

NOTAT

BILAG NR14-19

Dato 07-06-2019

Sagsnr. 2-1012-656

Fremtidens lægelige videreuddannelse

Baggrund

Sundhedsstyrelsens mission er *Sundhed for alle*. For at nå dette sætter Sundhedsstyrelsen rammer og retning på sundhedsområdet, hvor SST har et særligt ansvar, hvor faglige løsninger kan være svære og kontroversielle. En af de vigtige opgaver, som SST har, sammen med vigtige aktører på området, er ansvaret for uddannelse af speciallæger. Det er Sundhedsstyrelsens opgave løbende at vurdere kvaliteten af den lægelige videreuddannelse for at sikre, at Danmark har veluddannede speciallæger med relevante kompetencer, der også i fremtiden kan matche befolkningens behov for sundhedsydelser.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelsen har derfor gennem det seneste år haft temadrøftelser om den fremtidige speciallægeuddannelse.

Nærværende notat er et oplæg til diskussion i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) med henblik på at opfange og syntetisere udviklinger og tendenser inden for den lægelige videreuddannelse både i Danmark og internationalt for at skabe et fremtidssikret sundhedsvæsen.

Nedenfor er nævnt de vigtigste publikationer, der gennem de sidste knap 20 år har haft stor indflydelse på den lægelige videreuddannelse.

Fremtidens speciallæge – år 2000

Speciallægekommissionen blev nedsat, da der gennem flere år var udtrykt bekymring over kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Kommissionen fremlagde i maj 2000 i betænkning nr. 1384 en række anbefalinger, der alle havde til formål at forbedre kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Betænkningen beskrev bl.a. struktur og indhold for speciallægeuddannelse under 2003-uddannelsesordningen, som blev implementeret januar 2004 og afløste 1996-uddannelsesordningen. I 1384-betænkningen blev nye begreber introduceret blandt andet:

Første dimension, der omfatter den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et *speciale*, dvs. introduktions- og hoveduddannelsen. Uddannelsen var specialeorienteret og bestod af obligatoriske elementer som fx den specialespecifikke kliniske og teoretisk uddannelse samt uddannelse inden for områderne forskningstræning, pædagogik, ledelse og administration samt kommunikation og samarbejde.

Anden dimension, der omfatter den mindre formaliserede og individuelle faglige interesse, der som hovedregel finder sted efter erhvervelse af en speciallægeanerkendelse.

Specialestrukturen blev ligeledes ændret, da Speciallægekommissionen anbefalede, at den fremtidige struktur skulle basere sig på specialer og fagområder og ikke som tidligere på grund- og grenspecialer. En sådan struktur ville gøre, at nye fagområder let kunne dannes, når der var behov, og let visne bort, når dette

måtte være nødvendigt. Hertil kom, at strukturen fandtes mere fleksibel og let at tilpasse kommende sundhedsfaglige og strukturelle ændringer.

I betænkningen anbefalede man bl.a., at turnus fortsat skulle være af 18 måneders varighed fordelt med 6 måneder i hhv. medicin, kirurgi og almen medicin.

I 2007 blev der aftalt en omlægning af turnusuddannelsen. Der blev indført en Klinisk Basisuddannelse (KBU) i stedet for Turnus, hvilket indebar en reduktion i varigheden af uddannelseselementet fra 18 til 12 måneder fordelt på to gange seks måneder inddragende to forskellige specialer. Samtidig blev indført en regel om, at et hoveduddannelsesforløb skulle være påbegyndt senest fire år efter afsluttet KBU (fireårsregel). Hensigten var at få uddannet speciallæger hurtigere og sikre en større besættelsegrad af hoveduddannelsesstillinger.

Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering - 2012

Godt 10 år efter at Speciallægekommissionens betænkning og de første hold speciallæger efter 2003-uddannelsesordningen var færdiguddannede, lavede Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse en status, hvor det blev belyst, om og hvordan speciallægekommissionens anbefalinger var blevet implementeret, og hvorvidt målene i betænkningen var nået. Ydermere blev det belyst, hvorvidt den nye speciallægeuddannelse fungerede i forhold til den ændrede struktur og organisering i sundhedsvæsenet.

Den samlede rapport illustrerede, at hovedparten af speciallægekommissionens anbefalinger var blevet implementeret, og at der forelå en velfungerende organisation til varetagelse af speciallægeuddannelsen; men rapporten viste også, at der var et behov for indsatser og justeringer på flere områder.

