

Referat af temamøde i det Regionale Råd 27. februar 2023

Oplæg ved Claus Malta om revisionsarbejdet.

Claus Malta:

Uddannelsen skal modsvare befolkningens forventninger

Alsidighed

Fleksibilitet

Faglighed

rapporten ændres næppe

mere beskrivelse af hvad så nu

der skal igennem nogle specialegrupper-

medicinske specialer

kirurgi

akut medicin

Udgives når det passer ind!!!

Mulig implementeringsproces.

Specialebeskrivelse

Specialeplan

Efterfølgende armlægning om hvad vi skal lave og hvem der skal lave det.

Fagområde –

hvilke

beskrivelse

fagligprofilering

hvordan får man nytænkning ind? Får skråen vendt.

Det er en løbende proces – afhænger af hvad de bestilles til at gøre

Fremtidens sundhedsvæsen – og den lægelige videreuddannelse.

Overordnet, kompetenceniveau, tid.

Om processen: sidste revision var i 2000 – og siden da har der været småændringer undervejs. Behov for at kigge på hvordan sundhedsvæsenet kan imødekomme befolkningens behov i 2040. Var egentligt planlagt til en kort/hurtig proces, men der kom undervejs forskellige benskænd, der gjorde at det alligevel tog lang tid.

Grundvilkår for revisionen er det ændrede sygehusbrug – bedre folkesundhed: bedre levevilkår, bedre sundhedsadfærd, sundere rammer, bedre opsporing og diagnosticering → flere patienter lever længere, men lever også med flere diagnoser + har større forventninger til behandlingen.

Der er kommet flere læger, og også flere speciallæger, men kan stadig ikke følge med.

Mere rehabilitering, senfølger, opfølgning osv pga højere overlevelsesgrad. Høj produktivitet, men er der stadig plads til nærvær og omsorg. Ulighed i sundhedsvæsenet – herunder især geografiske forskelle.

Mål: reform af den lægelige videreuddannelse skal sikre at sundhedsvæsenet imødekommer de behov patienterne/borgerne har i 2040. Reformen skal medvirke til at sikre lige adgang til sundhed og behandling.

Delmål med revisionen: alsidighed, fleksibilitet og faglighed

Proces – tidsplan – startede i 2018 hvor man igangsatte arbejdet med drøftelser i Det Nationale Råd. Kommissorium og start af arbejdsgrupper var i 2020. Høringsproces forventes at køre over 1 måned. Herefter skal der følges op på svarene og om det skal påvirke anbefalingerne.

Nogle veje, nogle intentioner – rapporten med anbefalingerne forventes at lægge nogle spor fremadrettet. Anbefalingerne skal herefter omsættes til virkeligheden, herunder eventuelle ændringer i bekendtgørelser, vejledninger osv.

Noget af det første SST regner med at der skal arbejdes med, er specialebeskrivelse, der skal danne grundlag for nye målbeskrivelser. Enklere målbeskrivelser, der er mere anvendelige i hverdagen.

?= hvem definerer hvilke specialer, der skal arbejde samme i forhold til anbefalingerne og hvordan skal det indgå i arbejdet med specialebeskrivelser og målbeskrivelser.

Svar: det er ikke lavet på forhånd – om end nogle er mere oplagte end andre. Der kommer en proces om dette, hvad er beslægtede specialer.

?= hvornår kan vi så komme i gang... hvornår ligger skabeloner

Svar: det ligger ikke klar – så der går lige lidt tid endnu.

?= det drejer sig om 2040 – er det ikke svært at gætte på, og har vi ikke uddannet nok læger, f.eks. akutmedicinerne

Svar: det er jo en del af udfordringen, at vi ikke helt ved hvor vi ender, men vi skal lægge nogle spor. Og kigge nærmere på hvordan vi ønsker at patientbehandlingen skal være.

Intentionen med fagområderne er en systematisk efteruddannelse (og identitet) når de arbejder sammen om samme område. Overvejelser om struktur på fagområderne (f.eks. målbeskrivelser, kompetencevurdering osv)

?= arbejdet med fagområderne er udfordret af høne-æg diskussionen. Hvis man ikke kender indholdet og omfanget af speciallægeuddannelsen – hvordan ved man så hvilke fagområder der er brug for

Svar: der er en afhængighed mellem de forskellige grupperinger af anbefalingerne, og det kommer forventeligt ikke til at køre adskilt og lineært, men derimod samtidigt og med overlap.

