

Fælles uddannelsesindhold og beslægtede specialer

Indledning

Nærværende notat har til formål at:

1. Beskrive kriterier og kvalificerende overvejelser om identifikation af beslægtede specialer, herunder beskrivelse af mulige beslægtede specialer, behov for fælles kompetencer og forslag til fælles uddannelsesindhold på den baggrund
2. Beskrive fremgangsmåde for dynamisk specialeslægtsskabsanalyse og operationalisering af fælles uddannelsesindhold via målbeskrivelser mv.

Det er relevant i revisionen af den lægelige videreuddannelse at beskrive behovet for fælles kompetencer, som skal opnås af alle speciallæger under den lægelige videreuddannelse. Nærværende notat beskriver slægtsskab og fælles uddannelsesindhold mellem de intern medicinske specialer, de kirurgiske specialer og fælles uddannelsesindhold ift. ældre og multisyge samt psykisk syge og udsatte.

Derudover undersøges også fællesområder i de fire underarbejdsgrupper i hhv.:

- Samfundsmedicin-arbejdsmedicin
- Retsmedicin-patologi
- Laboratoriemedicinske specialer
- Billeddiagnostiske specialer

I det omfang, der er andre større fællesområder, kan de indgå som en del af implementeringen af revisionens anbefalinger.

Der vil derudover være behov for systematisk at gennemgå behovet for fællesuddannelsesindhold ift. alle specialer som en del af udarbejdelse og revideringer af målbeskrivelser fremadrettet.

Det er endvidere relevant at drøfte og komme med anbefalinger til rammer for efteruddannelsesindhold, der understøtter viden på tværs af specialer. Dette drøftes i regi af arbejdsgruppe 2 under emnet fagområder og ekspertuddannelse. Her drøftes fagområder som en efteruddannel-

sesmulighed, der kan bidrage til at skabe bredde i faglighed på tværs af specialer. Det overvejes, om fagområdebegrebet udelukkende skal bruges ift. områder, der går på tværs af specialer, og at det suppleres af et andet begreb (fx ekspertuddannelse), der er en formaliseret subspecialisering på højere niveau inden for et speciale. Det vil ikke blive adresseret i nærværende notat.

Baggrund og begrebsafklaring

Det er en del af opgaven for arbejdsgruppe 1 ved revisionen af den lægelige videreuddannelse at drøfte perspektiver i at skabe mere fælles uddannelsesindhold, der kan styrke breddekompetencer og alsidighed i den lægelige videreuddannelse. Endvidere skal gruppen drøfte og prioritere, hvordan de kompetencer, der er nødvendige for, at læger i sundhedsvæsenet kan imødekomme patienternes behov i 2040, kan understøttes via videreuddannelsen.

Øget alsidighed og øget fleksibilitet er to af de tre delmål i revisionen af den lægelige videreuddannelse.

Ved **alsidighed** forstås, at flere læger får en større bredde i deres kompetencer, så de i højere grad selvstændigt kan understøtte diagnose og behandling af bl.a. den voksende gruppe af ældre med multisygdom, herunder kroniske sygdomme, og personer med både somatiske og psykiske lidelser. Ved 'større bredde' forstås for det første kompetencer, der gør lægen i stand til at kunne varetage diagnose og behandling af større dele af behandlingsforløbet for ovennævnte grupper. For det andet forstås at speciallægeuddannelsen i dag medvirker til silodannelse inden for specialerne – som slår igennem i driften, kvalitetsudviklingen osv. – og at der i dag er en ubalance i uddannelsen mellem de kompetencer, der modvirker silodannelsen og de specialespecifikke kompetencer.

Speciallæger skal derfor i højere grad have viden og færdigheder på tværs af specialeområder, og de skal kunne forholde sig til og handle på flere forskellige, samtidige kliniske problemstillinger ved at ordinere undersøgelser, tolke svar, initiere, justere og afslutte behandling. Det kræver basal viden om sygdomme og tilstande, der er hyppige nu og i fremtiden, det kræver konkrete færdigheder ift. brug af diagnostiske redskaber og tolkning af resultater, og det kræver holdninger, der understøtter brugen af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel og inddragelse af patientens ressourcer og præferencer i planlægningen af udrednings og behandlingsforløb.

Ved **fleksibilitet** forstås en mere fleksibel uddannelse, og at læger mere fleksibelt kan løse opgaver i sundhedsvæsenet. Dvs. en uddannelse hvor de opnåede kompetencer i højere grad kan bruges ved ansættelse på tværs af afdelinger, fx ved at lægen kan indgå i, eller relativt nemt kan bringes til at indgå i opgaveløsningen i både en specialiseret funktion og i tilstødende afdelinger/specialers funktioner. Samtidigt ønskes med fleksibilitet, at opnåede kompetencer i videreuddannelsen kan bruges til lettere at få merit og opnå kompetencer inden for et andet speciale.

Det er en ambition med revisionen af den lægelige videreuddannelse, at læger i fremtiden har en større alsidighed ved at have flere fælles kompetencer uden, at det forlænger den lægelige videreuddannelse.