Status på den lægelige videreuddannelse - 2014

I forbindelse med en forespørgselsdebat vedrørende fireårsreglen i den lægelige videreuddannelse i foråret 2013 blev der i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse nedsat en arbejdsgruppe med deltagere fra Lægeforeningen, Yngre Læger, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og videreuddannelsesregionerne med henblik på at evaluere omlægningen af den lægelige videreuddannelse.

Evalueringen viste, at nogle af de initiativer i aftalen fra 2007, der skulle ledsage fireårsreglen (bl.a. dokumentation for opslåede introduktionsstillinger, karrierevejledning, uddannelsesplaner) efter Lægeforeningens/Yngre Lægers opfattelse ikke var fuldt ud implementeret. Der var enighed om, at der vedrørende karrierevejledning og uddannelsesplaner var plads til forbedringer.

Arbejdsgruppen anbefalede i rapporten på baggrund af fire foreslåede modeller, at fireårsreglen blev ændret til en femårsregel. Efterfølgende blev femårsreglen ændret til en seksårsregel, men denne blev ophævet af Sundhedsministeren den 1. maj 2019.

Temadrøftelser

Gennem de sidste par år har der på møderne i NRLV været temadrøftelser blandt andet med emner som forskningsuddannelse, simulationstræning, de laboratoriemedicinske specialer. På de fire foregående møder i NRLV fra juni 2018 til marts 2019 har der været tematiserede drøftelser over forskellige aspekter af den lægelige grund- og videreuddannelse med oplæg inden for emnerne: Fremtidens sundhedsvæsen, Fremtidens lægerrolle, Lægen fra den prægraduate uddannelse og Den kliniske basisuddannelse (KBU). Drøftelserne efter oplæggen har givet anledning til at syntetisere nogle betragtninger og hovedbudskaber om den lægelige videreuddannelse i fremtiden.

Fra oplæggen kan følgende punkter fremhæves:

Fremtidens sundhedsvæsen:

Der er navnlig fire elementer, som vil være afgørende for fremtidens sundhedsvæsen: befolkningens politiske prioritering af sundhedsvæsenet, den demografiske udvikling, teknologiske udviklinger og sundhedsvæsenets organisatoriske bureaukrati. I tillæg er der fire centrale principper, som udfordrer

fremtidens sundhedsvæsen: solidaritet, produktivitet, specialisering samt autoritet og autonomi. Fokus på en høj grad af specialisering har givet forbedringer på overlevelse inden for fx kræftsygdomme, men der er også behov for øget fokus på generalistkompetencer, folkesygdomme, rehabilitering og multisygdom.

Den demografiske udvikling vil give den vestlige verden en voksende andel af ældre i befolkningerne. Der vil blive en øget efterspørgsel på sundhedstilbud, da ældre typisk vil lide af en eller flere kroniske sygdomme, men de vil blive mere selvhjulpne og med flere aktive leveår. På trods af dette kan det dog blive en udfordring, at fokus på specialisering af læger på hospitalerne har medført, at der vil være en mangel på læger med generalistkompetencer til at tage sig af de (ældre) patienter, der har flere kroniske folkesygdomme.

Der vil i fremtiden være behov for ikke blot løbende videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, men også uddannelse af borgere i, hvordan de skal mestre deres kroniske lidelser samtidig med, at de lever et aktivt liv og lærer at anvende nye de nye teknologier.

Fremtidens lægerolle:

Det er vigtigt at man i uddannelsen prioriterer og fastholder kombinationen af lægens interesse for den fælles opgave i sundhedsvæsenet og evnen til at kunne udøve et klinisk skøn i mødet med patienten, hvor der anvendes refleksion over lægens tidligere erfaringer. Kvaliteten af lægens arbejde afhænger af graden af samarbejde med patienten, i nærmiljøet og på tværs af sektorer. Patientens forventninger øges lige så hurtigt som den teknologiske udvikling og lægen skal være med til at udvikle både relationer til patienterne og teknologien.

Udviklingen i sundhedsvæsenet har betydet, at lægen er blevet en repræsentant for det naturvidenskabelige paradigme på bekostning af det samfundsvidenskabelige og humanistiske paradigme. Der vil blive behov for en læge med fokus på sociale kompetencer, kompetencer inden for relationsarbejde, brugerinddragelse og kommunikation samt flere generalistkompetencer inden for sygdomsområderne.

