

Af: Søren Prins, praktiserende læge i Silkeborg - soerenprins@gmail.com

Den lægelige videreuddannelse har fået det store gennemsyn

En ny rapport om fremtidens lægelige videreuddannelse er på trapperne. Meget tyder på, at den almenmedicinske speciallægeuddannelse fremover kommer til at ligne den, vi kender i dag. Men fremover skal flere elementer være fælles mellem specialerne.

Den lægelige videreuddannelse i Danmark blev gennemgående forandret omkring år 2000. I den proces indførtes kompetencestyret uddannelse, de syv lægeroller og en omlægning af specialerne. I almen medicin betød det, at man indførte introduktionsstilling, og at hoveduddannelsen blev forlænget med et år (fase 3), hvor uddannelseslægen har mulighed for at konsolidere sine kompetencer under fortsat supervision og at udvikle sine evner som leder og kommende selvstændig erhvervsdrivende.

I 2007 blev den 1,5-årige turnus ændret til en 1-årig klinisk basisuddannelse (KBU), men derudover er de overordnede rammer uændrede siden årtusindskiftet.

Rigtig meget har ændret sig i sundhedsvæsenet siden dengang: Små sygehuse er nedlagt, behandlinger i sekundærsektoren er specialiseret, kommunerne har fået en større rolle, og ikke mindst har de praktiserende læger fået mange flere opgaver. Hvis vi skal sikre, at danske læger også om 20 år har de kompetencer, patienterne har brug for, er det relevant at kigge på, hvordan uddannelsessystemet skal udvikles i de kommende år.

Sundhedsstyrelsen (SST) nedsatte derfor i 2020 fire arbejdsgrupper, der skulle komme med anbefalinger til fremtidens lægelige videreuddannelse i en samlet rapport, som kan danne grundlag for en revision af hele strukturen omkring den lægelige videreuddannelse. De fire grupper arbejdede med fire temaer: 1. Indhold, struktur og lægeroller, 2. Specialer, 3. Dimensionering og 4. Governance.

Arbejdet har været ledet af SST og har haft repræsentanter for bl.a. Lægeforeningen, de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), regioner, universiteter og medicinstuderende. Almen praksis har været repræsenteret i alle fire udvalg af Gunver Lillevang (gruppe 2 og 4) og mig selv (gruppe 1 og 3). På grund af coronapandemien og folketingsvalg har arbejdet flere gange været pauseret og genstartet, men nu er den samlede rapport ved at være klar.

Næste skridt er, at anbefalingerne skal godkendes af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og derefter sendes til Sundhedsministeriet. Der går endnu nogle måneder, før vi ved, hvad det ender med, men jeg vil prøve at løfte sløret for, hvad anbefalingerne indeholder, og hvad det kan komme til at betyde for almen medicin.

Større alsidighed og bredde

De overordnede mål for revisionen er at skabe større alsidighed, dvs. at flere læger får en større bredde i deres

BLÅ BOG

- Praktiserende læge hos Midtbylægerne i Silkeborg
- Uddannelseskoordinator i Region Midtjylland
- Postgraduat klinisk lektor
- Formand for VIA



kompetencer, større fleksibilitet i uddannelsen, og at lægerne har de rigtige kompetencer til at levere behandling af høj kvalitet. Det med bredden er især møntet på sygehuslæger, hvor målet er, at lægerne i højere grad skal kunne behandle patienternes komorbiditeter.

I arbejdet har vi været omkring alle elementer af videreuddannelsen og diskuteret baggrunden for, at vi gør, som vi gør – også sammenlignet med andre lande.

Som eksempel har det været diskuteret, om der stadig skal være en KBU. Hvis indholdet, der er noget alle skal kunne, hvorfor er det så ikke bare en del af medicinstudiet? I Sverige har man afskaffet den kliniske basisuddannelse og i stedet forlænget medicinstudiet med et halvt år. I Norge får man fremover også autorisation til selvstændigt virke lige efter medicinstudiet, men har bevaret en KBU-lignende ansættelse som den første del af speciallægeuddannelsen. Det gør, at danske nyuddannede læger ikke er ligestillet med deres skandinaviske kolleger.

Det er ganske fornuftigt endt med, at det anbefales at bevare KBU'en med det indhold, den har i dag. Universiteterne kan lære de studerende nogle færdigheder, men KBU'en er nødvendig, fordi man først kan få erfaring med at have lægeligt ansvar, når man har kitlen og lægeskiltet på. Det forventes også, at alle læger fortsat skal have et halvt år i almen praksis, da alle læger har behov for at have et grundigt kendskab til primærsektoren. Introduktionsstillingerne anbefales også at køre uændret videre.

Fælles kompetencemål

For at opnå målet om øget alsidighed og fleksibilitet anbefales det, at der fremover skal være nogle fælles elementer specialerne imellem, dvs. at hvis nogle beslægtede specialer har opgaver, der overlapper hinanden, så skal det indgå som enslydende kompetencemål i de to (eller flere) specialers målbeskrivelser. Det kunne f.eks. være, at alle eller nogle af de mål, der hører til opholdet på gynækologisk afdeling for AP-læger, også var en del af introduktionsuddannelsen i gynækologi og obstetrik. Det betyder, at specialeselskaberne skal samarbejde om udarbejdelsen af reviderede målbeskrivelser i en større proces, som styres af SST, og hvor andre aktører skal høres tidligere i processen. Specialerne skal også udarbejde en specialebeskrivelse, der fastlægger specialets kerneopgaver og fælles opgaver med andre specialer i større detaljer, end de fleste specialevejledninger gør i dag. Når de overordnede principper er vedtaget, vil det blive fastlagt, hvordan dette konkret skal foregå, og f.eks. hvilke specialer vi i DSAM skal inddrage i målbeskrivelsesarbejdet.

I forhold til specialestruktur er man kommet frem til at anbefale at bevare de nuværende 39 specialer. Der har været arbejdet på, om nogle af laboratoriespecialerne kunne lægges sammen, hvilket ikke fandtes hensigtsmæssigt, men det er et af de steder, hvor man kunne forestille sig en større fællesmængde i uddannelsen.

Fagområder, der indeholder opgaver, der løses af læger fra flere specialer med særlig interesse i et felt (f.eks. palliation og allergologi), vil fremover være mere formaliserede uddannelser efter speciallægeuddannelsen, og SST vil være mere styrende på det område end hidtil, hvor både indhold og uddannelse har været overladt til de videnskabelige selskaber.

I arbejdet har der generelt været fokus på, at primærsektoren kommer til at have større betydning i fremtiden, og at f.eks. akutmedicinere har behov for flere almenmedicinske kompetencer og kendskab til forholdene i primærsektoren.

Overordnet set vil indhold og sammensætning af den almenmedicinske speciallægeuddannelse komme til at ligne det, vi kender i dag, men der ligger et stort og spændende arbejde foran os i DSAM med at revidere hele vores målbeskrivelse. //