Der bruges betegnelsen **fælles uddannelsesindhold** om uddannelseselementer, der indgår i enten alle lægers videreuddannelse eller i videreuddannelse af læger inden for to eller flere specialer. Af hensyn til fælles forståelse bør betegnelserne *common trunk* og *fælles grunduddannelse* ikke bruges fremadrettet ifm. den lægelige videreuddannelse.

Der kan sondres mellem **tre grupper af kompetencemål** i den lægelige videreuddannelsen:

- 1) kompetencer som skal erhverves af alle specialer
- 2) kompetencer som skal erhverves af en gruppe af beslægtede specialer
- 3) specialespecifikke kompetencer.

Fælles uddannelsesindhold vil lægge til grund for erhvervelsen af kompetencer i gruppe 1 og 2.

Forud for implementeringen af fælles uddannelsesindhold skal identificeres **beslægtede specialer**; det vil sige specialer, hvor der er behov for fælles uddannelsesindhold for at understøtte ambitionen om større alsidighed.

Overvejelser vedr. beslægtede specialer og fælles uddannelsesindhold

Slægtsskab mellem specialer kan tage udgangspunkt i et eller flere forskellige forhold forbundet med det arbejde, specialernes læger udøver. Nogle specialer har historisk haft en tæt forbindelse, andre specialer har et eller flere organsystemer som omdrejningspunkt for deres arbejde, andre specialer har i deres arbejde centrale metoder, teknikker eller redskaber som de deler, og atter andre specialer kan have fælles patientgrupper og -forløb. Slægtsskab kan således forekomme i flere forskellige dimensioner, og mange specialer vil have slægtsskab af forskellige karakterer til forskellige andre specialer. Eksempelvis har urologien et metodisk (kirurgisk) slægtsskab til de øvrige kirurgiske specialer, et patientforløbs-slægtsskab til onkologien fsva. patienter med kræft i urinvejene, et organrelateret slægtsskab til intern medicin: nyremedicin samt et procedursslægtsskab/fælles arbejdsområde med karkirurgien fsva. patienter med behov for dialyseadgang eller nyretransplantation. Det betyder ikke, at urologer skal kunne varetage alle opgaver, der varetages af øvrige nævnte specialer, men det peger på snitflader og behovet for et større overlap i praksis.

Hvornår er fælles uddannelsesindhold relevant?

Fælles uddannelsesindhold i en speciallægeuddannelse vil lægge til grund for kompetencer, som alle speciallæger inden for de omfattede specialer har efter endt speciallægeuddannelse. Det er således relativt ressourcetungt, og derfor bør et *relevanskriterium* være opfyldt for, at et slægtsskab nødvendiggør et systematisk planlagt fælles uddannelsesindhold.

For at kvalificere relevanskriteriet er der taget udgangspunkt i følgende:

- Temadrøftelser i det nationale råd for lægers videreuddannelser, herunder temadrøftelse om fremtidens sundhedsvæsen (den 13. juni 2018), fremtidens lægeroller (2018) og den lægelige videreuddannelse (4. marts 2020), fremtidens landskab som læger skal navigere i (den 16. juni 2021)
- Drøftelser i arbejdsgrupper nedsat under revisionen af den lægelige videreuddannelser, herunder særligt drøftelser i arbejdsgruppe 1 og 2
- Notatet 'Lægelig videreuddannelse i fremtidens sundhedsvæsen'

Relevanskriteriet har flere dimensioner. Det skal både være relevant for patienterne, dvs. der skal være tale om hyppigt forekommende tilstande/behandlinger mv. eller situationer, hvor et fælles uddannelsesindhold kan understøtte mere effektive behandlingsforløb og højere behandlingskvalitet, der også vil kan have den sideeffekt at patientoplevelsen (bl.a. af sammenhæng) forbedres.

Det fælles uddannelsesindhold skal også ses ift. det kompetenceniveau, der skal opnås i speciallægeuddannelserne – at den nyuddannede speciallæge selvstændigt kan varetage størstedelen af specialiets opgaver af begrænset kompleksitet (på hovedfunktionsniveau). Fælles uddannelsesindhold, der alene understøtter højt specialiserede funktioner, vil derfor (i udgangspunktet) ikke være relevant som en del af speciallægeuddannelserne, men kan være relevant som efteruddannelse – fagområde- eller ekspertuddannelse – for en mindre gruppe læger.

Et slægtsskab, der omhandler en mindre gruppe patienter/forløb, vil altså ikke i sig selv nødvendiggøre fælles uddannelsesindhold, mens et slægtsskab, der omvendt vedrører store patientgrupper og meget hyppige forløb eller forløb, hvor det kan styrke kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed, taler for fælles uddannelsesindhold. Det betyder samtidigt, at fælles uddannelsesindhold er mere relevant inden for sygdomme/tilstande, hvor behandlingen foretages af et bredt udsnit af speciallæger inden for specialerne, eller hvor en betydelig del af patienterne, der behandles inden for specialiet har sygdommen/tilstanden. Relevanskriteriet vil øge muligheden for, at speciallægerne kan vedligeholde kompetencer opnået på baggrund af fælles uddannelsesindhold.