Lægen fra den prægraduate uddannelse:

Universiteterne har i samarbejde med universitetshospitalerne ansvar for, at den lægestuderende møder patienten tidligt under uddannelsen, så de hurtigt får øje for de medmenneskelige kompetencer med empati og ikke kun naturvidenskabelige kompetencer. De studerende efterspørger valgfrihed, fleksibilitet, forskningsmuligheder og at læringen skal tilrettelægges som problembaseret. Den lægestuderende skal opnå kompetencer i professionel ageren i det komplekse, samarbejdende tværfaglige sundhedsvæsen. Der er dog også behov for, at kandidaterne får kompetencer inden for beslutningstagen, handlekraft og fleksibilitet.

Den kliniske basisuddannelse (KBU):

I den kliniske basisuddannelse lærer den nyuddannede læge mønstergenkendelse af sygdomsenheder og at træffe selvstændige beslutninger hurtigere. De lægestuderende ønsker, at KBU fortsat er den primære indgang til den lægelige videreuddannelse, da det giver tryghed og en jobgaranti. Yngre læger kan være bekymrede for at tage ansvar og oplever at mangle supervision i både faglige - og samarbejdsrelationer.

Syntese over de fire oplæg og diskussioner:

Den demografiske udvikling vil give en større del af ældre i befolkningen. Der er delte meninger om det vil være sunde ældre, ældre med flere diagnosticerede komorbiditeter eller ældre som skal behandles i sundhedsvæsenet. Sygdomsdefinitioner, kliniske retningslinjer og politiske prioriteringer har afgørende betydning for, hvor mange der skal behandles i sundhedsvæsenet og for hvilke kompetencer, de sundhedsprofessionelle skal have.

Behandlingen af patienter med multimorbiditet fordrer læger med generelle, brede medicinske kompetencer. I den nuværende specialestruktur opnås der i alle specialer generelle brede kompetencer, men fokus overskygges ofte af den specialiserede del af specialet, ikke mindst inden for de intern medicinske specialer. Aktuelt er der tre speciallægeuddannelser, almen medicin, geriatri og akutmedicin, som særligt har fokus på generelle medicinske kompetencer. I fremtidens sundhedsvæsen skal der findes en hensigtsmæssig balance, så der er opmærksomhed på og en fordeling af generelle medicinske kompetencer og tillige en høj grad af specialisering, der sikrer høj ekspertise inden for hvert speciale og inden for specifikke fagområder.

Ny viden, særligt inden for det teknologiske felt, genereres hurtigere i dag end tidligere. Dette medfører øgede krav til fremtidens læger om kontinuerligt at skulle holde sig ajour samt forholde sig til og anvende den nye viden i daglig praksis. Derudover vil patienterne i fremtiden, bl.a. på grund af elektroniske medier, have større viden om sygdom og sundhed og stille større krav til specifikke sundhedstilbud. Der bliver behov for læger, der ud over den traditionelle fagprofessionelle rolle også er gode til at kommunikere, formidle, udvise empati og samarbejde med andre sundhedsprofessioner samt arbejde på tværs mellem sektorerne. En ny facet af lægens funktion bliver agere i det komplekse felt med en mere humanistisk rolle, som ser på patienten fra en ikke-teknologisk vinkel ud fra en fx en social dimension.

Den akademiske læring både på grunduddannelsen på universiteterne og inden for videreuddannelsen er i forandring og forventes at ændre sig fra et traditionelt biomedicinsk curriculum til nye læringsformer med blik for sundhedsvæsenets og patienternes behov. Universiteterne er i gang med at brede undervisningsfokus ud til også at omfatte kulturkendskab, samfundskendskab, formidling, forhandling og gøre undervisningen mere anvendelsesorienteret i stedet for performanceorienteret. Den efterfølgende KBU skal ruste de nye læger, til at have det godt med at få lægekitlen på, tage beslutningsansvaret og opgaven som selvstændig behandler.

Internationale erfaringer

Det er særdeles relevant løbende at have fokus på den lægelige videreuddannelse i udlandet både i forhold til faglig udvikling og opbygning og set i lyset af, at et øget antal læger flytter over landegrænser.

Et af de vigtigste formål med både Anerkendelsesdirektivet og Nordisk Overenskomst er at sikre så fri bevægelighed på tværs af landegrænserne som muligt.

Intentionerne bag begge aftaler har været, at der samtidig skulle ske en harmonisering af uddannelserne, således at en læge uddannet i fx Rumænien har en uddannelse som kan sidestilles med læge uddannelsen i Danmark.

Norden

Norden er på sundhedsområdet bundet sammen af bl.a. *Overenskomsten om fælles nordisk arbejdsmarked for sundhedspersonale og dyrlæger* (Den Nordiske Overenskomst (NO) – Arjeplog-aftalen) fra 1981 og ændret på nordisk ministerrådsmøde i 1993 i Arjeplog, Sverige.

