

København, den 29. juli 2026

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. forsøgsordning for forkortet speciallægeuddannelse i almen medicin

DSAM takker for invitationen til at kommentere på ansøgningen om dispensation til en forkortet speciallægeuddannelse i almen medicin for speciallæger i akutmedicin eller et internmedicinsk speciale.

DSAM kan ikke støtte den foreslåede forsøgsordning.

DSAM anerkender behovet for fleksible meritforløb og støtter individuelle meritvurderinger. Det foreliggende forslag er imidlertid ikke en individuel meritmodel, men en model, hvor uddannelsens samlede længde på forhånd er fastlagt til 2½ år for en hel gruppe af speciallæger og hvor introduktionsstillingen sløjfes. Dermed bliver merit reelt et gruppeprincip frem for en konkret faglig vurdering af den enkelte læges dokumenterede kompetencer. Merit bør baseres på dokumenterede kompetencer hos den enkelte læge – ikke på antagelser om kompetencer ud fra vedkommendes speciale.

DSAM er ikke enig i, at speciallæger i intern medicin og akutmedicin generelt har opnået kompetencer svarende til halvdelen af den almenmedicinske speciallægeuddannelse.

DSAM anerkender, at det kan være nødvendigt at tænke anderledes for at sikre et tilstrækkeligt antal speciallæger i de almenmedicinske tilbud i de dele af Region Sjælland, hvor det er svært at tiltrække lægelig arbejdskraft. Vi anerkender, at der etableres ekstraordinære uddannelsesforløb uden for den eksisterende dimensionering, og at regionen vil finansiere et udligningstillæg, som gør det mere realistisk for allerede uddannede speciallæger at skifte speciale.

DSAM finder det afgørende at fastholde, at almen medicin er et selvstændigt speciale og ikke en sammenfatning af kompetencer fra andre specialer. Specialets kerne er ikke alene den medicinske ekspertise, men den almenmedicinske arbejdsform: kontinuitet, populationsansvar, diagnostik under usikkerhed, prioritering i en uvisiteret lavprævalenspopulation og et langvarigt behandlingsansvar. Disse kompetencer udvikles gennem længerevarende arbejde i almen praksis og kan ikke uden videre sidestilles med hospitalsbaseret erfaring, uanset denne erfaring er opnået på et højt specialiseret niveau.

Det er DSAM's holdning, at ordningen indebærer en risiko for at svække det faglige niveau og devaluere speciallægeuddannelsen i almen medicin. Patienterne i Region Sjælland har samme krav på højt kvalificerede praktiserende læger som borgerne i resten af landet. Desuden indebærer ordningen ingen garanti for, at de læger, der opnår merit, bliver i Region Sjælland.

DSAM er ikke kritisk over for merit i sig selv. Vi støtter, at der gives merit for konkret dokumenterede og ækvivalente uddannelseselementer. En speciallæge, der eksempelvis har gennemført en relevant klassificeret stilling på en gynækologisk-obstetrisk afdeling, bør naturligvis kunne få merit for dette i en efterfølgende almenmedicinsk uddannelse. Ligeledes bør en afbrudt speciallægeuddannelse i almen medicin kunne genoptages, uden at man skal starte forfra.

De gældende meritregler er imidlertid til for at sikre, at alle speciallæger besidder de nødvendige kompetencer for at kunne fungere i det nye speciale. DSAM mener derfor, at det er nødvendigt med grundig individuel vurdering af hver enkelt speciallæge, før man kan vurdere, hvilke kompetencer der kan gives merit for.

Et konstruktivt alternativ: indledende evaluerings- og introduktionsansættelse

DSAM foreslår som alternativ en ordning, hvor læger, der ønsker at skifte speciale, indleder forløbet med en 12 måneders ansættelse i almen praksis. Ansættelsen skal have status som introduktionsuddannelse og skal både give lægen mulighed for at afklare ønsket om at træde ind i specialet og give uddannelsessystemet mulighed for at vurdere, om lægen er egnet til specialet.