Det vurderes derfor, at fælles uddannelsesindhold, der medvirker til følgende, i særlig grad vil opfylde relevanskriteriet:

- Kompetencer der understøtter lægernes muligheder for at kunne håndtere de typiske tilstødende/samtidige sygdomme/lidelse/helbredsmæssige problemer dvs. kompetence til at kunne identificere risiko for, udrede og behandle de mest almindelige samtidige sygdomme og til at fungere som ansvarlig og facilliterende for igangsættelse eller opfølgning på videre tiltag
- En hensigtsmæssig balance i lægernes kompetencer ift. både generelle medicinske kompetencer og specialiserede kompetencer
- Kompetencer der bidrager til en positiv udvikling ift. psykiatri og multisygdom
- Kompetencer der muliggør bedre koordination på tværs af sektorer fx mellem sygehus og primær sektor - og på tværs af organisatoriske områder – fx på tværs af somatik og psykiatri og på tværs af kirurgi og medicin
- Kompetencer der giver lægerne mulighed for i højere grad at fremme lighed i sundhed ved differentierede indsatser med udgangspunkt i patientens situation. Lighed handler bl.a. om tilgængelighed og adgang til behandling mv. og understøttes af breddekompetencer og uddannelse, så patientens behov og forløb er i centrum.

I vurderingen af ovenstående er inddraget centrale organisatoriske udfordringer for sundhedsvæsenet, herunder betydningen af sygehusenes centralisering og specialisering for sundhedsvæsenets sammenhængskraft. Endvidere er inddraget centrale folkesundhedsmæssige udfordringer, herunder den demografiske udvikling, sundheden hos psykisk syge og socialt udsatte og væksten i personer med multisygdom.

Behov for løbende at vurdere behovet for fælles uddannelsesindhold

Sygdomsbilleder ændrer sig over tid, ligesom behandlingsmuligheder og organisering af behandlingen af sygdomme gør. Det medfører, at de enkelte specialer og deres slægtskab med hinanden ændrer sig over tid. Eksempelvis har Almen Medicin fået et markant større slægtskab med Intern Medicin: Endokrinologi over de sidste to årtier grundet stigningen i forekomsten af diabetes og udflytningen af store dele af type II diabetes behandlingen til almen praksis. Omvendt har Intern Medicin: Gastroenterologi og Hepatologi mindsket slægtskabet med Kirurgi fsva. behandlingen af mavesår, da kirurgisk behandling af mavesår i dag er yderst sjælden sammenlignet med tidligere – udredningen er dog en udtalt fælles kompetence grundet brugen af skopi i begge specialer. Lignende udviklinger må forventes at ske i fremtiden, hvorfor slægtskab og fælles uddannelsesindhold i vil være dynamisk, ligesom kernekompetencemålene inden for de enkelte specialer også udvikler sig over tid.

Barrierer for fælles uddannelsesindhold

Den nuværende organisering af sygehusene er præget af specialeopdelingen, hvilket i høj grad hænger sammen med efterkrigstidens hospitalstænkning, etablering af centralsygehuse mv. Samtidigt har specialerne en vis kulturel-/identitetsformende påvirkning på speciallægerne herunder ift. forståelsen af deres og andres rolle og placering i sundhedsvæsenet. Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at der kan være organisatoriske og speciale-kulturelle forhold, der kan virke som barriere for, at fælles uddannelsesindhold kan tilegnes i den kliniske enhed og/eller at opnåede fælles kompetencer ikke kan udfoldes i afdelingen.

Traditionelt har særligt specialernes specificitet være fremhævet - altså hvad der adskiller de enkelte specialers lægevidenskabelige områder fra hinanden. Dette afspejles i arbejdet med målbeskrivelser og specialespecifikke kurser, der primært udføres af de enkelte specialebærende selskaber.

Der kan derfor både inden for organiseringen i sundhedsvæsenet og inden for den uddannelse og kultur, der er knyttet til specialerne være forhold, der hindrer at fælles uddannelsesindhold kan bidrage til øget alsidighed.

I identifikationen af slægtskab og udarbejdelsen af fælles uddannelsesindhold skal der tages højde for de begrænsninger, som ovennævnte barriere giver, men samtidigt kan fælles uddannelsesindhold også bidrage til et øget fokus på det, der binder det lægelige arbejde mellem specialerne sammen ligesom det kan gøde jorden for hensigtsmæssige organisatoriske og kulturelle ændringer, der kan løse nogle af de nuværende og fremtidige udfordringer i sundhedsvæsenet.

Indsatser på tværs af specialer som fælles uddannelsesindhold bør kunne facilitere

Flere indsatser kan inspirere til, hvordan sammentænkning og fælles elementer på tværs af specialer kan medvirke til mere effektivitet og højere kvalitet i patientbehandlingen. Det er bl.a. udvikling i denne retning som fælles kompetencer og fælles uddannelsesindhold skal understøtte-

En række strukturelle ændringer bliver i disse år gennemført i sundhedsvæsenet for at sikre bedre behandlingskvalitet og sammenhængende patientforløb på tværs af specialer. Eksempelvis flytter de psykiatriske afdelinger flere steder ind på de somatiske sygehuse. Nogle steder samles beslægtede afdelinger under fælles ledelse, fx diagnostiske klinikker, fælles gastrokirurgiske og –medicinske afdelinger og ambulatorier centreret om fx ryglidelser eller

multisygdom, hvor læger fra forskellige specialer samarbejder centreret omkring patientforløbet i højere grad end eget speciale.