Det grundlæggende princip for vurdering af en sundhedspersons status er iht. NO, at en person, som har opnået autorisation/speciallægeanerkendelse i ét nordisk land, automatisk har ret til en tilsvarende autorisation/speciallægeanerkendelse i de øvrige nordiske lande, såfremt man i ansøgerlandet har oprettet specialet. Dette princip er grundlaget i NO og er derfor mere tungtvejende end de eventuelle forskelle, som måtte findes mellem de enkelte nordiske landes autorisationskrav for uddannelser og eksaminer.

I nogle nordiske lande er der gennem de senere år sket ændringer i tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. I Finland og Norge skal lægerne således ikke gennemføre en turnus inden de kan påbegynde speciallægeuddannelsen. De norske og finske nyuddannede læger kan således gå i gang med speciallægeuddannelsen efter afsluttet grunduddannelse.

Island, Danmark og Sverige har indtil videre fastholdt turnus/KBU/AT, men Sverige påtænker, inden for ét til to år, at afskaffe AT-uddannelsen. Formålet er, at nye, svenske medicinske kandidater med et bedret kompetenceniveau og en større faglig profil umiddelbart skal kunne opnå legimitation (autorisation og ret til selvstændigt virke) som læge.

Den lægelige videreuddannelse i Norge blev bl.a. lavet om, fordi medicinske kandidater uddannet i Norge blev stillet ringere end andre læger uddannet i visse EU/EØS-medlemsstater, hvor der ikke er obligatorisk turnusordning. For læger fra disse EU-lande gælder, at de umiddelbart efter candidateksamen opnår og autorisation og ret til selvstændigt virke – uden først at skulle have gennemført en turnus - og således kan de starte direkte i speciallægeuddannelse både i eget og i andre EU/EØS-lande.

EU

EU/EØS er på sundhedsområdet bundet sammen af bl.a. Europa-Parlamentets og Rådets Direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer (Anerkendelsesdirektivet) med efterfølgende ændringer. Grundprincippet i anerkendelsesdirektivet er, at en EU-borger, som er fuldt kvalificeret til at udøve et lovreguleret erhverv i én medlemsstat, skal have adgang til at udøve det samme erhverv i en anden EU-medlemsstat. For at kunne etablere sig skal erhvervsudøveren have autorisation eller lignende offentlig godkendelse fra den ansvarlige myndighed.

Direktivets regler for etablering består af tre forskellige regelsæt:

1. *Regler om gensidig anerkendelse af kvalifikationer (de såkaldte generelle regler).*
2. *Regler om automatisk anerkendelse af kvalifikationer på baggrund af fælles minimumsuddannelseskrav – de såkaldte sektorale regler,* som gælder for syv erhverv - læge, tandlæge, sygeplejerske, jordemoder, dyrlæge, farmaceut og arkitekt (arkitekterhvervet er dog ikke et lovreguleret erhverv i Danmark, og derfor skal man ikke have en autorisation for at kunne udøve dette erhverv i Danmark).
3. *Regler om automatisk anerkendelse på baggrund af relevant erhvervserfaring.*

Som det ses af ovenstående regelsæt, så behandles læger primært efter nr. 2. *Regler om automatisk anerkendelse af kvalifikationer på baggrund af fælles minimums-uddannelseskrav* – de såkaldte sektorale regler. Det betyder, at hvis en læge kan dokumentere at have gennemført en uddannelse i overensstemmelse med de mindstekrav, der er defineret i Direktivet, så har lægen ret til samme adgang til udøvelse af virksomhed og til at opnå autorisation/ret til selvstændigt virke/speciallægeanerkendelse på baggrund af de anerkendte uddannelsesbeviser såfremt de opfylder mindstekravene til uddannelsen.

Proces og undertemaer for det videre forløb

Sundhedsstyrelsen ønsker, sammen med relevante aktører, at arbejde videre med at beskrive en række udvalgte udfordringer inden for den lægelige videreuddannelse i fremtiden og mulige løsninger på disse.

Ud fra ovenstående gennemgang af den tidligere speciallægekommissions betænkning fra 2000, andre relevante publikationer på området samt temadrøftelserne i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

i perioden 13. juni 2018 – 6. marts 2019 og med blikket på det internationale perspektiv vil Sundhedsstyrelsen foreslå nedenstående fem områder.

