Høringsvar fra Dansk Ortopædisk Selskab til ”Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse.

Vi har i Dansk Ortopædisk Selskab med stor interesse læst hovedrapporten Fremtidens speciallæge — ændring af den lægelige videreuddannelse.

Vores høringssvar er opdelt i en indledning samt kommentarer til hver enkelt anbefaling.

Det skal anerkendes, at der er lavet et stort arbejde som kan lægge fundamentet for lægelig videreuddannelse de næste mange år. Vi har dog nogle overordnede kommentarer og bekymringer.

Det ortopædkirurgiske speciale er et meget stort og omfattende speciale med en skarp opdeling i subspecialer for at kunne levere behandling af tilstrækkelig kvalitet. Selv på hovedfunktionsniveau er der en ret skarp opdeling i opgaver og ansvarsområde for f.eks. en rygkirurg, håndkirurg eller alloplastikkirurg. Der er derfor aktuelt en helt naturlig udvikling fra nyuddannet ortopædkirurg til subspecialist for at kunne fungere i hverdagen. I rapporten lægges der op til at faglig profilering og ekspertuddannelse kun skal være for et mindretal af speciallægerne og dette ses helt urealistisk indenfor det ortopædiske speciale. Der er bekymring for at utilstrækkeligt fokus på kerneopgaven kan udvande uddannelsen.

Øget specialisering har været en essentiel del af den øgede kvalitet i sundhedsvæsnet over de sidste 20 år, og der er bekymring for at ønsket om større bredde samlet betyder et fald i kvalitet.

Et øget fokus på generalistopgaver og opgaver i beslægtede specialer kan desuden have den utilsigtede bivirkning, at endnu flere speciallæger vil være tiltrukket af en karriere på private hospitaler, hvor de kan koncentrere sig om den ortopædiske kerneopgave. Der er derfor i Dansk Ortopædisk Selskabs bestyrelse en bekymring om at et øget fokus på opgaver uden for kerneopgaven vil betyde færre offentligt ansatte ortopædkirurger.

Det anbefales derfor kraftigt, at der fortsat lægges vægt på faglig profilering og subspecialisering for at det fremover fortsat er muligt at levere behandling af tilstrækkelig kvalitet i så stort et speciale som ortopædisk kirurgi.

Det kan undre, at man med det øgede fokus på basale og generalistopgaver ikke anbefaler en forlængelse af den kliniske basisuddannelse til 1 ½ eller 2 år for på den måde at sikre et godt fundament for de basale og generelle kompetencer. Man har i starten af sin uddannelse størst fokus på basale opgaver og vil her få det største udbytte af læring på dette område. Med en klinisk basisuddannelse, hvor det sikres at alle som minimum har været et halvt år på en medicinsk afdeling og et halvt år i almen praksis vil skabe det bedste fundament for at kunne varetage basale og generelle opgaver.

Hvis ortopædkirurger i højere grad skal kunne behandle diabetes, KOL, hjertesygdomme etc. med tilpasning af medicinering etc. vil der uden forlængelse af uddannelsestiden bliver mindre tid til specialets kerneopgaver. Da der samtidig er en tiltagende specialisering som følge af den tekniske og medicinske udvikling rejser det tvivl om hvorvidt der er tilstrækkelig tid til uddannelse inden for kerneopgaven.

Fremtidssikring

Der lægges i rapporten vægt på at speciallægeuddannelsen skal fremtidssikres. Det kan derfor undre, at der ikke nævnes udviklingen inden for IT og kunstig intelligens. Rapporten lægger stor vægt på at fremtidens speciallæge skal være rustet til generalistopgaver og fleksibilitet for dermed at skabe en fremtidssikret speciallæge. I rapporten er lagt meget lille vægt på udviklingen af kunstig intelligens, som formentlig vil

være den største revolution sundhedsvæsnet har oplevet. Indenfor en kort årrække vil kunstig intelligens formentlig kunne løse mange generalistopgaver i forhold til diagnostik, behandling og monitorering af de store folkesygdomme og vil således kunne fungere som meget stærke hjælpeværktøjer for klinikeren. Det speciallægen skal kunne vil således være at have netop specialistviden om et meget begrænset område, som kan være svært at omsætte til algoritmer og generelle behandlinger. De basale opgaver i form af evnen til klinisk beslutningstagen, kommunikation og "shared decision making" vil fremover være en kerneopgave som i endnu højere grad skal trænes og udvikles.

Speciallægen vil derfor blive en kommunikator med højt specialiseret viden om begrænsede problemstillinger, hvor kunstig intelligens vil hjælpe med behandling af de almindelige tilstande som går på tværs af specialerne. Rapporten synes ikke at tage højde for en sådan udvikling.