Som en del af et større trinvist løft af kræftområdet i Danmark siden år 2000 er der for de enkelte kræfttyper indført kræftpakkeforløb, der beskriver udrednings- og behandlingsforløb, herunder samarbejdsflader, forum og overgange mellem de forskellige aktører. Endvidere er multidisciplinære cancer grupper (DMCG) nedsat. Disse har blandt andet til formål at udarbejder kliniske retningslinjer, drive kliniske kvalitetsdatabaser og sikre vidensspredning og forskning inden for det specifikke kræftområde.

Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning har til formål at fastsætte specialfunktioner i sygehusvæsenet og deres placeringer på sygehuse. Det sker gennem de af Sundhedsstyrelsen udmeldte specialevejledninger for hvert enkelt speciale. I arbejdet med specialeplanlægning er en række sammenhænge og overlap mellem specialer samt behov for samarbejde mellem specialerne blevet klarlagt og i en række tilfælde beskrevet som anbefalinger eller krav i specialevejledningerne. Processuelt har specialeselskaber udarbejdet udførlige specialerapporter, der blandt andet beskriver samarbejde med andre specialer og afdelinger og der har i en række tilfælde været nedsat arbejdsgrupper med repræsentanter fra flere forskellige specialer for at beskrive og udfolde overlappende områder præcist, fx behandling af aortaaneurisme, samt de laboratoriemedicinske specialers arbejdsområder, ligesom en række specialers specialevejledninger har været i høring blandt andre specialeselskaber, fx for nogle af de tværgående diagnostiske specialer.

Mulige slægtsskaber og fælles uddannelsesindhold

I dette afsnit beskrives på baggrund af de ovenfor beskrevne overvejelser forslag til en række fælles uddannelsesindhold mellem en række beslægtede specialer. Der ses i dette notat på følgende grupper:

- Specialer med direkte patientkontakt og behandlingsansvar
- Intern medicinske specialer
- Kirurgiske specialer
- Den akut syge ældre patient
- Psykisk syge og socialt udsatte patienter

Sundhedsstyrelsen har til formålet inddraget nuværende målbeskrivelser og erfaringer og viden fra styrelsens arbejde med sundhedsplanlægning og sundhedsovervågning bredt set.

Fælles uddannelsesindhold for læger med direkte patientkontakt og behandlingsansvar

Det kan overvejes at udarbejde kompetencemål på tværs af de specialer, hvor lægerne har direkte patientkontakt. På nuværende tidspunkt indeholder speciallægeuddannelsen som tidligere nævnt en mængde uddannelsesindhold, som alle læger skal igennem, særligt under den kliniske basis uddannelse. Der er tale om uddannelsesindhold, hvor kompetencemålene er bredde og særligt er rettet mod det kliniske arbejde. Det kan overvejes, om der fsva. læger i speciallægeuddannelse i specialer med direkte patientkontakt og behandlingsansvar bør bygges videre på disse bredde kliniske kompetencer. Målet med dette vil være at fremme en mere hensigtsmæssig balance mellem bredde- og specialiserede kompetencer samt øge lægernes evne til at øge kvalitet, effektivitet og patienttilfredshed i behandlingen af patienter, der har flere samtidige sygdomme og samtidige behandlingsbehov.

Som eksempler kan nævnes:

- En række basale kliniske kompetencer samt tilhørende viden og værktøjer fx i relation til akutte medicinske og kirurgiske tilstande, multisygdom, ældre medicin, behandling af delirium, smertedækning og palliation.
- Ikke-tekniske kompetencer, dvs. kognitive, sociale og personlige kompetencer, der øger lægens situationsbevidsthed og lægens evne til at træffe kliniske beslutninger. Det kan fx være bevidsthed om egen viden og grænser for denne, samt bevidsthed om egne reaktioner eller handlemønstre og kommunikation i samarbejdet med andre. Det kan gøres ved simulationsbaseret træning og klinisk case-baseret træning.
- Kompetencer, der giver lægen kendskab til, opmærksomhed på og handlemuligheder ved situationer, der er særlige kritiske for patientsikkerheden, herunder ved overflytning mellem afdelinger og udskrivning.
- Kompetencer i vurdering af patienters viden, ressourcer og sundhedskompetencer, samt kompetencer i patientoplysning/-instruktion ift. at kunne varetage egenomsorg såsom pædagogiske principper og planlægning, gennemførelse og evaluering af patientoplysningen.

Fælles uddannelsesindhold inden for de intern medicinske specialer

På baggrund af speciallægekommisionens rapport af 2000 blev det tidligere grundspeciale i intern medicin i 2002-ordningen integreret i en funktionsmodel i ni nye grundspecialer på baggrund af de 11 tidligere grenspecialer. Der var allerede dengang opmærksomhed på at fremme intern medicinske grundkompetence fremadrettet, således, at *”at samtlige speciallæger inden for det intern medicinske område gennemgår en fælles intern medicinsk grunduddannelse af et sådant omfang, at de uanset speciale er i stand til at varetage dels det akutte medicinske beredskab og dels visitationen ved en funktionsbærende enhed”*. Derfor blev der iværksat tiltag i speciallægeuddannelserne og i organiseringen inden for de intern medicinske specialer, herunder at de medicinske afdelinger uden for universitetsafdelinger forblev fælles-afsnit.