Grundstrukturen i den lægelige videreuddannelse

- i) Hvordan kan grundstrukturen i den lægelige videreuddannelse opbygges så flest mulige af de i notatet beskrevne udfordringer kan håndteres?
- ii) En beskrivelse af fordele og ulemper ved tidligt specialevalg versus sent specialevalg, herunder hvordan mulighederne er for at placere KBU/Turnus som en del af universitetsuddannelsen eller en del af speciallægeuddannelsen eller begge dele?
- iii) En vurdering af den danske lægelige videreuddannelse, herunder KBU i sammenligning med strukturen i vores nabolande og øvrige EU-lande.
- iv) Hvordan kan vi lave et uddannelsessystem, så der er stor sikkerhed for at læger med forskellige udenlandske læge- og speciallægeuddannelser fungerer og integreres i det danske sundhedsvæsen, så patienterne oplever en ensartet kvalificeret behandling.

Generalistkompetencer versus specialistkompetencer

- I. En beskrivelse af hvordan sundhedsvæsenet sikrer tilstedeværelsen af kompetencer til håndtering af borgeren med kompleks multisygdom i eget hjem sammen med andre aktører, men også kompetencer til at håndtere borgere med symptomer, uden egentlig sygdom og kompetencer til den specifikke sjældne sygdom.
- II. En vurdering af, hvordan den fremtidige lægelige videreuddannelse sikres en passende balance mellem uddannelse af generalister, specialister og eksperter? Skal der ske en ændring i antallet af læger, der uddannes i specialer med generelle medicinske kompetencer og i så fald hvordan? Skal der ske en ændring i den enkelte læges balance mellem generalist- og specialistkompetencer?
- III. En vurdering af, om hvordan der kan være mere fleksibilitet i den lægelige videreuddannelse og i specialestrukturen, således at sundhedsvæsenet også fremadrettet kan matche uddannelsesbehovet ift. varetagelsen af sygdomsbilledet og samfundets ønsker?

Lægeroller i fremtiden

- I. En vurdering af, hvordan den lægelige videreuddannelse i højre grad kan forberede lægerne til at håndtere fremtidens sundhedsforbruger?
- II. Hvordan skal den lægelige videreuddannelse forholde sig til et ændret syn på lægens rolle? Er der fx behov for videreudvikling af beskrivelserne af de nuværende lægeroller og i så fald hvordan?
- III. Hvordan skal den lægelige videreuddannelse sikre differentiering af lægens arbejdsopgaver og hensigtsmæssig brug af lægens kompetencer ift. andre sundhedspersoner?

Styring af den lægelige videreuddannelse

- I. En beskrivelse af, hvordan den lægelige videreuddannelse kan struktureres, således at systemet dels kan tilpasse sig ændringer i udbud, efterspørgsel og reelle behov og dels er med til at løse opgaver med hensyn til almindelig drift, faglighed, pædagogik og lægers forskellige karriereveje.

- II. En beskrivelse af, hvordan den lægelige videreuddannelse kan styres med hensyn til rekruttering inden for specialer og geografi, så der sikres god lægedækning og mere lighed i sundhedstilbud i hele landet?

Fremtidens specialestruktur

- I. Har vi de rigtige specialer og den mest optimale specialestruktur ift. at kunne levere de ydelser, vi har brug for og er den lægelige videreuddannelse struktureret således, at det løbende kan tilpasse sig sundhedsvæsenet ændrede behov?
- II. En vurdering af muligheder og behov for at sammenlægge, oprette eller nedlægge specialer.

Efter drøftelserne i Rådet den 12. juni 2019 ønsker Sundhedsstyrelsen at nedsætte fem arbejdsgrupper, der inden for rammerne af det foreliggende notat og efterfølgende udarbejdede kommissorier beskriver udfordringer i emnerne og muligheder for håndtering. Arbejdsgrupperne vil komme til at bestå af eksterne interessenter fra relevante organisationer, udvalgte medlemmer af NRLV og Sundhedsstyrelsen.

Formålet er at sikre, at den lægelige videreuddannelse også i fremtiden vil være robust og kunne imødekomme de kommende forventede ændringer i det danske sundhedsvæsen og borgernes behov. Den lægelige videreuddannelse skal matche eller være bedre end øvrige videreuddannelser for læger i udlandet og sikre kvalitet og patientsikkerhed for borgeren ved kontakt til lægen.

Sundhedsstyrelsen forventer, at hver arbejdsgruppe leverer et fyldigt notat (delrapport) i 2. kvartal 2020. Sundhedsstyrelsen samler delrapporterne til en fælles rapport, der forventes at kunne sendes til høring i efteråret 2020, med henblik på en efterfølgende indstilling til sundhedsministeren i 1. kvartal 2021.