Det er vores vurdering, at denne udvikling kun vil accelerere, og at det kan betyde en markant ændring i måden læger uddannes på samt diagnosticere og behandle patienter. Det er helt afgørende, at læger er en del af denne udvikling og anvendelse af kunstig intelligens bør derfor indgå i speciallægeuddannelsen fremover.

Inddragelse af speciallægepraksis og andre aktører i videreuddannelsen

Specielt i det ortopædiske speciale foregår en større og større andel af operationer i regi af private aktører. Det har betydet at kirurgisk oplæring på offentlige sygehuse er vanskeliggjort, da der ikke længere er så mange basisoperationer som tidligere. Det anbefales derfor kraftigt at se på modeller for hvordan de private aktører kan inddrages i uddannelsen – specielt med sigte på procedurer og operationer. Det vil kræve en økonomiske model, hvor omkostningen ved uddannelse inddrages i udbudsrunder.

Anbefaling 1. Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse

Kommentar: Beskrivelsen af 4 fire forskellige opgaver findes hensigtsmæssig og flugter godt med det kliniske arbejde i ortopædkirurgien. Ortopædkirurgi er dog kendetegnet ved en høj grad af sektionering og specialisering, hvilket betyder at et kompetenceniveau for specialistopgaver findes hensigtsmæssig.

I et kirurgisk speciale med mange hundrede forskellige operationer vil specialets operative kerneopgaver være ganske få, og de fleste af de operationer som skal udføres vil blive foretaget på ekspertniveau. Også mange ikke-operative behandlinger foretages kun på ekspertniveau. Kun basal udredning og ikke-operativbehandling af de fleste frakturer kan betragtes som en bred kerneopgave.

Anbefaling 2. Opbygning af den lægelige videreuddannelse

Kommentar: Det findes hensigtsmæssigt at bevare KBU-uddannelsen som introduktion til lægelivet. Med oprettelsen af akutafdelinger samtidig med at et halvt år af KBU-uddannelsen foregår i almen praksis vil en meget stor del af KBU-lægerne kun arbejde på disse afdelinger. Det giver en begrænset forståelse for de mere specialiserede behandlinger på hospitalsafdelinger og kun få KBU-læger vil stifte bekendtskab med kirurgiske og intern medicinske specialer. Dette findes uhensigtsmæssigt både med hensyn til det sammenhængende sundhedsvæsen og for rekruttering til disse specialer.

Den ”gamle” turnusordning på 1½ år gav bedre basis for opnåelse af kompetencer til udførelse af basale opgaver og generalistopgaver og burde genindføres.

Det findes hensigtsmæssigt at indføre en national standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil og dette bifaldes.

Anbefaling 3. Videreuddannelsens varighed

Kommentar: Anbefalingen findes hensigtsmæssig. Der kan dog rejses bekymring om ønsket om flere generalistkompetencer, og opgaver i beslægtede specialer kan betyde forlængelse af uddannelsestiden. Hvis ortopædkirurger i højere grad skal kunne behandle diabetes, KOL, hjertesygdomme etc. med tilpasning af medicinering etc. vil der uden forlængelse af uddannelsestiden blive mindre tid til specialets kerneopgaver. Da der samtidig er en tiltagende specialisering som følge af den tekniske og medicinske udvikling rejser det tvivl tilstrækkelig tid til uddannelse.

Speciale- og målbeskrivelser

Anbefaling 4. Nye nationale specialebeskrivelser

Kommentar: Det hilses velkommen at SST vil stå i spidsen for at udarbejde en skabelon til bedre beskrivelse af specialernes kerneopgaver samt hvilke opgaver der går på tværs af flere specialer. Der ligger dog et stort arbejde i at udarbejde de konkrete beskrivelser, og da arbejdet vil kræve samarbejde på tværs af adskillige specialer forudses at det vil blive en tidskrævende og kompleks opgave. Der savnes en model for hvordan arbejdet med dette skal finansieres.

5. Nye målbeskrivelser, der styrker fælles kompetencer

Kommentar: Processen omkring udarbejdelse af nye målbeskrivelser fremstår uklar specielt i forhold til at der skal inddrages mange aktører i udarbejdelsen af nye målbeskrivelser. Der er bekymring for hvor store ressourcer dette vil trække på de specialebærende selskaber og hvordan arbejdstiden finansieres.

Det ses som helt afgørende for en succesfuld gennemførelse af denne transformation, at SST stiller administrativ kapacitet til rådighed og kan sætte sig i spidsen for revisionerne af målbeskrivelserne. Det kan være bekymrende om der er tilstrækkelige ressourcer i SST til dette arbejde.