Jf. målbeskrivelsen for Introduktionsuddannelsen i de Intern Medicinske Specialer¹ skal *”enhver speciallæge i et intern medicinsk speciale kunne varetage den initiale diagnostisk og behandling af almindelige medicinske sygdomme”*.

Der er også en målbeskrivelse for den fælles grunduddannelse i intern medicin,² som beskriver de kompetencer, der er fælles uddannelsesindhold på tværs af hoveduddannelser i intern medicin, herunder også otte fælles intern medicinske kurser. De fælles intern medicinske kompetencer er bygget op efter de syv lægeroller, hvor den medicinske ekspert er konkretiseret ved 14 forskellige kliniske billeder³, hvor man efter uddannelsen i et intern medicinsk speciale *”skal kunne varetage diagnostik, behandling, profylakse, herunder afgøre om patienten skal henvises til andet speciale”*. Endvidere indgår kompetencer såsom kommunikation, stuegang, vagtarbejde, udskrivelse mv.

¹ <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>

² <https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser>

³ Brystsmerter, åndenød, bevægeapparats smerter, feber, vægttab, fald og svimmelhed, ødemer, mavesmerter og afføringsforstyrrelser, den terminale patient, bevidsthedspåvirkning og/eller fokale neurologiske udfald, væske og elektrolytforstyrrelse, det abnorme blodbillede, forgiftningspatienten, den shockerede patient.

De fælles intern medicinske kompetencer læres i løbet af introduktionsstilling og hoveduddannelse. Endvidere bør minimum 1 år af hoveduddannelsen i de intern medicinske specialer foregå ved afdeling uden for eget speciale⁴. De fælles medicinske kompetencer læres, trænes og vedligeholdes dog også under uddannelse i eget intern medicinske speciale.

Endvidere er der en række fælles intern medicinske kurser,⁵ herunder et kursus om ældre medicinske patienter.

Der er således et naturligt slægtskab og allerede i dag en formaliseret fællesuddannelse mellem de intern medicinske speciallægeuddannelser. Endvidere er organisering af det intern medicinske område således, at de medicinske afdelinger fraset på universitetshospitaler er organiseret i fællesafsnit.

Ved gennemgang af de gældende målbeskrivelser for de intern medicinske specialer findes eksempler på, at specialiseringsgraden på en række områder er højere end intentionen med speciallægeuddannelsen. Eksempelvis ses for målbeskrivelserne for intern medicin: Infektionsmedicin og intern medicin: Lungemedicin, at der er kompetencer, der dækker næsten samtlige regionsfunktioner i specialernes specialevejledninger, ligesom flere kompetencer i intern medicin: kardiologi svarer til regionsfunktioner og kræves at kunne udføres på 'erfarent niveau'.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er et væsentligt potentiale for at fremme alsidighed og fleksibilitet ved en revision af den intern medicinske fællesuddannelse. Det foreslås derfor, at fælles kompetencer og fælles uddannelsesindhold inden for det intern medicinske gennemgås, så uddannelsen:

1. understøtter de væsentligste sundhedsfaglige udfordringer, der er i dag og fremadrettet, herunder multisygdom og overdødelighed hos mennesker med psykiatrisk sygdom, og at fællesuddannelsen tager hensyn til indførelsen af en speciallægeuddannelse i akut medicin, organisering af det akutmedicinske område og implementeringsgraden af anbefalinger for det akut medicinske område.
2. får en implementeringsmæssig ballast, der i højere grad kan opveje det naturlige specialerrettede fokus, som specialerne hver især har, for at modvirke ikke-intenderet specialisering under speciallægeuddannelse og fremme fælles kompetencer.

Følgende kan i den forbindelse overvejes:

- Konkretisering og udvidelse af fællesmedicinske kompetencer, fx ved beskrivelse af en konkret række sygdomme/forløb/tilstødende tilstande som speciallæger i intern medicinske sygdomme forventes at kunne varetage, herunder på hvilket niveau, de forventes at kunne varetages. Eksempelvis behandling og behandlingsjustering af hypertension, diabetes, KOL, lungebetændelse, hjertesvigt, hyperkolesterolemie, ukomplicerede smertetilstande i ryg og ekstremiteter og arytmi.
- At konkretisere og beskrive kompetencer ift. ældre og multisyge patienter samt patienter med psykiatrisk komorbiditet og socialt udsatte patienter. Eksempelvis viden og værktøjer til 1) vurdering af ældre menneskers symptomer og funktionsniveau, 2)

⁴ Status og perspektiveringsrapporten fra 2012

⁵ Akut medicin, de 8 selskabers kursusdage, rationel farmakoterapi, neurologi for intern medicinere, psykiatri for intern medicinere, rationel klinisk beslutningsteori, onkologi for intern medicinere, den terminale patient, palliativ behandling og den ældre patient

identificere psykiatrisk komorbiditet hos medicinske patienter 3) afmedicinering 4) screening for delirium 5) vurdering af restlevetid.