?= faglig profilering – hvordan kommer det til at køre

Svar: der bør også være en fordeling/solidaritet i forhold til at der kan være forskel på hvad den enkelte læge gerne vil og hvad sundhedsvæsenet har brug for.

?= fleksibilitet – hvordan forestiller I jer egentlig dette. Der står ikke meget i rapporten om det

Svar: det er et område, der er mere bundet af regler, end man måske lige havde håbet. Et af elementer er at kigge på fællesdelene man har undervejs. Det er et område hvor man nok havde ønsket sig mere fleksibilitet, men der er bl.a. et EU regelsæt, der sætter grænser. Specialebeskrivelserne og målbeskrivelserne skal give retningerne for hvad man skal kunne. Og det er nok et af punkterne, hvor SST gerne ville have været kommet længere end man er i forhold til anbefalingerne.

?= har man overvejet andre mere håndfaste redskaber til at arbejde med fleksibilitet og alsidigheden.

Svar: der kommer ikke certificering. Men der vil i arbejdet med specialebeskrivelser og målbeskrivelser og kurser være større fokus på de fælles elementer på tværs af specialerne.

?= kan man både få mere bredde og stadig have samme højde på fagligheden og hvem bestemmer dette

Svar: en højere grad af fordeling af hvornår kompetencerne skal opnås. Der skal andre interessenter ind over i forhold til hvor skal fokus være i uddannelsen/i hvad speciallægen skal kunne når man er færdiguddannet. Det vil ikke kun være det enkelte speciale, der definerer dette. Som det er på nuværende tidspunkt er det stort fokus på den faglig standard – det tænker man ikke der er grund til at være bekymrede for at det forsvinder. Så når der laves et nyt fokus, så er det for at flytte det videre frem fra det man har nu.

?= kirurgien er også et håndværk – hvordan spiller det ind i specialets fokusering fremover. Skal kunne mere bredere og også gerne på kortere tid

Svar: der skal kigges på hvordan man gøre det, og hvordan det spiller sammen med virkeligheden ude i klinikken. Hurtigere i sig selv er ikke en faktor – det vigtigere når man kigger på længden af uddannelsestiden så handler det om at kigge én gang til med kritiske øjne på hvad er virkeligt nødvendigt for at blive speciallæge. Man skal dog nok ikke regne med at nogen får længere uddannelsestid

?= målbeskrivelser med få enkelte mål – bliver det for overordnet, som ikke kommer til at fungere i praksis. Det skal netop være operationaliserbart i virkeligheden.

Svar: antallet af kompetencer er ikke vigtigt, men igen skal der kigges med kritiske øjne på kompetencerne. Det skal være gode, sigende mål.

?= hvordan kommer vi så ud af vores bokse/vanetænkning. Kvalitet og nytænkning, international inspiration.

Svar – det ved vi ikke. Rapporten ligger nogle spor – men der er ikke et svar på det.

Der er også en politisk virkelighed, hvor SST får nogle opgaver fra ministeren og det vil også være et spørgsmål om hvad der muligt.

?= PKL funktionen – kunne det være en ide at der er samme model på området

Svar: som det er på nuværende tidspunkt har det ikke været muligt at lave én model på området. Det er den regionale frihed, som man ikke har ændret ved. Kigget i højere grad på outputtet og ikke så meget på strukturen i den regionale PUF

Kommentar – vi er med at der stadig er mange usikkerhedspunkter og punkter der stadig skal udredes. Så snart der foreligger noget mere konkret i forhold til tidsplan og punkter, der skal arbejdes med – det vil vi meget gerne have så hurtigt som muligt.

13.00-15.50: Fortsat temadrøftelse inkl. kaffe/the pause på 20-30 minutter Oplæg ved direktør i Hjertereforeningen Anne Kaltoft – patienternes perspektiv

Anne Kaltoft:

Hjertereforeningens undersøgelse af patienternes og pårørende opfattelse af hvad de har fået af information

Tallene er tilgængelige

Hvorfor falder de mellem stolene?

Digital kontakt?

