellem specialer.

6.6.4:

Det ville være utrolig spændende, men også kompliceret, med tvær-speciale modul med klinik og kurser sammen.

Ift. ældre multisyge patienter, mener vi stadig medicinsk KBU ville være optimalt. At kompetencer omkring denne gruppe patienter skal varetages i en kirurgisk målbeskrivelse, mener vi er mere kompliceret/malplaceret.

Der er bekymring ift. hvad definitionen er på at være "så rutineret", at det er fagligt forsvarligt, at en speciallæge håndterer operationer i et felt som til daglig håndteres af et andet speciale? Det er vel netop dette der er arbejdet væk fra igennem de sidste par årtier på baggrund af dårlige outcomes for patienterne når de opereres af mindre kompetente kirurger.

6.7:

Der er for lidt fokus på den generelle efteruddannelse vs. den specialiserede.

6.10:

Vi er ganske enige i, at man bør bruge de bedste pædagogiske redskaber for at sikre kvaliteten. Godt med fokus på simulationstræning.

6.12:

Spændende med fokus på støttefunktioner og gerne med fokus på tilgængelighed.

6.15:

Vi forventer, at det i fremtiden bliver nødvendigt med involvering af private aktører for at uddanne vores speciallæger. Dette skyldes, at flere og flere opgaver går i det private, så "simple" basis operationer stort set kun foregår i det private. Det ville være dejligt med en fælles front fra SST/specialerne. Det kunne også blive nødvendigt at inkludere privathospitalerne om muligt.