- At stille krav til uddannelsesforløbene, der øger mulighederne for at erhverve de intern medicinske fælleskompetencer, herunder overveje om uddannelseslæger i intern medicinske specialer skal have fokuserede ophold af ugers til få måneders varighed uden for det medicinske område, fx på psykiatriske afdelinger eller i almen praksis.
- Hvordan kompetencer, der fremmer opgaveløsning i dialog og ved fælles beslutningstagen med patienten kan fremmes

Fælles uddannelsesindhold mellem de kirurgiske specialer

På baggrund af speciallægekommisionens rapport af 2000 blev det tidligere grundspeciale i kirurgi og det tidligere grenspeciale i kirurgisk gastroenterologi i 2002-ordningen sammenlagt under betegnelsen 'kirurgi', mens de fire øvrige grenspecialer (urologi, karkirurgi, plastikkirurgi og thoraxkirurgi) blev selvstændige specialer.

Ligesom på det intern medicinske område, var der tale om en funktionsmodel med en fælles introduktionsuddannelse, der kunne foregå under ansættelse inden for alle kirurgiske specialer, og at hoveduddannelse blev indledt med en fælles uddannelse. Dette kom dog aldrig til at fungere, hvorfor Sundhedsstyrelsen i 2008 godkendte, at introduktionsuddannelsen blev specialespecifik og den fælles kirurgiske uddannelse i hoveduddannelsen blev ændret til en teoretisk og praktisk kursusrække, der giver en række grundlæggende kirurgiske kompetencer inden for de kirurgiske specialer. Sideløbende har organisatoriske ændringer herunder særligt centraliseringen af urologien gjort, at al akut kirurgi i dag varetages af specialet kirurgi.

Der er således et slægtsskab mellem de kirurgiske specialer, men specialernes faglige overlap er i dag blevet markant mindre end for tyve år siden. Samtidigt er der sket en betydelig subspecialisering efter speciallægeanerkendelse inden for en række af de kirurgiske specialer. En subspecialisering, der kan have betydning særligt ift. det akut kirurgiske arbejde i vagten.

Der kan peges på en række teknikker/værktøj og patientforløb/tilstande, hvor et eller flere af de kirurgiske specialer har et slægtsskab og hvor etablering af fælles uddannelseselementer kan medvirke til øget fleksibilitet i opgavevaretagelsen.

Endovaskulære teknikker bruges af både speciallæger i karkirurgi, thoraxkirurgi, radiologi, IM: kardiologi fx ved lidelser i aorta, kranspulsårer og hjernens kar.

Endoskopiske teknikker til diagnostik og behandling bruges af langt de fleste kirurgiske specialer og endvidere også af nogle medicinske specialer, fx IM: Gastroenterologi og Hepatologi.

Akut abdomen er en hyppig tilstand og kan skyldes flere tilstande, herunder alvorlige gastrokirurgiske tilstande fx blindtarmsbetændelse og perforeret hulorgan, gynækologiske tilstande fx ekstrauterin graviditet, urologiske tilstande fx urinretention eller stensygdom og karkirurgiske tilstande fx aortadissektion og mesenteriel iskæmi. Det vurderes hensigtsmæssigt at øge fælles kompetencerne mellem kirurgiske specialer omkring patienten med akut abdomen fx kompetencer ift. vurdering, differentialdiagnostik, igansættelse af akut behandling, fx laparoskopisk eksploration, appendektomi, sammensyning af tarm, suprapubisk kateter-anlæggelse mv.

Det vurderes endvidere relevant at overveje, om en række ikke-kirurgiske kompetencer bør konkretiseres og udfoldes i de kirurgiske målbeskrivelser i lyset af den ændrede demografi og sygdomsbyrde, herunder konkretisering af en række medicinske minimumskompetencer, som det må forventes, at en speciallæge i kirurgi eksempelvis:

- Kende til risikofaktorer for udvikling af samt foretage udredning og behandling af medicinske tilstande, der er hyppige hos ældre indlagte patienter, fx organisk delir, blærebetændelse, lungebetændelse, obstipation og smerter
- Identificere risiko for samt igangsætte udredning og/eller initial behandling af en række hyppigt forekommende medicinske tilstande hos ældre patienter, i situationer hvor kompleksitetsniveauet ift. samsygelighed mv. er begrænset, herunder dehydrering, infektion (urinvejsinfektion og pneumoni), kronisk obstruktiv lungesygdom, forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom, forværring af hjertesvigt, type II diabetes, blodmangel, basale smerteproblematikker, perifer iskæmi, osteoporose, depression og angst.
- Foretage vurdering af EKG, herunder identificere og reagerer adækvat ved tegn på en række tilstande herunder simple rytmeforstyrrelser og tegn på iltmangel i hjertet.
- Foretage vurdering af ernæringstilstand og -mangler samt funktionsnedsætte/-funktionsniveau, herunder behov for tiltag fx ifm. udskrivelse
- Kompetencer inden for gerontologi og geriatrik vurdering og rehabilitering, herunder vurderinger af funktionsniveau, demens screening mv.