Digital kontakt situations betinget

Patienter nok mindre krævende den de raske

Holistisk

Individualiseret

Inddragelse

Information i øjenhøjde

Hvordan videre

Mental sundhed

Hvornår er det rette tidspunkt for den rette information når indlæggelserne er så korte og tiden er begrænset

Udskyde uddannelsestid til "livslang læring" uddanne når nye ting opstår

Geografisk ulighed i sundhed – derfor fordel med bredde kompetencer

Pas på med falsk varedeklaration

Det er ikke den enkelte fagmedarbejder der har ansvaret for de organisatoriske strukturer

Ptt vil have fagligt gode læger, men læger der kan se hele patienten

Hvordan får man prestige i at kunne det basale ? Langt sejt træk

Det er ikke kun kompetencer – det er også den "totale" oplevelse så som transport, ventetid osv

Mange vil måske gerne have at egne læge kunne være tovholder ved co morbiditet

Overvej tidsforbrug specialet ved kronisk sygdom

Hvordan for man formuleret det nye paradigme – når selskabet består af specialister

Det er ikke lægerne der kan tage alle opgaverne eller være ansvarlige over opgaverne

Men vigtigt at lægerne har blik for at der sker noget når lægen er gået ud af døren

Samspil mellem mange sektorer interessenter

Den uopfordrede digitale henvendelse – hvordan får vi den til at fungere så den er relevant

Der er en opdragelse af patienterne

Spørg del specialer om hvad man skal kunne men ikke i deres subspecialer

Anne Kaltoft blev budt velkommen af formand Kirsten Wisborg. Anne er inviteret for at repræsentere patienternes perspektiv nu og 20 år frem, hvilket også er i centrum i rapporten fra Sundhedsstyrelsen.

Anne startede med at understrege, at selvom hun selv er speciallæge og troede, at hun havde indsigt i patienternes perspektiv inden hun kom til Hjertereforeningen for 5 år siden, så har det vist sig, at patienterne har et andet blik på sundhedsvæsenet end den opfattelse hun havde.

Annes oplæg tog udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse, hvor patienter med de 4 mest almindelige hjertesygdomme i 2018 er blevet stillet en lang række spørgsmål om deres oplevelse med den behandling de har modtaget i sundhedsvæsenet.

Data ligger frit tilgængeligt på Hjertereforeningens hjemmeside.

Udover spørgeskemaundersøgelsen, så får foreningen viden fra de pårørende, fra deres telefonrådgivning og fra deres rolle som aktør i den sundhedspolitiske debat.

I forbindelse med gennemgangen af oplæggets PowerPoint og spørgsmål fra salen kan der fremhæves følgende pointer:

- Generelt mener patienterne, at deres behandling medicinsk teknisk set var ok.
- Det er svært at være patient, det fylder mentalt rigtig meget. Som hjertepatient bliver man kronisk patient.
- Patienterne oplever ikke, at de bliver inddraget eller tilstrækkeligt informeret.
- De bliver tilbudt fysisk genoptræning, men ikke anden opfølgning. De mangler hjælp til at håndtere de svære følelser, hvilket ofte kan resultere i dårlig trivsel. Dette gør det hårdt at være pårørende.
- Patienterne kan opleve at de ikke modtager tilstrækkelig information i forbindelse med udskrivning, hvilket kan gøre det utrygt at komme hjem.

- Der kan være grænser for, hvor meget information patienter kan rumme i forbindelse med udskrivning, men hvad skal patienterne så gøre, når de kommer hjem? Mange henvender sig i almen praksis.
- Det er vigtigt at overveje, hvilken information der gives hvornår og på hvilken måde og mange har brug for at få informationen gentaget.
- De pårørende bliver generelt ikke inddraget, hvilket er et problem, da sundhedsvæsenet i dag egentlig har brug for de pårørende

Anne viste desuden en video med et interview med hjertepatienten Jan, der ikke får hjælp i de første 8 uger efter en hjerteoperation. Det er ikke godt nok, der skal være både fysisk og mental genoptræning.