Tilrettelæggelsen kan være inspireret af evalueringsansættelser for udenlandsk udnævnte speciallæger, men skal tilpasses, at der her er tale om læger, som ikke allerede er speciallæger i almen medicin. I løbet af de 12 måneder skal der foretages en systematisk og gennemgående vurdering af lægens reelle kompetenceniveau. Ansættelsen skal afsluttes med en formel vurdering af lægens egnethed, progression og allerede opnåede almenmedicinske kompetencer.

Vurderingen skal foretages i en uddannelsespraksis, der fungerer under de ordinære rammer for almen praksis, og skal bygge på fastlagte uddannelsesfaglige kriterier og flere kompetencevurderingsmetoder med basis i målbeskrivelsen for almen medicin. Tutorlægens vurdering skal indgå. Den endelige faglige vurdering og indstilling til et eventuelt videre uddannelsesforløb skal ske med obligatorisk inddragelse af den postgraduate kliniske lektor i almen medicin og videreuddannelsen.

I et sådant setup vurderes lægens faktiske kompetencer. Kompetencer opnået i uklassificerede ansættelser kan indgå i den samlede kompetencevurdering, selv om en uklassificeret ansættelse ikke i sig selv kan begrunde merit.

Først efter en positiv vurdering af introduktionsuddannelsen kan der tages stilling til et individuelt planlagt restforløb. Der må ikke på forhånd være en forventning om en samlet uddannelsestid på 2½ år. Merit skal gives for konkret dokumenterede og ækvivalente kompetencer og uddannelseselementer.

Ophold i pædiatri, psykiatri og gynækologi/obstetrik skal som udgangspunkt gennemføres på samme vilkår og med samme varighed som i den ordinære almenmedicinske hoveduddannelse, medmindre kandidaten allerede har gennemført et tilsvarende uddannelseselement, der kan begrunde merit. For speciallæger i akutmedicin eller et internmedicinsk speciale kan de medicinske dele af hospitalsuddannelsen forventes helt eller delvist at kunne meriteres.

De specialespecifikke kurser bør som udgangspunkt gennemføres i deres helhed. Merit bør kun gives for enkelte kurser eller kursuselementer, hvis der kan dokumenteres et reelt kompetenceoverlap, herunder også med den almenmedicinske kontekst, organisering og arbejdsform.

Efter en positivt gennemført etårig introduktionsuddannelse kan der etableres et individuelt tilpasset og forkortet hoveduddannelsesforløb uden for den almindelige dimensionering.

Konkrete bemærkninger til forslaget

Den foreslåede varighed er fastlagt før meritvurderingen

Regionens model omtales som individuelt meritbaseret, men forløbets samlede varighed på 2,5 år er i praksis fastlagt på forhånd for alle nyuddannede speciallæger i akutmedicin eller intern medicin. Den individuelle vurdering får hovedsageligt betydning for sammensætningen af forløbet, ikke for om der overhovedet er grundlag for at halvere uddannelsen. Det er derfor nærmere gruppebaseret forhåndsmérit end en egentlig individuel meritvurdering.

Fase 1 er forlænget fra 6 til 12 måneder

Den nye målbeskrivelse har forlænget fase 1 til 12 måneder, så den samlede ansættelsestid i almen praksis i hoveduddannelsen nu er tre år og en speciallæge i almen medicin samlet har været ansat i en superviseret stilling i almen praksis i 4 år.

KBU	0,5 år
Introduktionsstilling	0,5 år
Fase 1	1 år
Fase 2	0,5 år
Fase 3	1 år

Med Region Sjællands forslag vil tiden i praksis reduceres fra 4 år til 2,5 år for en læge, der ikke har været i praksis i KBU, og fra 4 til 3 år for en læge, der har været i almen praksis i KBU.

50 % reglen er et minimum

Det anføres, at man med forslaget lever op til den såkaldte 50-procentsregel. Denne regel angiver den minimale funktionstid, der kan accepteres ved merit til et nyt speciale. Den bør ikke a priori tolkes sådan, at 50 procent af uddannelsestiden som udgangspunkt er tilstrækkeligt.

Den samlede almenmedicinske speciallægeuddannelse varer 5-5,5 år afhængigt af, om lægen har haft almen medicin i KBU. Regionens beregning tager konsekvent udgangspunkt i fem år og ser bort fra denne forskel.