Fælles uddannelsesindhold omkring den akut syge ældre patient

I lyset af den demografiske udvikling og i udviklingen af andelen af ældre patienter med flere samtidige sygdomme er en af de centrale udfordringer for fremtidens sundhedsvæsen, at løfte patientforløbene hele vejen fra forebyggelse af indlæggelse, over tidlig udredning og behandling uden for og på sygehuset til udskrivelse og rehabilitering.

På nuværende tidspunkt er en række specialer tæt involveret omkring disse forløb:

Almen medicinske speciallæger har kompetencer ift. forebyggelse af indlæggelse både medicinsk optimering, forebyggende hjemmebesøg, udredning af symptomer hos den gamle patient og ved igangsættelse af behandling og/eller visitering til sygehus. De har endvidere kompetencer i samarbejde med kommunale aktører, herunder hjemmeplejen, hjemmesygeplejersker og de kommunale akutsygeplejersker. Speciallægeuddannelsen i almen medicin indeholder specialespecifikke kurser i 'den gamle patient' og 'kronikerindsatsen i almen praksis'.

Speciallæger i akutmedicin har kompetencer i at modtage, og i behandling af voksne/multisyge patienter med forværring i deres sygdom mhp. optimering af behandlingen i akutmodtagelsen, herunder vurderer medicinbivirkninger og behandlingskomplikationer. Endvidere har speciallægen i akutmedicin kompetencer i at samarbejde med primær sektor og kommune ift. at planlægge kommunale tiltag for den ældre patient efter udskrivelse, herunder mulighed for akut aflastningsplads eller øget hjælp i hjemmet. Speciallægeuddannelsen i akutmedicin indeholder ikke et specifikt kursus i behandling af ældre og multisyge, men det 5 dages kursus i symptomer indeholder én dags kursus i multisygdom, geriatri, palliation, polyfarmaci, fysiologi og patofysiologi hos ældre patienter.

Speciallæger i geriatri beskæftiger sig med sygdomme hos ældre mennesker, både akutte og kroniske sygdomme og har derfor en lang række kompetencer inden for behandlingen af akut syge ældre herunder multisyge ældre. Geriatri er et af de ni intern medicinske specialer.

De tre specialer har forskelligt fagligt og forløbsmæssigt udgangspunkt for deres møde med den akut syge ældre patient. Det vurderes, at et fælles uddannelsesindhold, hvor disse udgangspunkt i et vist omfang deles på tværs af specialerne vil kunne bidrage til øget alsidig og fleksibilitet ift. varetagelsen af disse forløb.

Der foreslås en ramme for fælles uddannelsesindhold der understøtter færdigheder og kompetencer. Elementerne vil hver især være en del af en eller to af speciallægeuddannelserne. Som eksempler kan nævnes

- værktøj og viden til vurdering af ældre medicinske patienters fysiske og psykiske funktionsniveau såvel som ernæringstilstand
- værktøj og viden til at udøve rationel farmakoterapi.
- kompetencer til at kunne foretage en geriatrisk vurdering af den akut syge ældre patient med inddragelse af fysiske, psykiske og sociale faktorer.
- Kompetencer og viden til samarbejde med primærsektoren i form af hjemmepleje, hjemmesygepleje og akutsygeplejersker for at støtte op om behandling i hjemmet/på plejehjem. Dette sker mhp. at forebygge og undgå indlæggelse ved tidlig indsats over for sygdomsforværring.
- Palliative forløb i hjemmet i samarbejde med hjemmeplejen.

Fælles uddannelsesindhold, der styrker behandlingen af psykisk syge og socialt udsatte patienter

Der er en betydelig overdødelighed blandt psykisk syge patienter, og det er velkendt, at der er en særlig udfordring hos mennesker med samtidig psykisk og somatisk lidelse, hvor utilstrækkelig forebyggelse og behandling af somatisk lidelse bidrager til den store overdødelighed. Det er centralt, at sundhedsvæsenet arbejder med denne udfordring i fremtiden, og det skal både ske ved at styrke holdninger, kompetencer og prioriteringer, samt afprøvning af nye organisations- og samarbejdsformer og ved at styrke patienternes kompetencer til at tage vare på egen sygdom og navigere i sundhedsvæsenet. Derudover er det også væsentligt at understøtte lægernes kompetencer til gavn for sammenhængende behandlingsforløb for denne patientgruppe.

Baggrunden for sygdomsforståelsesopdelingen mellem somatik og psykiatri og sundhedsvæsenets organisatoriske opdeling efter samme skelnen er historisk og kulturelt forankret. Generelt gælder for mange sygdomme og tilstande, at en skarp skelnen mellem soma og psyke hverken er fagligt meningsfuld eller hensigtsmæssig, ligesom den opfattelse også overser sociokulturelle faktorerens betydning for sygdomsudvikling og vedligeholdelse. Der ses i dag en organisatorisk udvikling flere steder i landet, hvor psykiatrien og somatikken nærmer sig hinanden både ift., at de psykiatriske afdelinger rykker ind på de somatiske sygehuse, fælles akutmodtagelser og ordninger med henholdsvis somatisk og psykiatrisk stuegang på anden afdeling.