Følgende blev også fremhævet:

- Patienterne vil bare gerne have hjælp, de ønsker ikke nødvendigvis hjælp fra én bestemt faggruppe.
- Patienterne ville også kunne håndtere digital kontakt, hvis situationen er til det, men uanset hvad, så er det allerbedste at tage udgangspunkt i den enkelte patient, når der skal kommunikeres.
- Forventningen til fremtidens læger er bl.a., at de skal kunne se det hele menneske
- Patienterne skal klare sig selv mere derhjemme fremover, men det skal de klædes på til, også til de psykologiske aspekter.
- Flere generalistkompetencer kunne være godt for patienterne – da fremtiden byder på mere multisygdom, krav om at kunne se det hele sygdomsbillede, inddragelse af patienterne i behandlingen og det psykologiske perspektiv, men lægerne skal ikke kun være generalister. Der skal findes en balance.
- Der er stor geografisk ulighed i dag, da der mangler kompetencer på hjerteområdet decentralt. Hvis der i fremtiden skal uddannes mere i akutafdelingerne, så kræver det, at der er tid til det, men der er behov for at styrke den kardiologiske indsats bredt over hele landet. Samtidigt skal man være opmærksom på, at patienternes behov hele tiden ændrer sig.

Det drøftes, hvor sikringen af fysisk og mental genoptræning kan placeres, da det typisk i dag kun er de patienter med de største albuer der får begge dele.

Det blev også drøftet, hvorvidt det kan give længere ventetid på specielle behandlinger, hvis de fleste læger i fremtiden skal være generalister. Anne gør opmærksom på, at de fleste hjertepatienter fejler noget almindeligt og gerne vil have adgang til hjælp til dette og vil nok gerne vente i lidt længere tid på særlige behandlinger.

Rådet drøftede endvidere, om det der efterspørges i fremtiden, er kompetencer fra beslægtede specialer eller flere læger med brede almene kompetencer.

Det blev desuden drøftet, hvilke aktører der kunne tænkes at aflaste sundhedsvæsenet som er under stort pres. Der har også været sparerunder i kommunerne og ofte så afhænger den kommunale indsats tit af lokale ildsjæle i en projektorienteret indsats. Hjertereforeningen kan bidrage med at mediere, se på mulige løsninger i fremtiden og bære de gode historier videre. Herudover arbejder

Hjerteforeningen på konkrete indsatser bl.a. på at få ansat psykologer på hospitaler i samarbejde med Danske Regioner.

Generelt så savner sundhedspersonalet overblik over, hvilke tilbud der er til patienter efter udskrivning, men det bør kunne samles og gøres nemt tilgængeligt.

Der er lagt op til, at patientforeningerne skal spørges om, hvad der skal stå i målbeskrivelserne. Et bud på det er, at de fleste patienter efterspørger flere generalistkompetencer med holistisk tilgang. De fleste fejler ikke noget avanceret, så alle læger skal eksempelvis kunne lytte på hjertet.

Måske skal alle ikke uddannes til samme niveau? Men dette kan udfordres af, at der i dag er prestige i at kunne det særlige og ikke i det almindelige.

Anne takkes for fint og relevant oplæg.

Opsamling:

Gr.2:

Beslutningskompetencen ift. Generelle kompetencer hvis uenige

Hvordan & hvem

Kvalitetssikring – hvem har evidens og viden ifh. Målbeskrivelserne

Opg. 4

Implementeringsplan

Målbeskrivelser:

Økonomi til sekretariatsbetjening

Kurserne – generelle- kurser skal de være mere nationale

PUF funktion faculty development

Gr. 1.

Sikre balance – ændre tingene hurtigt

til alle læger

Skal der en revolution til – dette er ikke en revision

Gr. 3

Bredde uddannelse

Laver en 2 årig kbu

Hvis du vil være kirurg så skal du måske have noget komplementært i KBU

Dette kommer til at tage længere tid end ønsket

Kan vi sætte noget i gang uden ministeriel godkendelse

Genoptage arbejdsgrupperne om de generelle og specialespecifikke kurser

Der mangler helt klart initiativ, så måske i gang uden tilladelse

Der er så meget uafklaret

Mangler stadig et klart formål

Foreløbig tidsplan

Målbeskrivelser – begynder før sommerferien men ligger i 24-25

Lægeroller – 24-25

Specialestruktur 24-26

Kunne man begynde med de generelle kurser allerede nu

Planen lægger først op til nye forløb fra 2027

Ikke alle har behov for så mange kurser eller den slags kurser man har i dag

Tilpasse kurserne til uddannelsestrin

Vi kan frigøre op til 10 mill ved nedlæggelse af forskningstræningen