Samtidig er det uklart hvilken rolle arbejdsgiver i form af Regionerne skal have og hele processen er derfor usikker.

Med øget fokus og på fælles kompetencer vil en forlængelse af uddannelsen blive uomgåelig. Da det kirurgiske curriculum som udgangspunkt ikke forlænges vil den kirurgiske læringskurven blive mindre stejl, da øget tid skal bruges på generelle kompetencer og kompetencer i beslægtede specialer. Da kirurgi er et håndværk er løbende progression vigtig og forsinkelse kan betyde et ringere slutresultat.

Anbefaling 6. Fleksibilitet og merit

Kommentar: Det hilses velkommen, at regionerne fortsat frit kan oprette introduktionsforløb uden bindende maksimum. Det giver mulighed for regional styring i stillinger også i yderområder.

Mulighederne for merit ved specialeskift er sympatiske, men indenfor det ortopædkirurgiske speciale, hvor den operative færdighed er central ses mulighederne for merit fra andre specialer at være meget begrænset.

Anbefaling 7. Modernisering af de syv lægeroller

Kommentar: De 7 lægeroller har været gavnlige til at skabe et sprog for lægens arbejde. Lægerollerne har dog haft en tendens til at få lægens arbejde til at fremstå som opdelt mellem forskellige roller, hvor virkeligheden er, at lægen skal udfylde flere, hvis ikke alle roller i hver opgave. Det ses derfor mere hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i lægens opgaver og ikke i roller ved udarbejdelse af målbeskrivelser. I forhold til udarbejdelse af CV kan rollerne danne udgangspunkt for tidligere erfaringer, men i udarbejdelsen af motiveret ansøgning ses anvendelse af de 7 lægeroller som skabelon ikke at være hensigtsmæssig. Udviklingen af digitale hjælpeværktøjer forudses at gennemgå en revolution bør en digital lægerolle indgå i lægerollerne.

Anbefaling 8. Nye kriterier for specialer

Kommentar: Ingen kommentarer

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

Kommentar: Har ikke direkte betydning for det ortopædiske speciale.

Anbefaling 10. Modernisering af funktionsmodellen i intern medicin

Kommentar: Har ikke direkte betydning for det ortopædiske speciale.

Anbefaling 11. Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser

Kommentar: Anbefalingen vedrører ikke direkte det ortopædiske speciale, men i højere grad øvrige kirurgiske specialer. Anbefalingen bygger på en forudsætning om en fællesmængde af opgaver, som udføres på tværs af specialer og derfor et ønske om flere generalistkompetencer. Det er vurderingen, at de fælles generalistkompetencer der måtte være, ikke er specifikke for de kirurgiske specialer, men i virkeligheden kan udbredes til alle kliniske specialer – altså principper for udredning og monitorering af sygdomme samt kommunikative, ledelsesmæssige og samarbejdsmæssige kompetencer. De kompetencer som er nødvendige for behandling af specifikke sygdomme vil formentlig kun i få situationer kunne overføres, da korrekt behandling kræver en høj grad af viden og specialisering. Der

skal derfor i stedet arbejdes på at bredt klinisk curriculum med definition af de kompetencer som alle klinikere skal have som så kan indarbejdes i alle målbeskrivelser.

Anbefaling 12. Det akutmedicinske speciale

Kommentar: Er meget enig i anbefalingen. Det er afgørende, at snitflader og samarbejdsformer beskrives nøje så patienten modtager bedst mulig behandling med optimal udnyttelse af ressourcerne. Med oprettelsen af det akutmedicinske speciale og selvstændige akutmodtagelser har vi i ortopædkirurgien oplevet en stor stigning i patienter, som henvises til ekstra kontrol fra akutmodtagelserne. Det er afgørende at kompetenceprofiler for tilstødende specialer er veldefinerede, og at man opnår tilstrækkelige kompetencer til at færdigbehandle patienterne, hvor det er muligt.

Anbefaling 13. Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen

Kommentar: Anbefalingen bygger på en forudsætning om at alle speciallæger kan varetage behandlingen af størstedelen af patienterne indenfor specialet. Denne forudsætning er IKKE tilstede i det ortopædiske speciale, hvor speciallægen kun kan udføre en mindre del af de operative behandlinger på hovedfunktionsniveau. Der er en skarp opdeling mellem rygkirurgi, skulder-albuekirurgi, hofte- og knæalloplastikkirurgi, håndkirurgi, idrætskirurgi, fod-ankelkirurgi, børneortopædi, traumatologi og ortopædisk tumorkirurgi. Det er nødvendigt for at kunne tilbyde behandling på tilstrækkeligt højt niveau, at man koncentrerer sig om en enkelt eller højst to af ovenstående områder for at have tilstrækkelig viden og færdigheder. Dette gør sig også gældende internationalt. Der er derfor behov for en tydeligere definition af ekspertuddannelses, og det er ikke tilstrækkeligt at et mindre antal skal uddannes til eksperter. Det vil således være størstedelen af sygehusansatte ortopædkirurger, som har behov for ”faglig profilering”.