Almenmedicinske kompetencer er kontekstafhængige

Arbejdet i almen praksis omfatter en anden patientpopulation og en grundlæggende anden opgave end den, en sygehusspecialist kender fra hospitalet.

Den praktiserende læge møder en uvisiteret patientpopulation med lav sygdomsprævalens, begrænset umiddelbar adgang til diagnostik og et langvarigt ansvar for patienter og population. Kompetencer inden for eksempelvis kommunikation, kronisk sygdom, forebyggelse, ledelse og samarbejde kan derfor ikke uden videre overføres fra én klinisk kontekst til en anden.

Det er derfor ikke tilstrækkeligt at konstatere, at alle speciallæger er uddannet inden for de syv lægeroller. De syv lægeroller er ikke generiske kompetencer, der kan overføres uafhængigt af kontekst. De syv lægeroller udfoldes forskelligt i forskellige specialer. En hospitalslæges kompetencer som kommunikator, organisator, sundhedsfremmer eller professionel er ikke automatisk ækvivalente med de tilsvarende kompetencer i almen praksis.

Intern medicin og akutmedicin giver ikke et ensartet bredt kompetencegrundlag

De internmedicinske specialer indeholder et fælles kompetencegrundlag, men er samtidig selvstændige og i betydeligt omfang subspecialiserede uddannelser. En nyuddannet speciallæge i eksempelvis hæmatologi, kardiologi, endokrinologi eller gastroenterologi har ikke nødvendigvis gennem de seneste år arbejdet bredt med hele den voksne medicinske patientpopulation. Speciallægetitlen i et internmedicinsk speciale dokumenterer derfor ikke i sig selv det ensartede brede kompetencegrundlag, som modellen forudsætter.

Akutmedicin giver væsentlige kompetencer i initial vurdering, triage, akut behandling og håndtering af uafklarede patienter. Arbejdet foregår imidlertid i en selekteret hospitalsbaseret population med højere prævalens af alvorlig sygdom og adgang til laboratorier, billeddiagnostik, observation og specialiseret kollegial bistand. Det kan ikke uden videre sidestilles med første kontakt og klinisk beslutningstagning i en lavprævalenspopulation i almen praksis.

Det er derfor ikke realistisk generelt at antage, at en speciallægeuddannelse i akutmedicin eller et internmedicinsk speciale svarer til halvdelen af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Introduktionsuddannelsen bør fastholdes som et selvstændigt uddannelseselement

Der argumenteres ikke tilstrækkeligt for, hvorfor kandidaterne ikke skal gennemføre en egentlig introduktionsuddannelse. Introduktionsstillingen er et bærende princip i dansk lægelig videreuddannelse. Den skal dels give lægen mulighed for at afklare ønsket om at træde ind i specialet, dels give uddannelsesstedet mulighed for tidligt at vurdere, om lægen er egnet til specialet og har den nødvendige progression.

Der har i den lægelige videreuddannelse været eksempler på uhensigtsmæssige forløb, hvor manglende kompetenceopnåelse og progression først håndteres sent. Det er derfor vigtigt at fastholde en tydelig, summativ vurdering efter første del af forløbet. DSAM anbefaler, at første del af enhver eventuel forsøgsordning eksplicit har status som introduktionsuddannelse og at overgang til resten af uddannelsen forudsætter en positiv vurdering af kompetenceudvikling og egnethed.

En introduktionsuddannelse er en forudsætning for at kunne foretage en kvalificeret individuel meritvurdering. Introduktionsuddannelsen bør derfor ikke på forhånd indgå som en del af den merit, der afkorter hoveduddannelsen.

Først når lægens faktiske kompetencer er vurderet i en almenmedicinsk uddannelsesk kontekst, kan der tages stilling til omfanget af en eventuel afkorting af det efterfølgende hoveduddannelsesforløb.

Hospitalsdelen kan ikke generelt erstattes af korte fokuserede ophold

Der er ikke noget, der taler for, at nyuddannede speciallæger i intern medicin eller akutmedicin, som ikke har haft ansættelser i gynækologi/obstetrik, psykiatri eller pædiatri vil have mindre behov for træning i disse specialer end øvrige almenmedicinske uddannelseslæger. Hospitalsdelen er afgørende for, at lægerne opnår mønstergenkendelse af vigtige tilstande, som er relativt sjældne i almen praksis, og får mulighed for gentagen træning og supervision i et miljø med høj prævalens.