Det er vurderingen, at denne udvikling med fordel kan understøttes af fælles uddannelsesindhold.

I de nuværende målbeskrivelserne for psykiatri og de intern medicinske specialer er der kun begrænset fokus på viden om henholdsvis udredning af somatisk sygdom⁶ og hvordan psykiatrisk sygdom mv. spiller ind i behandlingen af somatisk sygdom.

Det foreslås, at der udarbejdes en ramme fælles uddannelsesindhold, der understøtter behandlingen af patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom. Uddannelsesindholdet kan have følgende mål

- Understøtte sammenhængende forløb
- Understøtter psykiatriske speciallægers kompetencer inden for forebyggelse og identifikation af somatisk sygdom, fx konkretiseret ved at opnå kompetencer i at identificere risiko for samt igangsætte udredning og/eller initial behandling af en række hyppigt forekommende medicinske tilstande
- Understøtte viden om psykiatrisk sygdom hos speciallæger i intern medicinske specialer.

Fremadrettet operationalisering af fælles uddannelsesindhold

Speciallægeuddannelserne for de enkelte specialer beskrives i dag i separate målbeskrivelser, der består af henholdsvis:

En generel del, der er udfærdiget af Sundhedsstyrelsen, som beskriver forhold i speciallægeuddannelsen gældende for alle specialer.

En specialespecifik målbeskrivelse, der udfærdiges af specialeselskabet ved anvendelse af en skabelon([link](#)). Denne del godkendes af Sundhedsstyrelsen og lægges på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

En dokumentationsdel⁷, der indeholder de dokumenter, der skal præsenteres for Styrelsen for Patientsikkerhed i forbindelse med ansøgning om tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

Målbeskrivelserne beskriver først og fremmest de teoretiske og praktisk-kliniske kompetencer, som kræves for at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge i det enkelte speciale.

Det antages, at de videnskabelige selskaber har en naturlig faglig interesse i at sikre, at kompetencerne i måbeskrivelserne er relevante og opdaterede i forhold til den faglige udvikling i specialer og dels baseret på den erfaring, der opnås under anvendelse af måbeskrivelser og uddannelsesprogrammer i uddannelsesforløbene.

Der er ikke i *Sundhedsstyrelsens vejledning om udarbejdelse og revision af måbeskrivelser i speciallægeuddannelse*⁸ beskrevet krav eller anbefalinger om at beskrive eller redegøre fælles uddannelsesindhold med andre specialer. Der er heller ikke anbefalinger om, at specialesel-

⁶ Under introduktionslægeuddannelse i psykiatri er der en kompetence (1.3), som omhandler somatisk vurdering (vurdere og undersøge patients somatiske tilstand og vurdere den somatiske tilstandsrelation til de psykiatriske symptomer). Den er konkretiseret i specialets kompetencekort 4. Den er overordnet, og der nævnes ikke hvilke tilstande, der er tale om. Endvidere lægges der op til somatisk tilsyn. I hoveduddannelsen er der ikke kompetencer ift. ikke-neurologisk somatisk udredning. Der er ingen kurser i somatisk sygdom i den psykiatriske speciallægeuddannelse.

⁷ Dette foregår i dag primært elektronisk via logbog.net

⁸ VEJ nr. 9005 af 01/01/2012

skabet inddrager beslægtede specialer ift. at drøfte fælles uddannelsesindhold og kompetencer. Det er endvidere væsentligt at være opmærksom på, at der er tale om et frivilligt engagement fra læger drevet af interesse i uddannelse.

Der er således flere forhold i den nuværende proces for udarbejdelse af målbeskrivelser, der kan hindre udviklingen af fælles uddannelsesindhold i speciallægeuddannelsen.

Det foreslås derfor, at

- Skabelonen for målbeskrivelse ændres, så fælles kompetencemål synliggøres og at der er et afsnit om fælles uddannelsesindhold, der både indeholder den faglige baggrund for behovet for kompetencerne samt konkretiseringer af de specifikke kompetencer, så de er enslydende på tværs af de målbeskrivelser de indgår i.
- Der udvikles modeller for den løbende opdatering af målbeskrivelser, der sikrer, at det fælles uddannelsesindhold kvalificeres mellem relevante specialer, herunder evt. anbefalinger til opdateringsfrekvens mv. I den forbindelse skal afledte konsekvenser fx resourceforbrug beskrives. Her er kan to mulige fremgangsmåder for opdateringen af målbeskrivelserne være:
 - A: Ved revision af målbeskrivelser involveres beslægtede specialer med henblik på at identificere og beskrive fælles kompetencer og fælles uddannelsesindhold, der er vigtige for at kunne tilgodese patienternes behov. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for processen og skal fortsat godkende ændringer i målbeskrivelserne.
 - B: De fælles uddannelsesforløb udvikles som moduler, der kan placeres i relevante speciallægeuddannelser efter behov. Det udvikles af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en række arbejdsgrupper, med repræsentation af relevante faglige selskaber og forelægges for det nationale råd for lægers videreuddannelse