Anbefaling 14. Fagområdeuddannelser og fagområdekriterier

Kommentar: Igen er det ortopædiske speciale opbygget af en række subspecialiserede områder, som i teknikker og sygdomme adskiller sig markant fra hinanden. Det vil derfor fremover fortsat være behov for at alle speciallæger i ortopædkirurg subspecialiserer sig indenfor et eller allerhøjst to områder for fortsat at kunne levere udredning og behandling på tilstrækkelig højt niveau. Reduktionen af specialistuddannelser findes derfor uhensigtsmæssig.

Anbefaling 15. Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb

Kommentar: Det findes hensigtsmæssigt at sætte øget fokus på systematisk kompetencevurdering og der bakkes entydigt op om anbefalingen. Vi har i den seneste udgave af målbeskrivelsen for det ortopædiske speciale arbejdet for øget operationalisering og systematisk kompetencevurdering.

Anbefaling 16. Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser

Kommentar: En gennemgribende revision af kursusrækken for både generelle og specialespecifikke kurser hilses velkommen. I lyset af det øgede fokus på generalistkompetencer og løsning af opgaver i tilstødende specialer er det dog vigtigt at sikre, at den samlede varighed af kursusrækken matcher det samlede behov for læring. Det ortopædkirurgiske speciale er meget bredt med 10 subspecialer og fagområder og en reduktion af tid til de specialespecifikke kurser kan betyde et reelt fald i viden og færdigheder. De specialespecifikke kurser giver mulighed for at uddanne inden for områder som sjældent ses i klinikken og derved bevare bredden hos den nyuddannede ortopædkirurg.

Det anbefales at kurser med fokus er på generalistkompetencer og samarbejde tænkes som tværfaglige kurser med andre specialer. Det er vigtigt, at den samlede økonomi til at løfte denne opgave er på plads.

Mht. øget simulationstræning af procedurer inden de udføres på patienter kan dette betyde et øget behov for kursusaktivitet i starten af uddannelsens således at obligatoriske specialespecifikke kurser må lægges i introduktionsuddannelsen. Dette kan betyde en forlængelse af den samlede kursusrække.

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

Kommentar: En revision af forskningstræningen findes hensigtsmæssig, da den aktuelle forskningstræning på 20 dage ikke findes hensigtsmæssig. Det fremgår dog ikke klart hvordan det nye kursus tænkes udført. Vil det være et kortere kursus af få dages varighed eller et længere kursus med arbejde mellem kursusdagene. Formuleringen findes derfor meget uklar, og det ønskes specificeret hvad forskningstræningen skal indeholde. Videnskabelig tankegang og forskning vil fortsat fremover være en hjørnesten i det lægefaglige virke, og det er vigtigt at man på anden måde sikrer tid og mulighed for forskning i hverdagen.

Anbefaling 18. Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven

Kommentar: Den findes hensigtsmæssigt at øge fokus på den pædagogiske understøttelse af uddannelsesopgaven og sikre indsatsen koordineres og udnyttes bedst muligt. Det er vigtigt at økonomien er på plads for at sikre den nødvendige tid og mulighed for efteruddannelse af de medicinsk pædagogiske lektorer. Det er dog vigtigt at fastholde nærheden til det kliniske virke og at de medicinske pædagogiske lektorer fortsat bruger størstedelen af deres tid i klinikken.

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

Kommentar: Det findes hensigtsmæssigt at sikre god uddannelse overalt i sundhedsvæsnet.

Specielt i det ortopædiske speciale foregår en større og større andel af operationer i regi af private aktører. Det har betydet, at kirurgisk oplæring på offentlige sygehuse er vanskeliggjort, da der ikke længere er så mange basisoperationer som tidligere. Det anbefales derfor kraftigt at se på modeller for hvordan de private aktører kan inddrages i uddannelsen – specielt med sigte på procedurer og operationer. Det vil kræve en økonomiske model hvor omkostningen ved uddannelse inddrages i udbudsrunder.

Anbefaling 20. Koordineret dimensionering og prognose

Kommentar: Anbefalingen findes hensigtsmæssig. Specielt at uddannelsen af medicinske kandidater og behovet for speciallæger koordineres og aftales centralt mellem de ansvarlige ministerier.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen

Dansk Ortopædisk Selskab