DSAM mener ikke, at det er realistisk generelt at opnå de relevante kompetencer gennem fokuserede ophold på få dage eller højst fire uger. Erfaring kan øge læringshastigheden, men kan ikke erstatte tilstrækkelig patienteksposering, gentagelse og progression.

Det speciale, hvor man bedst kunne forestille sig et mere fokuseret ophold, er gynækologi/obstetrik, fordi en del af afdelingens funktioner, herunder fødsler, operationer og visse vagt- og stuegangsfunktioner, har begrænset relevans for almen praksis. Det betyder imidlertid ikke, at gynækologi/obstetrik kan undværes. De praksisrelevante kompetencer kræver fortsat tilstrækkelig klinisk eksponering, og det har hidtil ikke været muligt at organisere et kort ophold, der på forsvarlig vis erstatter den ordinære ansættelse.

Der er desuden et kapacitetsproblem. Hvis meritlæger alene skal placeres i de almenmedicinske relevante ambulatorier og funktioner, vil de kunne skubbe andre uddannelseslæger væk fra disse funktioner og dermed forringe deres uddannelse. Uddannelseskapaaciteten på blandt andet de gynækologisk-obstetriske afdelinger er allerede presset.

I forbindelse med udarbejdelsen af den nye målbeskrivelse for almen medicin har DSAM drøftet mulighederne for fokuserede ophold med repræsentanter for de specialeselskaber, der deltager i den almenmedicinske hoveduddannelse. Vurderingen var, at de nødvendige kompetencer ikke generelt kan opnås ved korte fokuserede ophold. DSAM anbefaler derfor, at der i en eventuel forsøgsordning fastholdes ophold på gynækologisk-obstetriske, psykiatriske og pædiatriske afdelinger af samme varighed som for øvrige almenmedicinske hoveduddannelseslæger, medmindre der konkret kan dokumenteres merit for et tilsvarende gennemført uddannelseselement.

Specialespecifikke kurser, temadage og supervision

Når man gennemgår masterplanen for de specialespecifikke kurser, forekommer det ikke realistisk, at meritsøgende læger fra akutmedicin eller intern medicin kan undvære mere end meget få - hvis nogen - af kurserne. Selv kurser om internmedicinske emner, eksempelvis type 2-diabetes, handler i høj grad om organisering, kvalitetssikring, arbejdsdeling og langsigtet opfølgning i almen praksis. Dette vil være nyt stof også for mange internmedicinske speciallæger.

En stor koncentration af kurser i den afsluttende praksisansættelse vil medføre betydeligt fravær og kan forringe uddannelsesudbyttet og kontinuiteten i praksis.

Den økonomiske aftale mellem PLO og regionerne om tutorlægefunktionen tager desuden udgangspunkt i et bestemt antal fraværsdage. Væsentlige ændringer bør derfor drøftes med PLO og forudsætter en særskilt aftale.

DSAM kan heller ikke støtte generel fritagelse for fase 3-supervision. Formålet er ikke alene at skabe et tilhørsforhold for nye læger. Supervisionen træner en metode til at drøfte svære patientforløb med kolleger og skal styrke lægens empati, kommunikation, refleksion og forebyggelse af udbrændthed. Målbeskrivelsen beskriver gruppebaseret supervision som et væsentligt element i udviklingen af den professionelle lægerolle. Tidligere erfaring fra et hospitalsspeciale gør ikke denne læring overflødig.

Meritvurderingen skal være almenmedicinsk uddannelsesfagligt forankret

I modellen foreslås det, at videreuddannelsessekretariatet foretager den faglige og administrative meritvurdering, og at den postgraduate kliniske lektor (PKL) i almen medicin alene inddrages ved tvivl. Dette bør ændres. Meritvurderingen kræver indgående kendskab til den almenmedicinske målbeskrivelse, uddannelsens progression og den kliniske kontekst, som kompetencerne skal fungere i.

Det er almindelig praksis, at den specialespecifikke faglige rådgiver medvirker ved meritvurderinger. I videreuddannelsesregioner med specialespecifik PKL bør denne være obligatorisk involveret. Hvor merit gives efter på forhånd fastlagte retningslinjer, bør disse være udarbejdet eller godkendt af den relevante almenmedicinske uddannelsesfaglige instans, som dermed står på mål for den faglige ækvivalens.

Ansættelsesproceduren skal tilsvarende være gennemsigtig, og ansættelsesudvalget bør inddrage almenmedicinsk uddannelsesfaglig ekspertise i form af almenmedicinske uddannelseskoordinatorer og/eller PKL. Dette skal sikre en faglig og saglig vurdering af ansøgere og udvælgelse af de bedst egnede kandidater.

Kompetencer indenfor ledelse og praksisdrift bør sikres

Det fremgår ikke tydeligt, i hvilke typer almenmedicinske tilbud meritforløbene skal gennemføres. DSAM finder det afgørende, at uddannelsesforløbene foregår i godkendte uddannelsespraksis, som fungerer under de ordinære faglige, organisatoriske og økonomiske rammer for almen praksis. Hvis regionsklinikker skal kunne anvendes som uddannelsessteder, skal det særskilt dokumenteres, hvordan lægerne opnår kompetencer i praksisdrift, ledelse, arbejdsgiveransvar, populationsansvar og organisering af en selvstændig almenmedicinsk klinik.

Uddannelseslægerne må ikke primært anvendes som løsning på et aktuelt bemandingsbehov. Uddannelseshensynet, herunder tilstrækkelig supervision, kontinuitet og gradvis progression, skal være styrende for placering og arbejdstilrettelæggelse.

Ordningen løser ikke nødvendigvis lægedækningen i Region Sjælland

Forslaget begrundes med lægemangel i Region Sjælland, men den opnåede speciallægeanerkendelse vil kunne anvendes i hele Danmark og efter gældende regler også uden for landet. Der er ikke beskrevet nogen varig forpligtelse til at arbejde i et lægedækningstruet område efter uddannelsen.

Regionen risikerer derfor at finansiere et hurtigt dobbelt-speciale uden sikkerhed for en varig forbedring af lægedækningen i Region Sjælland. Et regionalt forsøg har samtidig national betydning, fordi speciallægeanerkendelsen er national og kan skabe præcedens for andre regioner og specialer.

Der redegøres i øvrigt ikke for, hvor stor den relevante målgruppe reelt er, hvor mange der forventes at blive i almen praksis efter forløbet, og om ordningen blot flytter lægemangel fra andre specialer.

Den generelle revision af den lægelige videreuddannelse

DSAM deltager gerne i en generel gennemgang af mulighederne for merit som led i revisionen af den lægelige videreuddannelse. Et mål med revisionen er større faglig bredde og en tydeligere beskrivelse af fælles kompetencer på tværs af specialer. Dette arbejde kan skabe et mere sikkert grundlag for merit fremover.

Indhentning af bemærkninger fra DSAM

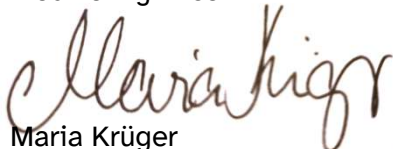
Det angives, at man finder det relevant at kontakte DSAM med henblik på bemærkninger. Vi skal fra DSAM bemærke, at dette ikke er sket. DSAM er dog (før ordningen er godkendt af SST) blevet bedt om at udpege et medlem til en "Følgegruppe til projekt af en forsøgsordning for forkortet speciallægeuddannelse".

Konklusion

DSAM kan ikke bakke op om den foreslåede forsøgsordning. Vi støtter en reel, individuel og generøs meritvurdering af allerede gennemførte, dokumenterede og ækvivalente uddannelseselementer, men ikke en model, hvor brede grupper af speciallæger på forhånd antages at have opnået halvdelen af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

DSAM bidrager gerne til arbejdet med en alternativ model baseret på en 12 måneders introduktions- og evalueringsansættelse i almen praksis, obligatorisk almenmedicinsk uddannelsesfaglig vurdering og et efterfølgende individuelt tilrettelagt uddannelsesforløb. En sådan model vil både kunne anerkende allerede opnåede kompetencer og fastholde, at alle speciallæger i almen medicin opnår det samme faglige niveau.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM