SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE REGION ØST

MØDEINDKALDELSE

Det Regionale Råd i Uddannelsesregion Øst

REGION HOVEDSTADEN

REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE ØST
GENTOFTE HOSPITAL
NIELS ANDERSENS VEJ 65, OPGANG 10 B
2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 99 30
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.:	Lise Møller	SAGSNR.:	22002546-3		
DIREKTE TLF.:	38 66 99 31	SAGSGRP.:	02.04.04		
E-MAIL:	Lise.m@regionh.dk	DERES J. NR./REF.:		DATO:	16. februar 2022

Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST

Der indkaldes hermed til temamøde i Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST.

Mødet afholdes:

Onsdag den 23. februar 2022 kl. 09.00 – senest 16.00

DGI Byen
Konferencecentret
Tietgensgade 65
1704 København V

Praktisk info findes på www.dgibyen.dk/praktisk

Tlf.: 38 66 99 30

Med venlig hilsen

Kirsten Wisborg
Formand

Lise Møller
Sekretariatschef

Deltagere:
Kirsten Wisborg (formand)
Rasmus Møgelvang (Region Hovedstaden)
Thomas Høi-Hansen (Region Hovedstaden)
Marit Bucarella (Region Sjælland)
Søren Rask Bredkjær (Region Sjælland)
Henrik Stig Jørgensen (Region Sjælland)
Kim Holck (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden)
Susanne Wammen (Uddannelsesgivende Region Hovedstaden – FAS)
Janne Wilmar (Uddannelsesgivende Region Sjælland - psykiatri)
Connie Dydensborg (uddannelsesgivende almen praksis Region Hovedstaden)
Helge Madsen (Uddannelsesgivende almen praksis Region Sjælland - PLO)
Kasper Kjær Gasbjerg (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
Jean Perit Strandlod (Uddannelsessøgende Region Sjælland)
Line Engelbrecht Jensen (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden - YL)
Helene Hvidman (Uddannelsessøgende Region Hovedstaden)
Doris Østergaard (Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet - Københavns Universitet)
Rikke Borre Jakobsen (PKL)
Tummas í Garði (Landssygehuset Færøerne)

Lise Møller (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Birgitte Rønn (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)
Tobias Kongstad Hansen (Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse)

Inviterede:
Vicedirektør Jesper Gyllenborg
Vicedirektør Annemarie Hellebæk
Vicedirektør Ida Hageman
UKO Anita Sørensen
PKL-gruppen
Sekretariatets øvrige medarbejdere

Tidsplan:
Lokalet er tilgængeligt fra kl. 08.30

09.00-12.30: Temadrøftelse - ”Revision af den lægelige videreuddannelse - hvad vej vil vi gå?”
Inkl. kaffe/the pause på 20-30 minutter

12.30-13.15: Frokost

13.15-14.00: Afslutning af temadrøftelse

14.00-14.20: Kaffe/the pause

14.20-16.00: Ordinært møde

Temadrøftelse - ” Revision af den lægelige videreuddannelse - hvad vej vil vi gå?”
Formålet med revisionen af den lægelige videreuddannelse er at sætte uddannelsen i sammenhæng med sundhedsvæsenets udvikling frem mod 2040, således at de næste årtiers speciallæger kan præge udviklingen og er rustet til at imødekomme behovene i fremtidens sundhedsvæsen. På den planlagte konference den 22. juni vil Sundhedsstyrelsen lægge op til diskussion om ændringerne i befolkningssammensætningen og sygdomsmønstret, og hvad det betyder for speciallægebehovet og -uddannelsen, samt hvordan det kan følge med udviklingen af sundhedsvæsenet.

Alt materiale fra møder i de 4 arbejdsgrupper kan findes på Sekretariatets hjemmeside under Det Regionale Råd https://www.laegeuddannelsen.dk/det-regionale-raad.aspx

Brugernavn: drr Adgangskode: øst

Der indledes med korte oplæg fra de 4 arbejdsgrupper.

Arb.gr. 1 Indhold, omfang, opbygning af LVU samt lægeroller
Arb.gr. 2 Specialestruktur
Arb.gr. 3 Dimensionering
Arb.gr. 4 Governance

Oplæggene giver både en status på de planlagte leverancer men også bud på hvor arbejdet bevæger sig hen. De planlagte leverancer er,

Arb.gr. 1

- Fleksibilitet i LVU og mulighed for at skifte speciale
- Overgang fra medicinstudierne til KBU/speciallægeuddannelsen
- Kompetencebehov i sundhedsvæsenet (nyt uddannelsesindhold frem mod 2040)
- Pædagogik og læring
- Lægeroller
- Modeller for strukturen af den lægelige videreuddannelse

Arb.gr. 2

- Styrker og svagheder ved den danske specialemodel
- Speciale- og fagområdekriterier
- Fagområdestruktur
- Drøftelse af nye ønsker til specialer (palliation og allergologi)
- Modeller for en ændret specialestruktur

Arb.gr. 3

- Behovet for speciallæger
- Prognoser og fælles overblik over uddannelsesaktivitet
- Modeller for prognoser og dimensionering

Arb.gr. 4

- Styrker og svagheder ved den nuværende styringsmodel
- Uddannelsen i den kliniske enhed – roller og ansvar
- Modeller for fremtidig governance af den den lægelige videreuddannelse

På baggrund af de korte oplæg samt udkast til kapitel 9 og 10 - ”Udvikling i det danske sundhedsvæsen, syg-domsmønster mv.” og ”Første udkast til anbefalinger” – vil der være drøftelser ved bordene over følgende overskrifter,

- Hvordan sikres øget bredde både indenfor direkte medicinske kompetencer som andre kompetencer f.eks. kommunikative, kvalitetsarbejde, tværfagligt samarbejde uden at gå på (fort sort) kompromis med de specialespecifikke medicinske kompetencer? Er en af løsningerne at uddannelsestiden forlænges?
- Hvad er den rigtige balance mellem direkte uddannelsesaktiviteter og rollen som arbejdskraft? Både set i et uddannelsesmæssigt som et arbejdsgiver/arbejdstager-perspektiv.
- Hvilke muligheder ser I for lettere specialeskift? Lettere meritoverførsel?
- Hvor meget kan specialestrukturen ændres set i relation til f.eks. specialestruktur i øvrige EU-lande?
- I forhold til sammenlignelige lande, har Danmark rigtig mange læger – også selv om der korrigeres for en arbejdstid på 37 t/uge – men bruger vi de lægelige ressourcer bedst muligt?
- Er lægerne parate til en ændring af sundhedsvæsenet og er samfundet inkl. arbejdsgiverne parat til lægernes ønsker til arbejdslivet?
- Hvordan ser i speciallægerne "flyttet fra" hospitaler/sygehuse og nærmere borgeren?
- Hvordan sikrer vi at UAO er tæt knyttet til afdelingsledelsen?

Der afsluttes med plenumdrøftelse inkl. direkte anbefalinger til de 4 arbejdsgruppers medlemmer.

Bilag:
Bilag 00.01 Udkast til kapitel 9 og 10

Dagsorden ordinært møde

1. Godkendelse af dagsorden
2. Akutafdelingen Slagelse (20 min.)
3. Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd (30 min.)
4. Status for uddannelsesforholdene på Medicinsk afdeling BOH (15 min.)
5. Indkomne Inspektorrapporter mm. siden sidste møde (10 min.)
6. Orienteringspunkter (10 min.)
    a. Referat NRLV den 15. december 2021.
    b. Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
    c. Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
    d. Udkast til statistik vedr. uddannelsesstillinger 2021
    e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
    f. Afslutningsregion for h-forløb 2022
    g. Status vedr. forsøgsperiode for sammenhængende uddannelsesforløb i Region Sjælland
7. Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL (10 min.)
8. Planlægning af næste møde torsdag den 2. juni 2022 (3 min)
9. Eventuelt (2 min.)

SUNDHEDSSTYRELSEN

2022

Bilag: LVU 1-9

Udkast

Revision af lægelig videreuddannelse

Kapitel 9-10 (udkast)

27/1 2022

Revision af lægelig videreuddannelse
Kapitel 9-10 (udkast) 27/1 2022

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Forord 4
2. Indholdsfortegnelse 4
3. Resumé 4
4. Summary 4
5. Læsevejledning 4
6. Baggrund 4
7. Viden og status 4
8. Den lægelige videreuddannelse i dag 4
9. Udfordringer og muligheder 5
9.1. Udvikling i sundhedsvæsenet, sygdomsmønster mv. 5
9.2. International udvikling vedr. lægelig videreuddannelse 30
9.3. Perspektivering og udfordringer 30

10. Anbefalinger 35
10.1. Opbygning af den lægelige videreuddannelse [bidrag fra arb.grp. 1] 35
10.2. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder [bidrag fra arb.grp. 1] 38
10.3. Lægeroller [bidrag fra arb.grp. 1] 39
10.4. Specialestruktur [bidrag fra arb.grp. 2] 39
10.5. Færdighedstræning [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.6. Forskningstræning [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.7. Kurser [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.8. Kompetencevurdering [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.9. Evaluering [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.10. Karriereplanlægning, herunder ledelse [bidrag fra arb.grp. 1 + 4] 39
10.11. Organisering og styring [bidrag fra arb.grp. 4] 39
10.12. Prognose & dimensionering [bidrag fra arb.grp. 3] 39
10.13. Specialisteksamen (bidrag fra arb. grp. 1 + 4) 41
10.14. Re-certificering (bidrag fra arb. grp. 1 + 4) 41
10.15. Faculty government (kompetenceudvikling af undervisere) (bidrag fra arb. grp. 4) 41

11. Opsamling og perspektivering 41
12. Appendiks 42
12.1. Referencer 42

Udkast

1. Forord
2. Indholdsfortegnelse
3. Resumé
4. Summary
5. Læsevejledning
6. Baggrund
7. Viden og status
8. Den lægelige videreuddannelse i dag

Udkast

9. Udfordringer og muligheder

9.1. Udvikling i sundhedsvæsenet, sygdomsmønster mv.

9.1.1. Patientens perspektiv

Sundhed har høj prioritet i Danmark. Vi er et rigt samfund, og befolkningen har derfor overskud til at fokusere på sundhed og forsøge at optimere denne. Fokusset på at leve sundt kan for nogle være et forsøg på at kontrollere dét, der frygtes af mange – sygdom og død. Dette ses afspejlet i et betydeligt og over tid stigende fokus på sundhed, kost, motion og livstil i traditionelle medier og på sociale medier, i offentligheden, i politik og i marketing og branding. Informationssamfundet giver alle mennesker mulighed for at indsamle viden, hvilket afspejles i forbruget af internettet ift. helbredsrelaterede oplysninger[1], hvor der er set en betydelig stigning fra 2010 til 2019.

De sidste tyve år har sundhed ligget blandt top tre politiske emner, når befolkningen er blevet spurgt[2]. Der er dog ikke store grundlæggende uenigheder om de grundlæggende prioriteringer og værdisætninger inden for sundhedsområdet. Der er bred enighed om en primært skattebetalt fri og lige adgang til retfærdigt fordelte sundhedsydelser, at man som patient kan modtage rettidig behandling af høj kvalitet, og at patientens autonomi og inddragelse står centralt, mens sundhedsvæsenet skal være nærværende, rådgivende og vejledende.

Patienternes forventninger til sundhedsvæsenet

En drivende kraft i sundhedsvæsenets udvikling de sidste 20 år har været patienternes forventninger til sundhedsvæsenet, særligt ift. rettigheder, åbenhed, valgfrihed samt i deres rolle og deres inddragelse i mødet med sundhedsvæsenet. Lægen har ikke længere monopol på autoriteten qua sin titel, og patienterne forventer derfor også et inddragende møde med et tilgængeligt sundhedsvæsen. Mange kan betegnes som værende *ekspertpatienter*. Udviklingen er en fortsættelse af en række tendenser fra før årtusindeskiftet, og som også ses i samfundet generelt, hvor borgerne får flere rettigheder, muligheder og i højere grad inddrages.

Patienterne har gradvist over de sidste 30-40 år har fået en ny og helt central rolle i sundhedsvæsenet, hvor patienten, som en aktiv part, bidrager med egen viden og præferencer og indgår i en dialog om og samtykker til behandling. I samme periode er indført en række patientrettigheder, -klage og –erstatningsmuligheder. Disse ændringer tages i dag for givet, men er i et historisk perspektiv nye og revolutionerende, og vil kort blive beskrevet i det følgende.

Retten til indsigt i egen sygehusjournal blev indført i 1987[3], dog med en række aktindsigtsundtagelser, som i dag kan fremstå formynderiske, herunder at indsigten kan undlades, hvor det drejer ”*sig om en alvorlig, uhelbredelig og fremadskridende sygdom, hvor det antages, at patienten vil tage alvorlig psykisk skade af at få oplysning om sin sygdom”*. Retten blev i 1994[4] udvidet til at omfatte alle oplysninger udarbejdet af autoriserede sundhedspersoner eller på autoriserede sundhedspersoners ansvar i forbindelse med behandling.

Patienters mulighed for at klage over sundhedsfaglig behandling blev markant forbedret i 1987[5], ved oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, der eksisterede indtil 2011, hvor det

[1] Danmarks statistik *It-anvendelse i befolkningen, 2019*
[2] https://www.altinget.dk/aeldre/artikel/sundhed-staar-oeverst-paa-vaelgernes-dagsorden
[3] https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1986/128
[4] https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1993/193
[5] Lov om sundhedsvæsenets centraltstyrelse m.v., https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1987/397

Udkast

blev omdannet til Patientombuddet, som i 2015 blev sammenlagt med det sundhedsfaglige tilsyn og autorisation i Styrelsen for Patientsikkerhed.

I 1992 trådte lov om patientforsikring[6] i kraft, hvilket via patienterstatningsordningen gav patienter mulighed for at få erstatning for skader, selvom sundhedspersonen ikke havde begået fejl eller udvist forsømmelse, også kaldet en "no fault"-erstatningsordning. Før dette, kunne patienter kun få erstatning for behandlingsskader ved domstolene efter dansk rets almindelige regler om erstatningsansvar (culpareglen), hvilket betød, at patienten skulle løfte bevisbyrden for, at sundhedspersonen havde begået fejl eller udvist forsømmelse, og at dette havde medført et økonomisk tab. Dog kunne patienter tidligere på specifikke områder få erstatning, fx lov om erstatning for vaccinationsskader fra 1972[7].

Danmark var et internationalt foregangsland ift. adskillelsen af mulighed for patienterstatning og risiko for sanktionering af sundhedspersoner. Formålet med dette blev understreget i vejledning til patientforsikringsloven[8]:

- *"Det er meget vigtigt for patientforsikringsordningens funktion, at de involverede læger og andre aktivt medvirker ved vejledning af patienterne og ved afklaring af de nærmere forhold om den enkelte skadevoldende behandling. Der vil derfor ikke ske indberetninger om erstatningssager i patientforsikringsordningen til patientklagenævnet.*

Patientforsikringsloven er blevet ændret og udvidet flere gange, herunder i 2003, da anvendelsesområdet blev udvidet til at omfatte praksissektoren og i 2016 til behandling i forsvaret og fængselsvæsenet. Emnet benævnes siden 2017 *patienterstatning* og omfattes i dag af lov om klage og erstatningsadgang[9].

Patienterne har således i dag ret til at få indsigt i fortegnelser over egen sygdom og behandling, samt mulighed for at klage over behandling og få erstatning ved fejl. Samtidigt bør patienterne forvente, at viden om fejl begået i sundhedsvæsenet bruges til at forbedre sundhedsvæsenet fremadrettet.

Folketinget vedtog enstemmigt i 2003 patientsikkerhedsloven[10], der trådte i kraft ved årsskiftet til 2004. Loven var den første af sin slags i verden. Den forpligtigede de daværende amtskommuner til at modtage, registrere og analysere rapporter om utilsigtede hændelser, ligesom sundhedspersoner blev forpligtiget til at indrapportere en utilsigtet hændelse, de var blevet opmærksom på. Endvidere blev amterne forpligtiget til at indsende rapporteringer til Sundhedsstyrelsen, og Sundhedsstyrelsen blev forpligtiget til at oprette et register og afgive årlige beretninger.

Loven sørgede for, hvad der typisk bliver kaldt, vandtætte skotter mellem det lærende sundhedsvæsen og det disciplinærende system ved at beskrive, at sundhedspersoner, der indrapporterer utilsigtede hændelser ikke af den grund kan "*underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene*". I dag er der i regioner og kommuner ansat risikomanagers og værktøjer såsom kerneanalyser bruges som en del af arbejdet med de utilsigtede hændelser. Parallelt med den offentlige udbygning omkring patientsikkerhed er der opbygget et internationale og et nationalt fagligt miljø omkring emnet, som i Danmark blandt andet rummes i den almennyttige forening, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Patientsikkerhedsloven blev senere indbygget i Sundhedsloven[11] som trådte i kraft i 2007.

[6] Betænkning fra 1997 om lov om patienforsikring af 1992., https://www.xn--betnkninger-c9a.dk/wp-content/uploads/2021/02/1346.pdf
[7] Lov om erstatning ved vaccinationsskader, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1978/82
[8] Vejledning om erstatningskriterier i patientforsikringsloven, https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1992/125
[9] Lov om klage og erstatningsadgang, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/995
[10] Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2003/429
[11] LOV nr. 546 af 24/06/2005, Sundhedsloven, https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2005/546

Udkast

Indsigts-, klage- og erstatningsmuligheder og patientsikkerheds rammer og organisationer er således tilstede i Danmark. Samtidigt med ovennævnte forbedringer er der indført patientrettigheder ift. valg af behandlingssted og ventetider og parallelle pligter hos stat, regioner og kommuner.

Kort her skal blot nævnes: 1) indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993[12], der gav patienter mulighed for at vælge vederlagsfri behandling på en række andre sygehuse herunder både offentlige og private, 2) det udvidede frie sygehusvalg fra 2003, der gav patienter mulighed for at få vederlagsfri behandling på offentlige og private sygehuse, som regionen har indgået aftale, såfremt ventetiden overskrider 1 måned, 3) de maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

Patienter forventer valgfrihed, og de forventer også, at sundhedsvæsenet er tilgængeligt, når og hvor det passer bedst for patienterne, fx via digital kontakt[13].

Trods en større del af patienterne i dag kan betegnes som *ekspertpatienter*, er der stadig en stor gruppe patienter, der ikke i situationen har evner til, ønske om, eller ressourcer til at påtage sig den aktive patientrolle og opsøge og inddrag sundhedsviden. Den patientgruppe vil fortsat have brug for, at sundhedsvæsenet og lægen leder og holder hånden under patienten i forløbet.

Ændrede behov

Patienternes forventninger til sundhedsvæsenet er ændret – ikke kun ved, at de i dag forventer inddragelse og åbenhed, rettidig behandling og høj kvalitet, men også i høj grad fordi deres problemer (sygdomsmønstre og –billeder) er ændret i betydelig grad. Store landvindinger inden for diagnostik og behandling af fx kræftsygdomme, hjertesygdomme, diabetes og bevægeapparatssygdomme såsom slidgigt gør, at patienterne i dag lever længere og bliver længere i egen bolig med et godt funktionsniveau. Dette er særdeles positivt, men det har også den konsekvens, at flere patienter i dag har flere kroniske og/eller behandlede sygdomme. Det stiller fra patienternes side et krav til, at sundhedsvæsenet hjælper dem med at navigere og koordinere behandlingen i forløb, der kan inddrage mange forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Samtidigt har den store medicinske udvikling også ændret patienternes forventning til behandlingsmuligheder. Flere ældre, også blandt de ældste, forventer at kunne få en ny hofte, kræftpatienter forventer, at der er et behandlingstilbud, når første, anden og tredje behandling svigter. Samtidigt har patienterne et naturligt ønske om, at fx ny dyr medicinsk behandling rettet mod deres sygdom bliver stillet til rådighed, når en mulig behandling findes.

9.1.2. **Befolkningsperspektiv**

Folkesundheden er meget forbedret de sidste tyve år. Den forventede middellevetid i Danmark er fortsat stigende[14], og børn, der fødes i dag, kan forvente i gennemsnit at blive 81,5 år. Det er en forbedring på 4,6 år siden år 2000, og Danmark har dermed i de sidste 20 år nærmet sig øvrige lande i OECD, herunder de øvrige nordiske lande. I år 2000 var Danmark placeret som 21. bedste land i OECD målt på forventet middellevetid, hvor det i dag er det 13. bedste land[15]. Den øgede forventede middellevetid skyldes blandt andet bedre primær forebyggelse samt forbedret undersøgelse og sygdomsbehandling.

Andelen af voksne, der ryger cigaretter dagligt eller lejlighedsvist og andelen af voksne, der er storrygere er begge faldet markant, hvilket er en fortsættelse af en udvikling, der begyndte om-

[12] LOV nr. 1024 af 19/12/1992, Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring m.v., https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1992/1024
[13] Wilkes analse for Danske Patienter, 2020, digital_kontakt.pdf (danskepatienter.dk)
[14] Danmarks Statistik, Nyt fra Danmarks Statistik, 17. februar 2021 - Nr. 50
[15] OECD 2019: "Health at a glance" og nyere data fra OECDs database, Life expectancy at birth

Udkast

kring 1970. Samtidigt er andelen af storrygere faldet endnu mere markant, så det kun er 6 procent, der i dag ryger mere end 15 cigaretter dagligt mod 14-15 procent omkring år 2020. Samtidigt har der været et markant fald i andelen af den voksne befolkning, der overskrider sundhedsmæssige høj- og lavrisikogrænse for alkoholindtag. Inden for begge områder ses dog betydelige sociale uligheder.

En betydelig del af dødsfald hos unge og yngre voksne skyldes trafikulykker og selvmord. Antallet af dødsfald i trafikken er dog faldet betydeligt i perioden[16]. Samtidigt er selvmordshyppigheden i Danmark halveret siden 1990.[17,18]

[Mere om KRAM]

Sundhedsvæsenets indsatser for bedre forebyggelse og særlig behandling af sygdom spiller en stor rolle i den bedre sundhedstilstand. Medicinsk udvikling og strukturelle tiltag har betydet, at sundhedsvæsenet inden for en række store sygdomme i dag understøtter folkesundheden langt bedre end tidligere.

Opkvalificering af og investering i det præhospitale beredskab og ved den akutte modtagelse på sygehusene betyder, at patienter med livstruende sygdomme i dag modtager behandling tidligere, og af højere kvalitet. Hele det akutte område er blevet bundet sammen via indførelse af fælles og landsdækkende præhospitale journaler, styrket visitation, telemedicinske løsninger samt bedre koordinering af alarmcentralernes og AMK'ernes arbejde. Kompetenceniveauet er øget både uden for og inden for sygehuset, så akut syge patienter modtager behandling allerede under transporten til sygehuset, og de mødes på akutmodtagelserne af de rette kompetencer og faciliteter. Der har derfor været en betydelig overlevelsesgevinst i, at en større andel i dag overlever akut livstruende sygdom såsom blodpropper, apopleksier, alvorlige ulykker mv.

En anden markant overlevelsesgevinst findes i udviklingen i udredningen og behandlingen af en lang række livstruende sygdomme fx kræft og hjertesygdomme. En udvikling, der både skyldes den medicinske og teknologiske udvikling, folkeoplysning, strukturelle og organisatoriske tiltag, forløbstider og ventetidsgarantier, store investeringer og et mere strømlinet sundhedsvæsen, der hurtigere kan tilbyde udredning og behandling.

En større andel af de ramte overlever derfor kræftsygdom, hjertesygdom, slagtilfælde mv. Patienter med diabetes diagnosticeres tidligere og mere systematisk, behandles mere intensivt og undgår i større omfang senfølger og tidlig død. Nye behandlinger har ændret prognosen for patienter med autoimmune sygdomme som multiple sklerose, leddegigt og tarmsygdomme.

Herunder beskrives den konkrete udvikling på udvalgte sygdomsområder.

Udviklingen inden for kræftområdet
Danmark har tidligere haltet efter de andre nordiske lande, når det gælder kræftoverlevelsen. Et omfattende forskningsprojekt offentliggjort i 2020 af kræftoverlevelse i de nordiske lande for årene 1990-2016, baseret på data fra den nordiske cancerdatabase, NORDCAN, viser imidlertid markante forbedringer i Danmark, der har løftet sig, så 1-års og 5-års kræftoverlevelsen nu ligger på niveau med de øvrige nordiske lande(75). Samtidig diagnosticeres og behandles et stigende antal kræftpatienter.

For en række konkrete patientgrupper er 1-års og 5-års overlevelsen forbedret betydeligt over de sidste tyve år, fx ved kræft hos børn, brystkræft, modermærkekræft og tarmkræft. Desværre er der

[16] Ulykker i Danmark 1990-2009, SIF, 2012, untitled (sdu.dk)
[17] Sygdomsbyrden i Danmark Ulykker, Selvskade og Selvmord, Sundhedsstyrelsen, SDU, 2016, Ulykker-selvskade-og-selvmord_WEB.ashx (sst.dk)
[18] Center for Selvmordsforskning, Selvmord i Danmark → Se nyeste statistikker - Center for Selvmordsforskning

Udkast

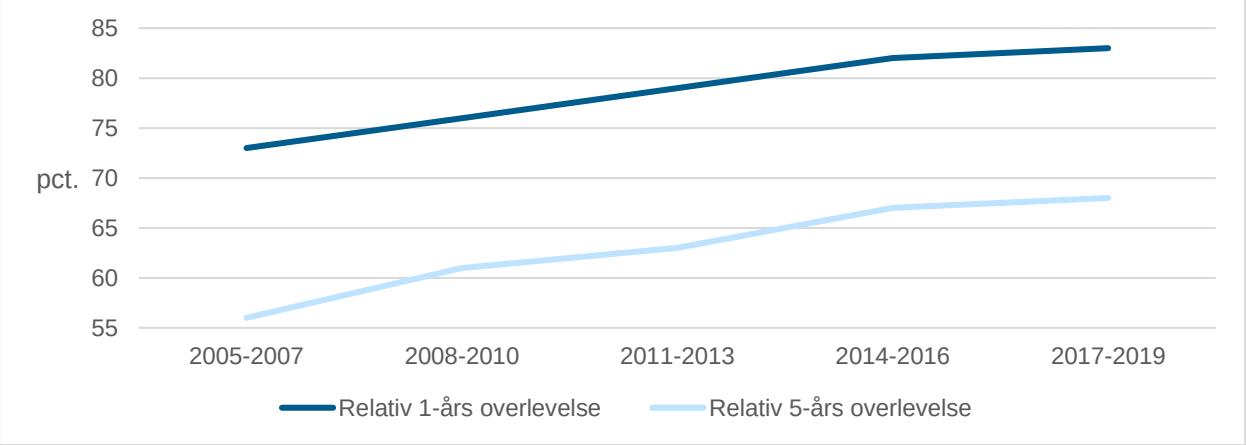
også en række patientgrupper, hvor indsatsen har haft en effekt, men hvor det stadig er en mindre andel af patienterne, der bliver langtidsoverlevere, fx lungekræft, bugspytkirtelkræft og mave- og spiserørskræft.

Med øget kræftoverlevelse og en befolkning, der lever længere følger nye udfordringer for sundhedsvæsenet. Alene i perioden 2010-2019 er antallet af personer, der lever med kræft cirka 45 pct., så cirka én ud af 14 danskere i dag lever med en kræftdiagnose[19]. Der er således i dag langt flere, der lever videre efter en kræftdiagnose. De vil i varierende omfang have behov for opfølgning, rehabilitering, håndtering af senfølger og palliative indsatser. Det stiller nye krav til sundhedsvæsenets faglige indsatser og i den forbindelse, at det skal være relevante, evidensbaserede sundhedsydelser, der er let tilgængelige for patienterne.

Trods forebyggelse har været et fokusområde i flere kræftpakker, og trods der har været et betydeligt fald i andelen af borgere, der dagligt ryger, må forebyggelsen af kræft dog betragtes som det område, hvor udviklingen har været mindst tilfredsstillende, hvilket primært understøttes af de betydelige sundhedsmæssige gevinster, der er i forebyggelse af kræft.

Den strukturelle udvikling på kræftområdet er beskrevet i næste afsnit.

Figur 9.1: Relativ overlevelse efter kræft eksklusiv al anden hudkræft end modermærkekræft



Kilde: https://esundhed.dk/Emner/Kraeft/Kraeftoverlevelse

Udviklingen inden for hjerteområdet

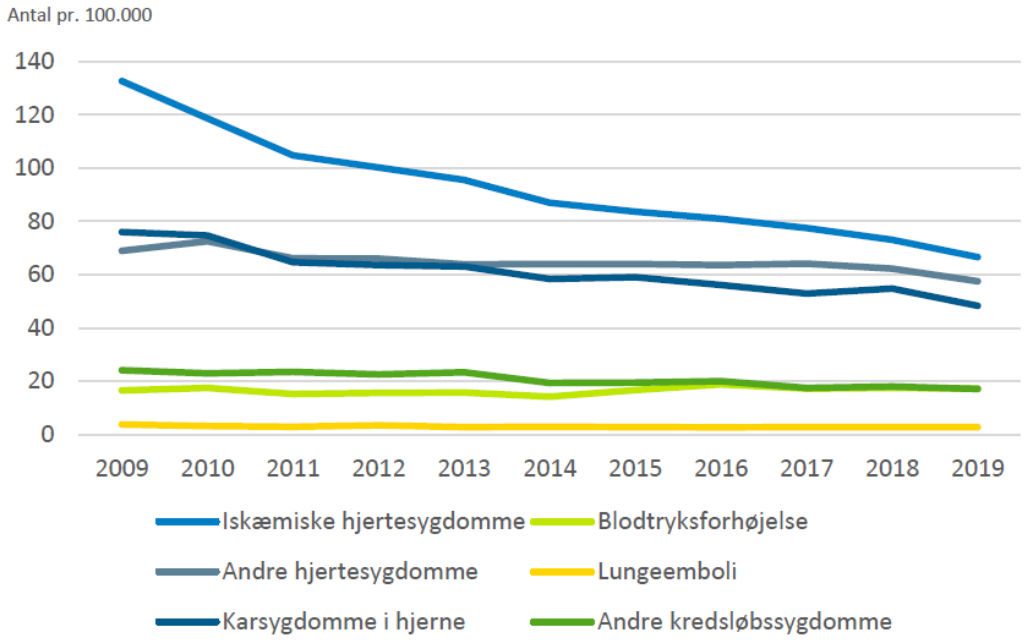
Hjertesygdomme omfatter forhøjet blodtryk, åreforkalkning, iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og hjertekramper), hjertesvigt og hjerteklapsygdomme. Hjertesygdomme er en af de store befolkningssygdomme og knap en halv million voksne lever med en hjertesygdom (76). Sygdommene er ofte alvorlige, og udrednings- og behandlingsaktiviteten i kardiologien er stor og præget af behov for tidlig indsat udredning og behandling. Forebyggelse, behandling og rehabilitering har stort potentiale til at øge befolkningens sundhed og middellevetid.

Historisk set er hjertesygdomme gået fra at være sygdomme, patienterne døde af, til at være sygdomme, patienter lever med, hvilket er en stor succes. Den hyppigst forekommende hjertesygdom i Danmark er iskæmisk hjertesygdom. Som følge af den demografiske udvikling med flere ældre og et stort fald i dødeligheden ses en faldende incidens, men stigende prævalens.

[19] Cancerregisteret

Helt centralt i forhold til det store fald i dødeligheden ved hjertesygdom er – ud over den primære forebyggelse – udviklingen og udbredelsen af rettidig diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom. Denne strukturelle indsats har både været understøttet af opbygning af faglige kompetencer og store materielle investeringer på hospitaler og præhospitalt. Fra national side har udviklingen været understøttet af faglige rammer via hjertepakkerne, akutanbefalingerne samt reguleringen via specialeplanen. For udvalgte hjertesygdomme blev der – ligesom for kræftsygdommes vedkommende – indført lovbestemte ventetidsrettigheder i 2006[20]. De tidligere pakkeforløb ved hjertesygdomme blev i 2018 erstattet af "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom", der adresserer de organisatoriske udfordringer relateret til sammenhæng i patientforløbet. I anbefalingerne beskrives forløbet fra mistanke om sygdom til rehabilitering. Anbefalingerne skal medvirke til at skabe sammenhæng i det planlagte patientforløb og understøtte en faglig og organisatorisk ensartet praksis af høj kvalitet i udredning, behandling og opfølgning, herunder rehabilitering og palliation. Anbefalingerne skal ligeledes bidrage til, at alle tilbydes individuelt tilpassede patientforløb, både ved den første mistanke om hjertesygdom, ved tilbagevendende eller kronisk hjertesygdom, og når patienten har andre kroniske sygdomme(76).

Figur 9.2 Dødelighed i aldersstandardiserede rater for mænd pr. 100.000 indbyggere for dødsfald af hjerte- og kredsløbssygdomme, 2009-2019



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Også overlevelsen efter hjertestop er betydeligt forbedret. I 2019 overlevede 16 pct. af patienterne med hjertestop målt 30 dage efter hjertestoppet mod 3,9 pct. i 2001. Vidner og førstehjælpere trådte til med hjertelungeredning før ambulancens ankomst i 79 pct. af hjertestoppene i 2019 mod 19 pct. i 2001. Danmark ligger i verdenseliten, når det gælder om at engagere befolkningen, og målt på overlevelsen er Danmark nu på højde med Seattle i USA, som gennem mange år har været det absolut førende område i verden (77).

[20] BEK nr 1749 af 21/12/2006 Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1749

Hjerteområdet drager nytte af et stærkt og evidensfokuseret lægefagligt miljø samt omfattende og god registerdata. Den tætte monitorering bidrager til kvalitetssikring og udvikling. Nyt Dansk Hjerteregister, der forventes implementeret snarligt, forventes at højne dataniveauet ved at bidrage med data til tidstro monitorering af kvalitet og aktivitet, forskning og klinisk brug.[21]

Udviklingen inden for diabetes
Diabetes er en folkesygdom med en stor forekomststigning i Danmark såvel som i mange andre vestlige lande de sidste 20-25 år. Det antages at hænge sammen med ændret fysisk aktivitet og kostindtag i befolkningen samtidigt med, at befolkningen bliver ældre. Cirka 225.000 voksne danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes, og cirka 15.000 patienter får årligt diagnosticeret type 1-diabetes.

Samtidigt med, at incidensen og prævalensen er steget er dødeligheden ved diabetes faldet betydeligt. Der er dog stadig en overdødelighed ved diabetes særligt ved type 1-diabetes. Endvidere er der betydelig komorbiditet forbundet med diabetes og særligt over tid eller ved utilstrækkelig behandling kan mennesker med diabetes udvikle invaliderende komplikation fra forskellige organer, fx hjertet, hjernen, nyrer, øjne og fødder. Grundet den betydelige komorbiditet spiller diabetes en stor rolle i sygdomsbyrden ved multisygdom.

Tidlig opsporing, langvarig opfølgning og non-farmakologisk og farmakologisk intervention er derfor centralt i en koordineret indsats mod diabetes.

Diabetesopsporing og -behandlingen har i Danmark haft høj prioritet i mange år, grundet et stærkt fagligt miljø, et fagligt og politisk fokus samt den helt særlige rolle Danmark har og har haft i udviklingen af medicin til behandling af diabetes. Diagnostikken og størstedelen af diabetesbehandlingen ved type-2-diabetes er med succes gradvist flyttet fra sygehusene ud i almen praksis.

Diagnosticering sker oftere tidligt, da blodsukkeret rutinemæssigt måles hos patienter med risikofaktorer og i en række konkrete situationer, fx hos gravide. Når diagnosen er stillet, udarbejder lægen i samarbejde med patienten en behandlingsplan med fokus på regelmæssige lægebesøg og støtte til livsstilsændringer, og herunder henvisninger til afklarende samtale i kommunen med henblik på kommunal rehabilitering. Mennesker med diabetes har årligt 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge, 270.000 flere besøg hos fodterapeut og 68.000 flere besøg hos øjenlæge end mennesker uden diabetes(78).

I 2017 PLO-overenskomst er der lagt op til, at den praktiserende læge søger specialistrådgivning telefonisk eller via elektronisk korrespondance fremfor og forud for henvisning.

Type 1-diabetes er som udgangspunkt i dag en specialistopgave.

Fra national side er diabetes indsatsen rammesat med den nationale diabeteshandlingsplan[22] 2017-2020 med 12 initiativer, der skal forebygge og opdage diabetes tidligere, styrke indsatsen hos børn og unge med diabetes, individualisere behandlingen og give patienter adgang til behandling af samme høje kvalitet.

På regionalt niveau er der i alle regioner i samarbejde med Novo Nordisk Fonden taget initiativ til opbygningen af ambulante diabetescentre, der skal tilbyde og styrke behandling, forske og undervise i diabetes.

Udkast

[21] https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/projekter/nyt-dansk-hjerteregister/
[22] Sundheds- og Ældreministeriet. *Den nationale Diabeteshandlingsplan*, 2017, https://www.sst.dk/da/Viden/Diabetes/Den-Nationale-Diabeteshandlingsplan-2017-2020

Behandlingskvaliteten følges via Dansk Diabetes Register, der også modtager registrering fra almen praksis.

Mental sundhed og psykiske lidelser

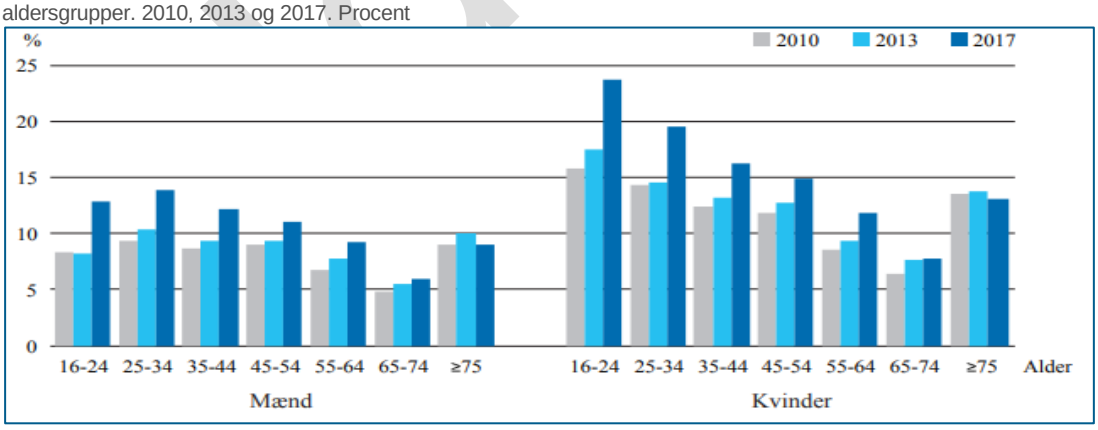
Begreberne mental sundhed og psykisk lidelse dækker over forskellige tilstande. Mental sundhed defineres af WHO som en tilstand af trivsel, hvor individet er i stand til at udfolde sit eget potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, kan fungere produktivt, og kan bidrage til fællesskabet. Ved mental sundhed hos børn, læger der vægt på barnets udvikling. Psykisk lidelse defineres jf. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10 årsplan for psykiatrien[23], som lidelser der relaterer sig til en forstyrrelsen af tanker, følelsesmæssig regulering eller adfærd, og som oftest medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten hos den enkelte og som kan forhindre den enkelte i at deltage aktivt i samfundet på lige fod med andre.

Der er en sammenhæng mellem mental sundhed og psykiske lidelser, men sammenhængen er ikke entydig eller lineær, og det er ikke sådan, at dårlig mental sundhed leder til psykiske lidelser eller at psykisk lidelse automatisk giver dårlig mental sundhed.

Sygdomsbyrden forbundet med psykisk mistrivsel og psykiske lidelser er stor og udviklingen over de seneste 20 år har desværre ikke været tilfredsstillende.

Den mentale sundhed har været faldende i Danmark, blandt andet vist i sundhedsprofilen i 2017 (figur 9.3), hvor der finder, at andelen med selvrapporteret dårligt mental helbred har været stigende, særligt hos børn og unge voksne. Det samme billede findes i undersøgelser blandt skolebørn [link]. Den mentale sundhed er skævt fordelt, og resultaterne fra sundhedsprofilen i 2017 viser, at andelen af personer med dårligt mentalt helbred er markant større blandt arbejdsløse (28,5 pct.), førtidspensionister (33,1 pct.) og andre i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet (36,7 pct.).

Figur 9.3 Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Kilde: Den nationale sundhedsprofil 2017

Psykiske lidelser er meget almindelig og tegner sig for 25 %[24] af den samlede sygdomsbyrde. De fleste mennesker vil i et livsforløb opleve, at enten de selv eller deres nære pårørende får en psykisk lidelse. Der er flere børn og unge end tidligere, der får stillet en psykiatrisk diagnose, og de diagnosticeres med psykiske lidelser i en tidligere alder[25]. I børne- og ungdomspsykiatrien er antallet af patienter øget med ca. 50 % inden for en tiårig periode, samtidigt er der sket en stigning på 41 % i antallet af børn og unge med psykiske lidelser, der er anbragt uden for hjemmet eller

[23] https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan
[24] Baseret på WHO´s data fra 2019, når der benyttes det standardiserede sygdomsbyrdemål YLD (Years Lost to Disability), og psykiske lidelser inkluderer både de almindelige psykiske lidelser, misbrugslidelser og visse neurologiske hjernesygdomme som fx demens-sygdomme (3). Psykiske lidelser udgør 14 % og misbrugslidelser 4 % af den samlede sygdomsbyrde.
[25] Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år : forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. 1. udgave. Kbh : Videnråd for Forebyggelse, 2020

som modtager en forebyggende indsats i kommunen fx en familierettet indsats. Der har endvidere været en betydelige stigning i henvisning til og brug af behandling hos psykologer og privat praktiserende psykiatere, ligesom brugen af adgang til psykolog via privat sundhedsforsikring har været stigende.

Psykiske lidelser er årsag til ca. 3.500 dødsfald årligt og er den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark. Personer med psykiske lidelser lever markant kortere liv og mere sygdom en resten af befolkning. Personer med svære psykiske lidelser, lever op til 15-20 år kortere end baggrundsbefolkningen, hvilket hovedsagelig skyldes somatisk sygdom, der kan forebygges og behandling.

Over et årti er der sket en stigning på ca. 30 % i antallet af patienter med psykiske lidelser, der behandles på sygehuse, hvor det ift. somatiske sygdomme kun drejer sig om en øgning på 13 %. Mindst 500.000 mennesker henvender sig årligt hos almen praksis med psykiske problemer og antallet af voksne med psykiske lidelser, der modtager en social indsat fx botilbud og bostøtte er stedet med godt 11 % på bare fem år.

Der er således samlet betydelige folkesundhedsmæssige udfordringer ift. mental sundhed og psykisk sygdom, og det er veldokumenteret, at behandlingen af personer med psykiske lidelser fortsat halter betydeligt ift. det behandlingsløft der er set fx på kræft- og hjerteområdet.

Ulighed i overlevelsesgevinsterne
Der har, som tidligere beskrevet, været en stor overlevelsesgevinst i befolkningen gennem de sidste 20 år. Men gevinsten er ulige fordelt, og uligheden i sundhed er generelt betydelig. Uligheden beskrives bedst ved at se på de graduerede sammenhænge mellem mennesker sociale position i samfundet og deres helbred.

Trods det, at Danmark kan karakteriseres ved en universel velfærdsmodel og forholdsvist lave indkomstuligheder, ses der betydelige sociale uligheder i dødelighed og selvvurderet helbred. Det kaldes *"The Scandinavian Welfare Paradox of Health"*.. Social position og vilkår har betydning for menneskers sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelateret livskvalitet. Sammenhængen findes både, da der er association mellem social position og sundhed. Eksempelvis påvirker børns tidlige udvikling, hvordan de klarer sig på arbejdsmarkedet, men den tidlige udvikling er også er en selvstændig determinant for deres sundhed som voksne. Et andet eksempel er, at helbredet påvirker arbejdsevnen. For yngre kan det betyde, at man ikke gennemføre en uddannelse og senere i livet kan det betyde, at man mister sit arbejde og bliver socialt udsat.

Nogle grupper i befolkningen får mere sygdom, bliver tidligere syge, mærker større konsekvenser af sygdom og dør tidligere – og det er forskelle, der er socialt afhængige. Social ulighed i sundhed fører til forværring af symptomer og dårligere helbred for de patienter, der ikke får den optimale behandling (79).

Det dokumenteres i flere studier, bl.a. i rapporten "Social ulighed i sundhed og sygdom"(79), der undersøger den sociale ulighed i sygdom og skader samt deres konsekvenser og deres årsager. I det følgende resumeres udvalgte pointer, der primært analyserer ulighed ud fra uddannelsesniveau.

[Emnet uddybes]

Generelle helbredsindikatorer: Der ses en social ulighed i restlevetiden blandt 30-årige, således at restlevetiden er længere med højere fuldførte uddannelsesniveau. Der ses en stigning i den sociale ulighed i perioden 1990-2016 blandt kvinder og blandt mænd. Ligeledes gælder det, at antallet af dødfødsler, antallet af neonatale dødsfald og antallet af dødsfald blandt børn under fem år er højere blandt børn af mødre med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau end blandt

Udkast

børn af mødre med erhvervsfaglig/gymnasial uddannelse og videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Sundhedsadfærd: Hos personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der ryger dagligt, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger til fysisk aktivitet, der er svært overvægtige, og som har en ophobning af disse risikofaktorer, end hos personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Omvendt ses en højere andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for ugentligt alkoholindtag, og der jævnligt indtager mere end fem genstande ved samme lejlighed, blandt personer med videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau. Der er i perioden 2010-2017 ikke sket nogle ændringer i den sociale ulighed for de nævnte indikatorer relateret til sundhedsadfærd.

Kontakt til sundhedsvæsenet
Personer med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau har lavere tilslutning til de tre nationale kræftscreeningsprogrammer, og der er vurderet at være en lav til moderat grad af social ulighed. [kan tilføjes om kontakt til almen praksis og eventuelt om kontakt til hospital]

Mentalt helbred og psykiske sygdomme: Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der en højere andel, der har dårligt mentalt helbred, der har et højt stressniveau og som føler sig ofte uønsket alene, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Somatisk sygdom: Personer med grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau har flere tilfælde af en række somatiske sygdomme end personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau er der et højere antal af nye tilfælde pr. 100.000 personer for diabetes, iskæmisk hjertesygdom, cerebrovaskulære sygdomme, KOL, lungekræft, tyk- og endetarmskræft, muskelskeletdiagnoser og demens end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau. Blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau ses desuden en større andel med to eller flere kroniske sygdomme samtidigt og en lavere andel, der har 20 eller flere naturlige tænder, end blandt personer med videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelsesniveau.

Selvom der er i Danmark er en materiel ulighed, som er mindre end i mange andre lande, og et offentligt finansieret sundhedsvæsen med relativ let og lige adgang har det ikke kunnet hindre, at Danmark har en ulighed i dødelighed, som er mindst lige så stor som sammenlignelige lande(80).

Det seneste europæiske studie om uddannelse og dødelighed dækker perioden 1990-2015. Det viser, at i absolutte tal mindskedes uligheden for mænd i 10 ud af de 11 lande i Vesteuropa, som blev undersøgt. I det ellevte – Danmark – blev uligheden større. Også for kvinder øgedes uligheden i Danmark, men det gjorde den også i de andre nordiske lande, mens den mindskedes i Sydeuropa. Uligheden for kvinder i Danmark er således øget til nu at være størst i Europa. Den faldende dødelighed i hjertesygdom har presset uligheden ned, men uligheden i mange andre sygdomme, inklusive flere typer af kræft, KOL, alkoholskader og andre sygdomme for hvilke, der findes effektiv behandling, er gået i modsat retning.

Særligt udsatte patienter
En væsentligt udfordring for sundhedsvæsenet er en gruppe af udsatte patienter, der udskiller sig i særlige negativ grad på sundhedsparametre. Det er psykiatriske patienter, stofmisbrugere, personer med misbrug og psykiatrisk lidelse (dobbeltdiagnosticerede), hjemløse personer og nogle grupper af indvandrer.

Udkast

Flere af grupperne er i et vist omfang ikke rummet i det danske sundhedsvæsenet, og nogle af grupperne har meget ringe tilknytning til egen læge. Middellevetiden er betydeligt lavere end for baggrundsbefolkningen (fx 30 år for hjemløse). Der ligger derfor et stort folkesundhedsmæssigt potentiale i at skabe sundhedstilbud og give sundhedspersoner kompetencer, der øger disse gruppers adgang til og brug af sundhedsvæsenet.

Multisygdom
Multisygdom, hvor personer har to eller flere samtidige kroniske sygdomme, er et voksende problem og en udfordring for den enkelte, sundhedsvæsenet og samfundet (81, 82).

Multisygdom kræver særlige indsatser i sundhedsvæsenet og er en kendsgerning for omkring 20-30 pct. af den voksne befolkning(83). Tidligere undersøgelser rapporterer varierende forekomstestimater fra 7-37 pct. for multisygdom i den voksne danske befolkning (81). De varierende estimater kan skyldes forskellige sygdomsafgrænsninger, aldersgrupper og studiedesigns.

Multisygdom er generelt forbundet med nedsat livskvalitet og funktionsevne, øget antal kontakter til sundhedsvæsenet og længerevarende hospitalsindlæggelser samt højere risiko for tidlig død. Desuden påvirker multisygdom beskæftigelsen, idet kun 30 pct. med multisygdom mellem 18 og 64 år er i beskæftigelse eller under uddannelse (der kan sammenholdes med, at 73 pct. af befolkningen i alderen 16-65 år er i beskæftigelse) (dertil kommer personer under uddannelse).

Andelen af mennesker med multisygdom forventes at stige i de kommende år i takt med bl.a. bedre behandling af livstruende sygdomme. Stigningen i forekomsten vil ligge på cirka 1,3 pct. om året, hvilket er højere end den hidtil rapporterede stigning på én pct. årligt. I praksis betyder det, at tilvæksten i antallet af mennesker med multisygdom bliver på cirka 180.000 personer frem til 2025 (83).

Forekomsten af multisygdom stiger typisk med stigende alder. Selvom multisygdom er mere prævalent blandt ældre, angives mere end 40-60 pct. af personer med multisygdom at være under 65 år gamle opgjort på data fra Den Nationale Sundhedsprofil samt en række nationale registerdata (81). Antallet af personer med multisygdom i Danmark er således højere i aldersgruppen 16-65 år end aldersgruppen over 65 år. Endvidere er der en særlig udfordring ift. unge med multisygdom fx alvorlig psykiatrisk sygdom og samtidig somatisk sygdom.

Både danske og udenlandske undersøgelser viser, at multisygdom er stærkt knyttet til sociale forhold som lav socioøkonomisk status, hvilket kan skyldes, at mange sociale forhold disponerer for såvel fysiske som psykiske sygdomme. Dertil er lav socioøkonomisk status særligt associeret med livsstilsvaner, der fører til kronisk sygdom. Personer med lav socioøkonomisk status udvikler multisygdom tidligere end andre og udvikler multisygdom med flere sygdomme. Antallet som lever med en eller flere langvarige lidelser er markant større blandt mennesker, som har afsluttet uddannelse på grundskoleniveau (42 pct.) end med en lang videregående uddannelse (26,9 pct.)(84).

Der er udfordringer i forhold til at kunne levere sundhedsfaglige ydelser af høj kvalitet til denne patientgruppe med manglende sammenhæng i patientforløb, polyfarmaci og mange involverede behandlere som væsentlige faktorer(82).

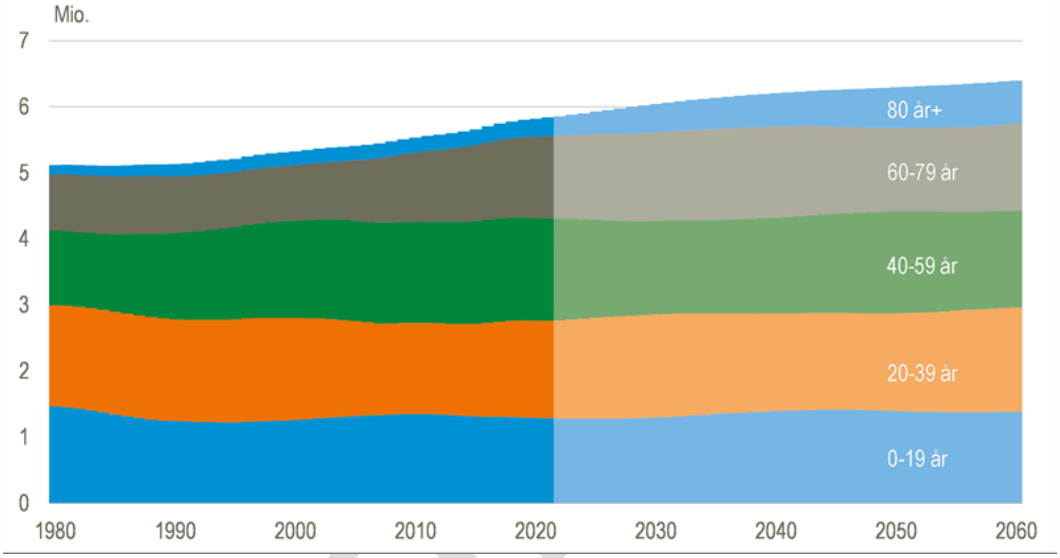
Et særskilt problem ved behandling af mennesker med multisygdom er bl.a. polyfarmaci, hvor behandling igangsat mod forskellige tilstande og af forskellige læger leder til ineffektiv behandling, unødige bivirkninger og overdødelighed. Medicinsanering er generelt vanskeligt, når behandlingsansvaret er fordelt på en række forskellige læger, ved usammenhængende patientforløb, og når der samtidig er begrænset viden fra studier om, hvordan der bør prioriteres mellem behandlingsmulighederne.

Udkast

En større befolkning og flere ældre
Befolkningens størrelse og alderssammensætning har betydning for både behovet og karakteren af sundhedsydelser, ligesom det påvirker udbuddet af arbejdskraft, der kan arbejde i sundhedsvæsenet.

Danmarks Statistik forventer, at befolkningens vokser samtidigt med, at der vil blive en større andel ældre. Særligt vil andelen af de ældste (+80 år) stige. Det forventes, at befolkningen frem mod 2040 vil vokse til cirka 6,2 mio. personer fra cirka 5,82 mio. personer i 2020. Det er en vækst på syv pct. I perioden 2000 til 2020 voksede befolkningen med ni pct. Der forventes en vækst på 85 pct. i gruppen +80 årige, hvilket betyder, at der i 2040 vil være over 500.000 personer i denne aldersgruppe mod aktuelt cirka 275.000. De +80 årige vil dermed udgøre otte pct.af befolkningen, mod 4,6 pct. i dag[26].

Figur 9.4: Befolkningen 1980-2060 (fremskrivning fra 2021)



Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 187, 20. maj 2021 og matrice frdk21

Samtidig forventes en mindre nedgang på cirka to pct. i antallet af personer i den erhvervsaktive alder (18-67 år). Andelen af befolkningen i den erhvervsaktive alder forventes at falde fra 63 pct. i 2021 til 58 pct. af befolkningen i 2040.

Dette tal afhænger også af definitionen af den erhvervsaktive alder. Eksempelvis er det politisk vedtaget, at folkepensionsalderen stiger gradvist fremadrettet, og folkepensionsalderen vil forventeligt være 70 år i 2040[27]. Fra et sundhedsmæssigt perspektiv afhænger de erhvervsmæssige gevinster opnået ved disse stigninger i folkepensionsalderen naturligvis af en tilsvarende øgning af funktionsniveau hos personer i relevante aldersgrupper.

Voksende behov for sundheds- og omsorgsydelser
Den demografiske udvikling har de seneste årtier betydet, at antallet af borgere, der lever med mindst én kronisk sygdom, er steget.

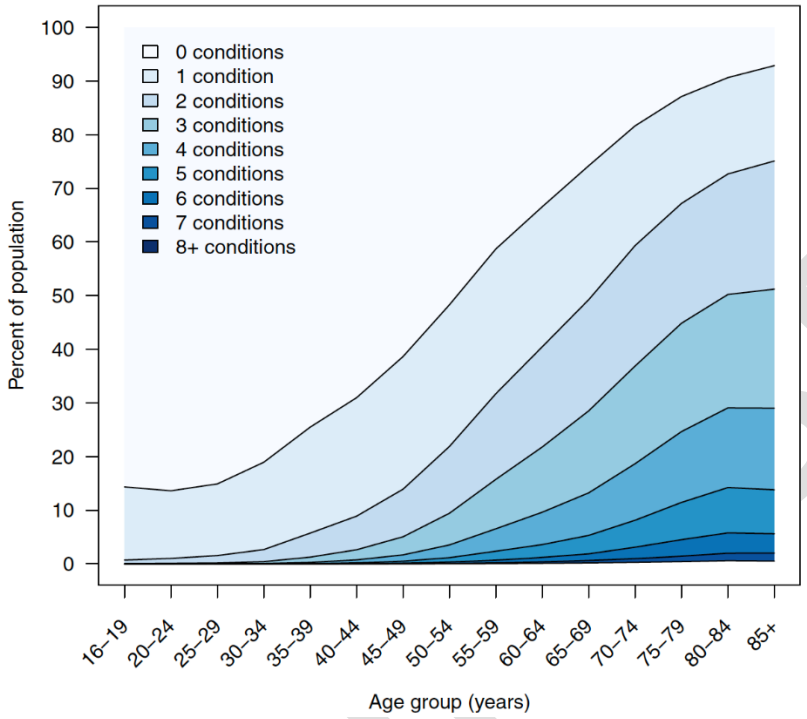
I alt 35,6 pct. af personer over 16 år rapporterer at have én eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen stiger med alderen således, at der blandt +75-årige kvinder er 51,4 pct. med én eller flere langvarige sygdomme, mens det er 49,5 pct. blandt mændene(84).

[26]Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 187, 20. maj 2021 og matrice frdk21
[27] https://star.dk/ydelser/pension-og-efterloen/folkepension-tidlig-pension-foertidspension-og-seniorpension/folkepension/folkepensionsalderen-nu-og-fremover/

Forekomsten af de 18 sygdomme og helbredsproblemer, der kortlægges i sundhedsprofilerne, er svagt stigende i perioden 2010 til 2017. Der ses kun et fald i forekomsten af to sygdomme; andelen af befolkningen med kronisk lungesygdom og hjertekrampe(84).

Stigningen i antallet af borgere, der lever med én eller flere behandlingskrævende sygdomme, vil få betydning for aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Figur 9.5: Andel personer med kronisk sygdom fordelt på aldersgrupper

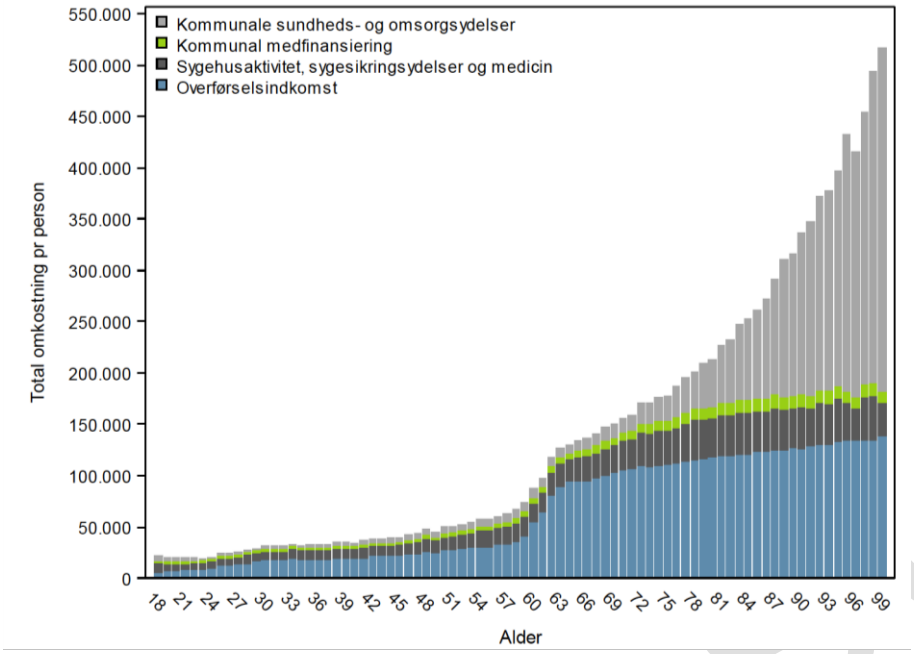


Kilde: Schiøtz ML et al 2017. Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study. BMC Public Health, 17 (1), 422.

[Udviklingen kvalificeres, herunder ift. øget behov for sundhedsydelser, AP, multisygdom mv.]

Omkostningerne til sundheds- og omsorgsydelser risikerer at stige i takt med at befolkningen vokser og særligt gruppen af ældre forventes at vokse. (se figur).

Figur 9.6: Aldersopdelte totale omkostninger pr. person opdelt på forskellige typer af ydelser



Kilde: Nielsen et al 2016. "Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden", Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Samtidig er der en undersøgelse, der peger på, at de sidste ti års stigning i sundhedsudgifterne hovedsageligt er gået til aldersgruppen fra 65 til 90 år. Stigningen skyldes, at de ældre aldersgrupper har en generel øget efterspørgsel efter sundhedsydelser og kan ikke blot tilskrives de innovationstunge områder kræft og hjertesygdomme (85).

En udfordring i 2040 kan derfor med stor sandsynlighed blive, at sundhedsvæsenet udfordres af en større andel af danskere, der har behov for sundhedsydelser, og at der samtidigt er færre i den erhvervsaktive alder til at finansiere og arbejde i sundhedsvæsenet. Det er dog væsentligt at bemærke, at øget sundhed blandt ældre (sund aldring), kan betyde, at en større andel af ældre vil være raske og med bedre funktionsevne i længere tid.

9.1.3. Strukturelle forhold i sundhedsvæsenet

Strukturelle forhold og ændringer af disse påvirker naturligvis det danske sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet er primært offentligt finansieret, hvorfor økonomiske konjunkturer, politisk-økonomisk prioriteringer og råderum er af betydning for den økonomiske ramme sundhedsvæsenet eksisterer inden for. Strukturelle ændringer kan bidrage til at løse udfordringer i sundhedsvæsenet, mens selv samme ændringer samtidigt kan afstedkomme nye udfordringer. Den teknologiske og medicinske udvikling vekselvirker med de strukturelle forhold, da nye teknologiske muligheder afstedkommer et behov for at gentænke strukturelle forhold, lovgivning mv.

Over de sidste to årtier er sygehusvæsenet blevet mere samlet og specialiseret, samtidigt med, at behandlingskvaliteten på en række områder er markant forbedret. Aktiviteten på sygehusene er steget betydeligt, den gennemsnitlige liggetid er blevet reduceret og en stor del af behandling er omlagt til ambulant funktion. Samtidigt har det primære sundhedsvæsenet fået stadig flere og mere komplekse opgaver som følge af blandt andet ændringerne i befolkningens sygelighed og de kortere indlæggelser.

Tendensen til centraliseringen i sygehusvæsenet er ikke ny. Allerede i 1929 anbefalede Sundhedsstyrelsen oprettelser af centralsygehuse i alle regioner med samling af en række funktioner. Ligeledes var der ved kommunalreformen i 1970, hvor amter blev reduceret fra 22 til 14, overvejelser ift. befolkningsunderlag for specialer og sygehuse. Det var dog først i 1990'erne, at et stigende fokus på faglig kvalitet og specialisering begyndte at udmønte sig. Det betød et nationalt fokus på specialisering og centralisering af sygehusydelser med udgangspunkt i et princippet "kvalitet frem for nærhed". En del af dette fokus var kirurgiprojektet i 1990´erne, hvor man så på strukturen for varetagelse af kirurgiske funktioner. På den baggrund anbefalede Sundhedsstyrelsen i 1998 en struktur med funktionsbærende kirurgiske enheder med et befolkningsunderlag på 200 – 250.000 som skulle varetage basiskirurgien. Amterne forpligtes i 1999-2000 i økonomiforhandlingerne med finansministeriet til at indføre funktionsbærende enheder.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1996 og 2001 *vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet*, der gav anbefalinger til organisering af behandlinger på sygehuse, og som var forløbere til den senere specialeplanlægning.

Samlingen af funktioner og centralisering af sygehusvæsenet var således allerede begyndt men blev accelereret med strukturreformen fra 2007.

Strukturreformen, akutområdet og et ændret sygehuslandskab

Med strukturreformen i 2007 ændrede sygehuslandskabet sig med ændringen fra 13 amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab til fem nye regioner, hvis hovedopgave blev sundhedsområdet samt reduktionen fra 270 kommuner til 98. På tværs af de fem regioners sygehusvæsener var der behov for at sikre ensartede tilbud og en regulering af de mest specialiserede sygehusopgaver. Sundhedsstyrelsen fik øgede beføjelser med Sundhedsloven i 2007, hvor styrelsens mulighed for national regulering af rammerne ved specialeplanlægning blev skrevet ind i loven. Et væsentligt mål med Sundhedsloven var at højne kvaliteten gennem blandt andet specialeplanlægning, der i Sundhedsstyrelsens arbejde blev baseret på et fagligt princip om "øvelse gør mester"; en sammenhæng mellem volumen, erfaring og kvalitet, herunder forekomst, kompleksitet og ressourceforbrug.

I foråret 2006 besluttede det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning, at det danske akutberedskab skulle gennemgås, fordi de forventede ændringer i akutmodtagelsen ville få betydning for den overordnede sygehusstruktur. Gennemgangen af akutområdet var en optakt til en gennemgang af samtlige specialer, set i lyset af at store ændringer formentligt ville få konsekvenser for gennemgang af de fleste specialer samt for de fysiske rammer, herunder hospitalsplanlægningen. Man forventede ændringer og samlinger af en række funktioner på akutområdet i lyset af de øgede faglige krav til og yderligere specialisering af sygehusene herunder akutmodtagelserne, som var erkendt gennem 1990'erne.

På grundlag af gennemgang af litteratur, aktivitetstal for det akutte beredskab samt konsekvensanalyser af henholdsvis etablering af fælles akutmodtagelser og rådighed af faciliteter og via rådgivning af en ekspertgruppe udarbejdes anbefalinger til et styrket beredskab i 2007[28]. Som det også var forventningen har anbefalingerne haft omfattende konsekvenser for sygehusorganiseringen siden, hvilket også blev anerkendt, da der blev lagt op til en implementeringsperiode på 5-10 år. Sundhedsstyrelsen anbefalede, at der var et befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelser på 200.000-400.000 indbyggere. Dette betød, at antallet af akutmodtagelser blev halveret.

[28] Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger til et styrket akutberedskab,* 2007, https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/PLAN/Akutberedskab/StyrketAkutberedskab,-d-.pdf.ashx

Udkast

Samtidigt blev der givet anbefalinger til fysiske forhold samt hvilke specialer der henholdsvis skulle burde byde rådighedsvagt eller tilstedeværelsesvagt. Sidstnævnte havde betydelige konsekvenser og realismen i emnet var et væsentligt spørgsmål i rapporten vurdering af den akut medicinske indsats[29] fra 2005, hvor det også er vist, at de daværende 43 akutmodtagelser kun i mindre omfang havde tilstedeværelse af speciallæger i andre specialer end anæstesiologi – fx havde kun 26 procent tilstedeværelse af speciallæge i et intern medicinsk speciale.

Ligeledes var der anbefalinger til kompetencer og faciliteter på traumecentre samt anbefalinger til centrenes organisering og til samarbejde herunder anbefalinger om udarbejdelse af landsdækkende visitationsretningslinjer for svært tilskadekomne patienter.

For at sikre en rettidig præhospital indsats af høj kvalitet, i lyset af, at mange mennesker ville bo længere fra en akutmodtagelse efter implementering af anbefalinger, blev der givet en række anbefalinger til det præhospitale beredskab, herunder til kompetencer, telemedicinske løsninger, fælles præhospitals journaler, visiteringer og organisering af alarmcentralen og AMK.

I økonomiaftalerne 2008 og 2009 og via kvalitetsreformen blev der afsat midler til investering i nyt sygehusbyggeri, der skulle udmøntes via Erik Juhl-udvalget[30]. De nydannede regioner gik således i gang med en udviklings- og centraliseringsproces, der blev udarbejdet sygehusplaner, og i de efterfølgende år blev der investeret historisk stort i sygehusbyggeri og apparatur. Der er tale om byggeprojekter, der stadig er i gang i dag. Samtidigt med, at nye super sygehuse er bliver bygget, er der lukket en stribe mindre sygehuse, fx sygehuset i Kalundborg, Ringsted, Nakskov, Haderslev, Fredericia, Grenaa, Skanderborg og Brovst. Der vil når sygehusene står færdigt være 21 sygehuse i Danmark, der modtager akutte patienter døgnet rundt.

[Samlet antal sygehuse + Korte historiske tal og grafisk/kartografisk fremstilling af sygehusudviklingen]

Specialeplanlægning og kræftplaner

Specialeplanlægning dækker over Sundhedsstyrelsens regulering af de særligt komplekse opgaver i sygehusvæsenet, hvor styrelsen dels definerer hvilke opgaver, der er behov for at regulere, stille krav til varetagelse af, og afgøre hvem, der må varetage. Formålet med specialeplanlægningen er at sikre høj faglig kvalitet den særligt komplekse og specialiserede behandling og helhed i patientforløbene under hensyn til en effektiv ressourceudnytte. Dette gøres gennem sikring af robusthed og volumen i forhold til det samlede patientvolumen, at behandling varetages af et sufficient antal steder i landet.

Før strukturreformen i 2007 kunne Sundhedsstyrelsen i henhold til "vejledning vedr. Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner" alene rådgive omkring varetagelsen af specialfunktioner. Med sundhedsloven i 2007 blev specialeplanlægningen som styringsinstrument skrevet ind i loven, ligesom alle regioner i dag er forpligtet til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv.

Specialeplanlægning er som nævnt en lovbunden opgave, og Sundhedsstyrelsen har i henhold til sundhedsloven § 208 således den lovgivningsmæssige kompetence til at oprette og nedlægge specialfunktioner, samt til at tildele og fratage godkendelser af varetagelsen af specialefunktioner. Specialeplanlægning omfatter de offentligt finansierede opgaver på sygehusområdet og vedrører således varetagelsen af patientbehandling for offentlige midler i såvel offentligt som privat regi,

[29] Sundhedsstyrelsen, *Vurdering af den akut medicinske indsats i Danmark*, 2005, https://www.sst.dk/-/media/Opgaver/Sundhedsv%C3%A6sen/Sygehusplanl%C3%A6gning/Specialeplanl%C3%A6gning/Regionale-baggrundsgruppe/bilag-9-vurdering_akut_medicinske-indsats.ashx?la=da&hash=8DD23016E5DF71CF04465EA9EBA73E2EFB322387

[30] Regerings ekspertpanel, *Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering I og II*, 2008 og 2010

Udkast

herunder de private specialsygehuse jf. sundhedsloven § 79. Der skelnes mellem hovedfunktionsniveau og specialfunktionsniveau, hvor sidstnævnte opdeles i henholdsvis regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, hvilket tidligere var benævnt lands- og landsdelsfunktioner. Som styringsinstrument er det blandt andet særligt ved specialeplanlægning, at det står i loven, at der skal være et rådgivende udvalg, hvor det er specificeret, hvem der skal deltage; blandt andet de lægevidenskabelige selskaber, regioner og styrelse, ligesom regionerne er forpligtet til at indhente rådgivning hos styrelsen.

Selve udmøntningen af specialeplanlægning er sket via ansøgningsrunder, 2010 og 2016, hvor de forskellige specialefunktioner er defineret, hvorefter der har været en samlet regional og privat ansøgningsrunde til varetagelse af funktionerne. Der er på nuværende tidspunkt omkring 1.000 specialefunktioner fordelt ujævnt i 37 forskellige specialer. Der følger en række kernekrav i relation til varetagelsen af specialfunktioner, herunder krav til kapacitet og robusthed, kompetencer og samarbejder og sammenhæng til andre specialer herunder understøttende sygehusfunktioner. Endvidere er der et krav om dokumentation af kvalitet, herunder indberetninger til kvalitetsdatabaser, samt reaktion på kvalitetsmonitoreringer. Ved robusthed forstås, at funktionen kan varetages døgnet rundt hele året. Udgangspunktet er, at der som minimum er tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialfunktion og at der er kompetencer fra andre relevante faggrupper. Endvidere forudsættes det, at sygehuset, der varetager en specialefunktioner varetager forskning- og udviklingsopgaver i relation til funktionen.

Regioner og private sygehuse, der varetager specialefunktioner skal årligt afgive statusrapporter til Sundhedsstyrelsen om opfyldelse af krav til specialefunktioner. Disse udgår kernegrundlaget for Sundhedsstyrelsens overvågningen af varetagelsen og udviklingen inden for de specialiserede funktioner. Endvidere har der siden 2016 været en monitorering af udvalgte specialefunktioner.

Mellem ansøgningsrunderne kan der ved behov ske ændringer af varetage af funktionerne, og funktioner kan oprettes eller nedlægges[31,32].

Specialeplanlægningen har haft omfattende indflydelse på opgavevaretagelse og organisering på de danske sygehuse og inden for mange specialer. Eksempelvis har centraliseringen af udredning og behandling af kræft og hjertesygdomme været en vigtigt for den øgede kvalitet på de områder. Specialeplanlægningens fokus på det specialiserede kan dog også i et vist omfang have haft en række afledte effekter, der har lagt hindringer for at løfte de ikke-specialiserede opgaver i sygehusvæsenet, som udgør hovedparten af sygehusaktiviteten. I en afdækning fra KORA[33], findes blandt lægelige direktører, at specialeplanlægningen er nødvendig, men at den øgede centralisering forværrer mulighederne for brede funktioner og gør det sværere at rekruttere speciallæger til sygehuse og afdelinger, der ikke har specialfunktioner.

Der blev omkring årtusindeskiftet identificeret betydelige udfordringer på kræftområdet, herunder betydelige ventetider, begrænset kapacitet, øget dødelighed sammenlignet med øvrige lande. Kræftområdet har siden da været højt prioriteret, og grundet en struktureret, gradvis og langsigtet opbygning af sundhedsvæsenets indsats med en faglig og ressourcemæssig styrkelse, kan kræftområdet i dag betragtes som en af de største nyere successer i det danske sundhedsvæsen.

De strukturelle indsatser på kræftområdet er indrammet af Kræftplan I-IV. Ved kræftplan I blev der sikret en betydelig udvidelse af kapacitet, fx på skannere og strålekanoner og ekspertise, herunder via centralisering af behandlinger samt etablering af kliniske kvalitetsdatabaser. Sideløbende

[31] Sundhedsstyrelsen, *Specialeplanlægning – begreber, principper og krav*, 2015, https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Specialeplanl%C3%A6gning-begreber-principper-og-krav.ashx?la=da&hash=D903ED6C047072ADB268E15C50ED8EDAD6DBF656
[32] VEJ nr. 9053 af 27/01/2014, Vejledning om udmøntning af sundhedslovens §208 om specialeplanlægning, https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9053
[33] KORA, Specialeplanlægning, set fra akutsygehusenes perspektiv, 2015

Udkast

og senere blev de nationale screeningsprogrammer for kræft iværksat, i første omgang brystkræftscreening, dernæst livmoderhalskræftscreening og senere screening for tyk og endetarmskræft.

Ved kræftplan II blev kræftpakkerne og de lokale multidisciplinære teams indført, og sideløbende blev de Danske multidisciplinære cancergrupper (DMCG) etableret. Kræftpakkerne beskriver standardudrednings- og behandlingsforløb samt forløbstider, og har været med til at sikre rettidig ensartet udredning og behandling af patienter, hvor der var mistanke om kræft. Samtidigt blev patienter med (mistanke om) kræft givet en række lovsikrede ventetidsrettigheder i 2006[34]. Samlingen af kræftbehandlingen, særligt den kirurgiske, var både et fokus i kræftplan I og II, og blev særligt understøttet efter strukturreformen og ikrafttrædelsen af sundhedsloven i 2007, der gav Sundhedsstyrelsen forpligtigelse til specialeplanlægning og dermed faglig relevant centralisering af blandt andet kræftbehandlingen. Med den nationale specialeplan som grundlag for øget specialisering og centralisering af bl.a. kræftoperationer er der skabt et højt kompetence- og behandlingsniveau fordelt over landet.

I de seneste kræftplaner har fokus været på opfølgningen efter behandling for kræft, herunder kontrolforløb, indsatser for rehabilitering og senfølger samt fokus på sektorovergange. Endvidere er den faglige evidensdrevne udvikling hos DMCG'erne konsolideret via afsætning af midler til systematisk udvikling og vedligeholdelse af de landsdækkende kliniske retningslinjer. Ligeledes har der været fokus på patienter med uspecifik kræftmistanke ved oprettelse af diagnostisk pakkeforløb, som er fuldt af oprettelse af organisatoriske enheder i regionerne til varetagelse af denne patientgruppe.

De danske tiltag er sket sideløbende med, at der internationalt har været en rivende udvikling i udredning og behandling af en lang række kræfttyper.

[grafer/tal over øgede aktivitet på kræftområdet]

Psykiatrien halter efter

Behandlingen af mennesker med psykiske lidelser har gennemgået en markant udvikling henover årene. Fra 1950'erne og frem bar udviklingen præg af en afinstitutionalisering, fokus på udvikling af diagnostik og effektive behandlinger frem for opbevaring samt fokus på recovery og mulighederne for at leve et godt liv med sin sygdom eller at komme sig helt. Behandlingen af først børn og siden unge blev gradvist udskilt af voksenpsykiatrien, og de første særskilte børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger blev etableret. I 1994 blev specialet børne- og ungdomspsykiatri etableret som selvstændigt speciale.

I 1976 overgik den statslige særforsorg for mennesker med psykisk lidelse til amterne, mens resten af særforsorgen blev udlagt i 1980 (i forlængelse af den første kommunalreform). Det blev startskuddet til en udvikling, hvor de omfattede borgere frem for at have åre- eller livslange ophold på institutioner i stedet kunne få ophold på forskellige former for sociale botilbud, som frem til kommunalreformen i 2007 blev drevet af amterne. I takt hermed kom der mere fokus på sociale, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige indsatser. Op gennem 1980'erne blev der i stigende grad fokus på at støtte borgere med psykiske lidelser i at blive inkluderet i samfundet.

Den amtslige/regionale psykiatri har også gennemgået en omlægning fra stationær til ambulant behandling. Op igennem 1990'erne blev distriktspsykiatrien – i form af ambulante, tværfaglige, lokalt etablerede behandlingstilbud – udbygget over hele landet.

De seneste 20 år er der sket en markant udvikling i indsatsen til mennesker med psykiske lidelser. Både på sygehusene og i de kommunale tilbud. Der er over tid arbejdet med at nedbringe venteti-

[34] https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1749

Udkast

der til udredning og behandling i sygevæsenet, at øge kompetencerne i indsatsen både på sygehuse og i kommunerne, og der er udviklet kvalitetsmodeller og pejlemærker for indsatsen samt skabt nye, moderne rammer med bl.a. nye sygehusbyggerier.

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne det samlede ansvar for sociale indsatser til mennesker med psykiske lidelser under Serviceloven og nye opgaver inden for bl.a. misbrugsbehandling under Sundhedsloven. Ansvaret for behandlingen af mennesker med psykiske lidelser på sygehuse og i praksissektoren blev placeret i regionerne, da man med ændringen ønskede at skabe en klar og entydig ansvarsfordeling samtidig med, at de nye opgaver i højere grad skulle løses kvalificeret, i nærmiljøet og i tæt samspil med kommunernes øvrige tilbud. Efter reformen blev det nu den enkelte kommunes opgave at vurdere og beslutte hvilke tilbud, borgeren skal have inden for servicelovens rammer.

For at understøtte samarbejde på tværs af sektorer blev det med Sundhedsloven fra 2007 lovfæstet, at regioner og kommuner udarbejder sundhedsaftaler for at sikre sammenhæng og koordination af tværsektorielle patientforløb. Det blev desuden fra 2007 via serviceloven lovpligtigt for kommunerne indbyrdes og med regionerne at indgå årlige sociale rammeaftaler, der har til formål at sikre udbud af de nødvendige specialiserede sociale tilbud, herunder til borgere med psykiske lidelser.

I løbet af de seneste ti år har der været fokus på at ligestille mennesker med psykisk sygdom ved at styrke deres rettigheder. I 2015 fik mennesker med behov for psykiatrisk udredning- og behandling samme rettigheder til udredning og behandling (30 dage til udredning og, fra 2016, 30 dage til behandling) som somatiske patienter. Psykiatriloven er endvidere revideret flere gange med sigte på at sikre rettigheder og klagemuligheder for patienter, der udsættes for tvang.

Psykiatrien har historisk været adskilt fra det somatiske sygehusvæsen. Adskillelsen bunder i en sygdomsopfattelse, som skelner mellem kropslige (somatiske) og sjælelige (psykiske) lidelser. Denne opdeling har en kulturhistorisk baggrund i den vestlige verden, hvor mennesket er anset opdelt i to substanser, legemet og den tænkende substans. Opdelingen udfordres i stigende grad både af den medicinske udvikling, men særligt, da organisatoriske opdeling i sig selv forhindrer sammenhængende forløb for patienter, der både har behov for psykiatrisk og somatisk behandling.

Sundhedsstyrelsens akutrapport fra 2007 omfattede kun modtagelse af patienter med akut somatisk sygdom og ikke patienter med akut psykiatrisk sygdom. Det blev dog i rapporten anbefalet, at den snarest muligt suppleredes med anbefalinger vedrørende akut modtagelse af patienter med psykisk sygdom. Det afstedkom anbefalinger til den akutte indsats i psykiatrien i 2009[35]. Væsentlige anbefalinger i denne sammenhæng var sikring af formaliserede "*akutte psykiatriske tilbud til psykisk syge i alle aldre"*, og at tilbuddet bør være i fysisk tilknytning til psykiatrisk afdeling, men også at det på længere "*sigt må anses for ideelt, at den akutte psykiatriske modtagelse også placeres i nær fysisk/geografisk nærhed til den somatiske fælles akutmodtagelse"*. Sidstnævnte er en udvikling, der er under implementering i alle regioner. Som beskrevet i afsnit 9.1.2 er der store folkesundhedsmæssige udfordringer ift. psykiske lidelser. Disse udfordringer samt de organisatoriske og strukturelle udfordringer for at løse dem har været et sundhedspolitisk opmærksomhedspunkt også gennem de sidste, herunder ved to politisk vedtagne handlingsplan fra henholdsvis 2014 og 2018.

Trods de forskellige udfordringer på psykiatriområdet er velkendte beskrives i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10-års planen for psykiatrien, hvordan de forskellige strukturelle tiltag på området i vid udstrækning har været spredte usammenhængende og sporadisk implementeret gennem

[35] Sundhedsstyrelsen. *Den akutte indsats i psykiatrien – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen*, 2009

Udkast

puljefinansierede og midlertidige forsøgsprojekter, der ikke har været sammentænkt ud fra en fælles faglig retning og ambition for området eller med udgangspunkt i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser, hvor det ikke er lykkedes at realisere en handlingsplan, der understøtter et samlet løft af indsatsen på tværs af det samlede psykiatriområder.

Der er i samme oplæg beskrevet muligheder for at løfte området inden for en række forskellige tematikker. [udfoldes]

Der er således både betydelig udfordringer inden for psykiatrien, men der er samtidigt lagt op til en række tiltag på område, som vil kunne løfte området over de næste ti år.

Primær sektoren herunder praksisområdet
Opgavefordelingen mellem kommuner og regioner blev ændret i forbindelse med strukturreformen i 2007. Hvor strukturen for både regioner og kommuner således ændrede sig markant, er der ikke på tilsvarende vis sket samme markante ændringer af strukturen i praksissektoren. Det peger på en række udfordringer i relationer til praksisområdet, herunder et uforløst potentiale i forhold til almen praksis som styrket samarbejdspart i det samlede sundhedsvæsen og et udækket behov for specialespecifik specialistrådgivning til almen praksis. Aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og KL om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) søger at adressere denne udfordring.

Centraliseringen og specialiseringen af behandlingen på sygehusene har medført, at patienter, der ikke har behov for specialiseret behandling, i højere grad behandles i primær sektor. Der har således til trods for, at der ikke har været større strukturelle tiltag på praksisområdet, været betydelige ændringer i opgavevaretagelsen. En del opgaver, der tidligere lå hos sygehusene, ligger nu i praksissektoren. En række af opgaveflytningerne er implementeret på baggrund af aftaler mellem de praktiserende læger og regionerne. Derudover har organiseringen af de praktiserende læger ændret sig, så der løbende er blevet færre solopraksisser og samtidigt flere flerlægepraksisser. Det er en udvikling, der er understøttet jf. blandt andet rapporterne "Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis" (2008) og "Lægedækning i hele Danmark" (2017). Samtidigt har der været en - fagligt og politisk tilskyndet - organisatorisk tendens gående mod samling af forskellige behandlingstilbud fra primærsektoren i sundhedshuse.

Udviklingen i behandlingsformer og tendensen mod kortere indlæggelsestider samt ambulant behandling på sygehusene, medfører alt i alt en betydelig større aktivitet i det primære sundhedsvæsen, hvor kommuner og praksissektoren har fået flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet.

Den demografiske udvikling og udviklingen i forekomsten af multisygdom betyder, at det primære sundhedsvæsen står over for en betydelig opgave ift. pleje, forebyggelse og behandling af patienter med særligt kroniske men også livstruende sygdom. Tendensen er, at indsatsen til borgere med kroniske sygdomme og ældre borgere, så vidt muligt skal foregå i tæt på borgeren eller i borgerens eget hjem, og det primære sundhedsvæsen spiller dermed en stadig større rolle ift. forebyggelse, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med kroniske sygdom.

Den stigende sociale ulighed i sundhed og det øgede behov for indsatser mod psykisk mistrivsel har også medført ændrede sundhedsopgaver for primærsektoren.

Centrale strukturelle udfordringer for primærsektoren omhandler uensartet lægedækning både ift. almen praksis men også i forhold til øvrige praksisformer, herunder psykologpraksis i nogle områder af Danmark. Udfordringerne afstedkommer, at personer i nogle område risikerer at stå uden egen læge, og at der i områder af Danmark kan være lang ventetid hos praktiserende speciallæger og psykologer. Endvidere er der uensartede kommunale behandlingstilbud og i et vist omfang

Udkast

et manglende overblik over disse på tværs af kommuner. Flere politiske initiativer er iværksat for at løse problemerne ift. lægedækningen af almen praksis.

Teknologisk udvikling og digitalisering

Den teknologiske/medicinske udvikling de sidste to årtier har været enorme og har haft stor betydning for sundhedsvæsenet, hvor store landvindinger inden for diagnostik og behandling har givet et stort løft i behandlingskvaliteten. Eksempelvis har indførelsen og udbredelse af endoskopiske metoder muliggjort mere skønsom behandling inden for mange kirurgiske områder. Adgangen til avanceret billeddiagnostisk såsom PET-baserede undersøgelser af kræftpatienter har øget præcisionen af udredningen i høj grad, hvilket igen har muliggjort mere skønsom og/eller præcis behandling. Udviklingen af lægemidler inden for en række områder har ligeledes været revolutionerende, fx udbredelsen af immunologisk baseret behandling til patienter med autoimmune sygdomme og nogle kræftsygdomme ligesom antivirale behandling har muliggjort at patienter med kroniske leversygdom kan kureres. Samtidigt betyder den molekylærmedicinske udvikling, hvor fx genetiske analyser af patienten eller patientens kræftsygdom, at behandlingen kan gøres mere personlig.

På samme måde som den teknologiske udvikling har digitaliseret samfundet, her den også ændret sundhedsvæsenet centralt. Sundhedsstyrelsen satte i 1996 fokus på de nye it-muligheder med oprettelsen af 'kontoret for sundheds-it'. I 2008 overtog den offentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark denne opgave, og senere er der udarbejdet nationale strategier for digital sundhed.

I dag muliggør elektroniske patientjournaler udveksling af oplysninger mellem afdelinger og sygehuse. Det samme gør it-systemer, der understøtter billeddannende undersøgelser, biokemiske undersøgelser, medicinordinationer mv. Samtidigt har borgerne fået mere direkte adgang til egne sundhedsdata, fx ved sundhed.dk. Henvisninger sendes i dag altovervejende elektronisk, og via standardiserede skabeloner.

Den øgede digitalisering giver et strukturelt grundlag for bedre kommunikation mellem sundhedspersoner til gavn for samarbejdet i sundhedsvæsenet og på tværs af sektorer og mellem patienter og sundhedsvæsenet. Samtidigt giver det mulighed for en mere aktiv inddragelse af patienter, bedre registrering, kvalitetsopfølgning og forskning.

Fremadrettet forventes bl.a. genomisk medicin (genomics) og digitale teknologier (fx apps, sensorer, robotics) at kunne forebygge, og forudse et stigende antal sygdomme, og vil blive endnu mere udbredte i behandling[36]. Teknologierne muliggør, at patienten i højere grad sættes i centrum og behandles hjemme eller tættere på hjemmet. Der ligger en stor opgave med at kunne omsætte og udbrede de nye teknologier til praksis i sundhedsvæsenet, som også kan påvirke organisering af hvilke enheder og faggrupper, der leverer forskellige sundhedsydelser. Alt andet lige vil det ændre kompetencebehovene hos sundhedspersonale og fx øge behovet for digitale kompetencer (anvende ny teknologi), omstillingsevne samt kunne agere etisk forsvarligt i de nye dilemmaer nye behandlingsmuligheder og teknologier skaber.

Økonomisk prioritering

Der er i Danmark en tradition for, at velfærdsydelser i vid udstrækning er offentligt finansierede, og sundhedsvæsenet har traditionelt været og er overvejende finansieret via skatter. Brugerbetaling spiller kun en betydelig rolle indenfor enkelte ydelser, fx tandsundhed, synshjælpemidler og køb af

[36] Kilde: NHS 2019: "The Topol Review - Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future" An independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care

Udkast

medicin. Siden årtusindeskiftet har private sundhedsforsikringer spillet en gradvis større rolle i finansieringen, om end deres samlede bidrag fortsat er begrænset. Filantropi og velgørenhed har historisk spillet en meget lille rolle i det danske sundhedsvæsen.[37]

Udviklingen i udgifterne har den seneste årrække været påvirket af den voksende andel af ældre personer, men naturligvis også af politiske prioriteringer, hvor der først og fremmest har været tale om prioriteringer, der har øget efterspørgslen på sundhedsydelser, fx udrednings- og behandlingsgarantier og pakkeforløb. Endvidere spiller særligt konjunkturudviklinger en rolle, da disse sammen med de politiske prioriteringer er afgørende for udviklingen i bevillingerne til sundhedsområdet.

Efter velfærdssamfundet fremkomst steg udgifterne til sundhedsvæsenet betydeligt. Særligt op gennem 1970'erne var der et øget fokus på offentlige udgifter, hvorfor udgiftsbegrænsning var en central sundhedspolitisk prioritering fra midten af 1970'erne. I 1982 blev indført rammebevilliger til sygehusene. I 90erne begyndte udgifterne til sundhedsvæsenet igen at stige. Afledt deraf kom et sundhedspolitisk fokus på konkurrence, effektivitet og kvalitet. Som nævnt tidligere, fik patienterne i 1993 frit sygehusvalg, hvilket skulle medvirke til at øge netop disse parametre. I år 2000 blev de kombinerede bevillinger indført, i første omgang, den såkaldte 90/10 ordning, hvor sygehusene fik en grundbevilling på 90 procent af den forventede samlede bevilling, og 10 procent som aktivitetsafhængig finansiering. Aktuelt finansieres det regionale sundhedsvæsen via et statsligt bloktilskud og en nærhedsfinansiering, mens også kommuner medfinansiere regionernes udgifter via et aktivitetsafhængigt bidrag fra kommunerne samt et udviklingsbidrag fra kommunerne.

Fra 1999 har offentlige sygehuse gennem aftaler mellem Amtsrådsforeningen/Danske Regioner og regeringerne været underlagt krav om årlig effektivisering på to procent uden brug af flere ressourcer. Dette effektiviseringsgreb havde oprindeligt de lange ventelister på operationer og behandlinger på sygehusene for øje. Indtil 2007 lød kravet på 1,5 procent, hvorefter det steg til to procent. Kravet blev fjernet som en del af finanslovsforhandlingerne i 2017.

[Finansiering af sundhedsområdet via SATS-puljer og andre øremærkede FL-bevillinger]

[Øremærkede midler ifm. særlige områder fx kræftplaner, finansiering af politisk initiativer på andre områder]

De danske sundhedsudgifter ligger som andel af bruttonationalproduktet i den øvre del sammenlignet med andre EU-lande. Forskellige afgrænsninger af begrebet sundhedsudgifter, særligt i forhold til plejesektoren betyder dog, at der er usikkerhed om denne vurdering. I en analyse[38] fra 2014 bestilt af Danske Regioner findes, at "*danske sundhedsudgifter ekskl. udgifter til pleje og omsorg(…) er lave og absolut blandt de laveste i Nordvesteuropa og på en 19, plads blandt de 24 OECD medlemslande"* og *"Danske sundhedsudgifter har udvist den på lang sigt laveste vækst fra 1971 og frem".*

Ibrugtagning af nye behandlinger som nævnt ovenfor kræver store investeringer i arbejdskraft, udstyr, materialer og bygninger. Når det sker samtidigt med, at der er et fokus på økonomistyring medfører det et skærpet behov for prioriteringer for at sikre en retfærdig fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet. En række redskaber har været brugt ift. at understøtte denne prioritering.

I 2000'erne udgav Sundhedsstyrelsen medicinske teknologivurderinger[39] på en række områder. I disse blev inddraget økonomiske vurdering af sammenlignelige medicinske teknologier, så man

[37] Olejaz et al: *Health Sytems in Transition – Denmark*, 2012
[38] Søgaard Advice. *Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?*, 2014
[39] Sundhedsstyrelsen. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, 2007, https://www.sst.dk/~/media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx

Udkast

"dermed kunne konkludere hvilken af teknologierne, der bør foretrækkes ud fra et økonomisk perspektiv". Senere har Sundhedsstyrelsen udgivet en lang række National Kliniske Retningslinjer (NKR) på områder hvor der blandt andet kan være stort ressourceforbrug. Formålet med NKR at komme med svar på en række konkrete kliniske problemstillinger på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning har ligeledes et element af prioritering, da den medvirker til ressourceeffektive patientforløb ved at sikre robusthed og patientunderlag. Et eksempel på sidstnævnte er beslutningen om placering af ét behandlingssted for protonbehandling i Danmark. [KRIS, RADS, Medicinråd, Behandlingsråd].

Der har således gennem tiden har været iværksat en lang række tiltag for at tilskynde effektiviseringer og omkostningseffektiv brug af behandlinger for at begrænse sundhedsudgifterne. Efterspørgslen efter sundhedsydelser er dog steget betydeligt i samme periode, både grundet den demografiske udvikling, men også grundet indførelsen af udrednings- og behandlingsgarantier, pakkeforløb, ibrugtagning af nye behandlinger mv.

Prioritering er på den baggrund også blevet et større tema i debatten om sundhedsvæsenet de seneste år. [efterspørgsel efter politisk prioritering kontra øget kliniknær prioritering]

En øget forbrug af private sundhedstilbud

Det danske sundhedsvæsen er som nævnt først og fremmest offentligt finansieret. En ikke-ubetydelig del af sundhedsydelserne gives af private virksomheder, der finansieres via sygeforsikringen, fx privatpraktiserende speciallæger og almen praksis (fraset regionsklinikker). Endvidere køber regionerne en række rutineundersøgelser og behandlinger, primært kirurgisk behandling, på privat hospitaler og i speciallægepraksis. Sidstnævnte understøttes af en række patientrettigheder og regionspligter ift. udredning og behandling.

Over de sidste tyve år er der sket en stigning i private sundhedstilbud, som ikke er offentligt-finansieret. Der skyldes først og fremmest en stor stigning i antallet af personer med private sundhedsforsikringer, særligt gennem deres arbejdspladser. Sundhedsydelserne, der finansieres via de private sundhedsforsikringer, er primært behandling hos fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og psykiatere og i mindre omfang til operationer[40].

Inden for de seneste år er der tilkommet private sundhedstilbud inden for områder, hvor de ikke tidligere er set, fx private vagtlægetilbud og mulighed for online konsultationer med læger, psykologer diætiser mv.

Det må antages, at stigningen i de private sundhedsforsikringer skyldes en kombination af, at virksomheder vurderer, at de har en egeninteresse i at tilbyde disse til deres medarbejdere i forventning om, at det kan nedbringe sygelighed mv., samt at der særligt i den ressourcestærke del af befolkningen er en stigende forventning til, hvad der tilbydes i sundhedsvæsenet herunder ift. tilgængelighed.

De private sundhedsforsikringer og sundhedstilbud er vanskeligt tilgængeligt for den ressourcesvageste del af befolkningen, grundet begrænsede økonomiske midler, arbejdsløshed/overførselsindkomster mv. Det gælder selvfølgelig særligt for de særligt udsatte personer, herunder hjemløse og personer med alvorlig psykiske sygdomme såsom skizofreni mv.

Stigningen i private sundhedstilbud kan da også øge ulighed i sundhed via en række mekanismer. Det kan ske ved, at sundhedsudbyderne fx psykologer i højere grad retter deres ydelser mod personer med forsikringer. Samtidigt kan stigningen potentielt betyde, at kompetente sundhedspersoner, flytter deres arbejde fra det offentlige sundhedsvæsen til det private sundhedsvæsen, grundet

[40] https://www.forsikringogpension.dk/nyheder/2-15-mio-danskere-har-nu-en-sundhedsforsikring/

Udkast

oplevede forhold vedr. løn og arbejdsforhold. Sidstnævnte ses på nuværende tidspunkt både ift. sygeplejersker og jordmødre.

Potentielt udfordrer væksten i forbruget af privatfinansierede sundhedsydelser også samfundskontrakten omkring et offentligt finansieret sundhedsvæsenet med let og lige adgang.

En potentiel udfordring for den lægelige videreuddannelse ligger i det scenarie, hvor store dele af rutineundersøgelser inden for nogle specialer foretages på hos private sundhedsudbydere, hvilket mindsker mulighederne for at opnå kompetencer i brugen af disse, så længe disse sundhedsudbydere ikke indgår i den lægelige videreuddannelse.

9.1.4. **Kvalitet og evidens**

I forbindelse med de stigende udgifter til sundhedsvæsenet og lange ventelister i 1990'erne var fokus på kvalitet og effektivitet. Den første nationale kvalitetsstrategi for sundhedsvæsenet[41] udgives i 1993. Formålet er først og fremmest et ønske om mere bred anvendelse af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet samt en fælles forståelse af og begrebsanvendelse. Generelt blev arbejdet med kvalitetsudvikling i midten af 1990erne kendetegnet ved lokalt forankrede projekter, drevet af enkelte aktører ("ildsjæle") med særlige interesse for området med iværksættelse af mange decentrale kvalitetsprojekter og gradvis etablering af kvalitetsenheder i amts- eller sygehusregi om end ikke lige højt prioriteret henover landet. For at sikre en landsdækkende koordinering og styring af kvalitetsudvikling etableres i 1999 et nationalt råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet med Sundhedsstyrelsens direktør, medicinaldirektøren, som formand med et tilhørende projektkoordineringsudvalg.

Den nationale strategi opdateres i 2002 for at styrke metoderne til vidensopsamling, kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling (blandt andet baseret på det Nationale Indikatorprojekt, Den Gode Medicinske Afdeling og Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser). Samtidig blev der afsat midler til at gennemføre forskellige initiativer.

Med en politisk aftale i november 2004 var der enighed om etablering af en fælles model for kvalitetsvurdering (Den Danske Kvalitetsmodel). I den forbindelse etableredes Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, som en selvejende institution, hvis formål var at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenets ydelser og synliggørelse af og information om kvaliteten i sundhedsvæsenet. Konkret skulle dette gøres ved etablering af en fælles dansk model for kvalitetsvurdering af sundhedsvæsenet ydelser baseret på fælles standarder og ved at inddrage danske og internationale kvalitetsvurderingseksperter. Modellen blev indført for en række dele af sundhedsvæsenet herunder offentlige og private aktører. Efter to akkrediteringsrunder og fra udgangen af 2015 blev akkrediteringsprogrammet udfaset på offentlige sygehuse, og i 2021 blev regeringen, Danske Regioner og KL enige om at udfase Den Danske kvalitetsmodel, hvormed IKAS lukker.

For en systematisk vurdering af den brugeroplevede kvalitet blev de Systematiske Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) igangsat i 2000. I første omgang udelukkende på det somatiske område men senere med udvidelse til psykiatrien (2005), fødende (2012) og akutmodtagelsen (2015).

I forlængelse af de tidligere nationale strategier lanceredes Det National Kvalitetsprogram[42] i 2016 som en del af en aftale mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Programmet består af 8 nationale mål for sundhedsvæsenet, nationale netværk af lærings- og kvalitetsteams samt et nationalt ledelsesprogram for ledere af ledere i regioner og kommuner. Den nye retning for arbejdet med kvalitetsudviklingen skal have større fokus på datadrevet udvikling og fagligt samarbejde.[43]

[41] Sundhedsstyrelsen. *Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, 1993
[42] https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det-nationale-kvalitetsprogram
[43] https://sum.dk/nyheder/2021/april/ny-tilgang-til-kvalitetsarbejde-i-sundhedsvaesenet-udfaser-den-danske-kvalitetsmodel-

Udkast

Parallelt til fokusset på kvalitet i 1990'erne får paradigmet omkring den evidensbaserede medicin rodfæste i Danmark. Tilgangen har til formål at afklare, om behandlingsmetoder mv. er dokumenteret virkningsfulde. At der bør være dokumenteret grundlag for, at en given behandling er sikker og virksom, er i dag en selvfølgelig i sundhedsvæsenet. Den evidensbaserede medicin er dog historisk set et nyt paradigme, der opstår i 1970erne, og først for får rodfæste i Danmark og sammenlignelige landes sundhedsvæsen i 1990erne, hvor blandt andet det første Cochrane Center blev grundlagt i Oxford (1991), samtidigt med en række arbejdsgrupper nedsættes med henblik på at udforme redskaber til at understøtte den evidensbaserede tilgang[44]. Baggrunden er et ønske om, at fremhæve systematiske undersøgelser af behandlinger, særligt metaanalyser og kontrollerede lodtrækningsforsøg, frem for klinisk erfaring, usystematisk indsamlet observation. Det første nordiske Cochrane institut blev etableret i Danmark i 1993 som en del af det internationale Cochrane samarbejde.

Paradigmeskiftet omkring den evidensbaserede medicin sætter aftryk i nye rammesætninger for sundhedsvæsenet i de følgende år.

På nationalt niveau er det særligt værktøjet *medicinsk* teknologivurdering (MTV), der er i fokus. Sundhedsstyrelsen udgiver i 1994 pjecen, *Medicinsk Teknologivurdering. Hvad er det?* I 1996 udgiver Sundhedsstyrelsen en national strategi for medicinsk teknologivurdering, som opdateres i 2008[45][46]. Arbejdet med de nationale rammer for medicinske teknologi vurdering er organisatorisk forankret i Sundsstyrelsen, og der udgives løbende nye nationale vejledninger vedr. medicinsk teknologi vurdering, herunder metodebøger i 2001[47] og 2007[48] Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering i 2001 og 2007. I 1999 udgives *vedledning om indførelse af nye behandling*[49], der beskriver hvornår ny behandling bør indføres i formelt forsøgsregi, og hvornår det ikke gør, men hvor der bør foreligge et beslutningsgrundlag samt kvalitetsopfølgning.

Det senere arbejde med Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) og oprettelse af organisatorisk enhed for evidens i Sundhedsstyrelsen er en naturlig viderebygning på arbejdet med evidensbaseret medicin. Sundhedsstyrelsen laver Nationale Kliniske Retningslinjer/Anbefalinger (NKR eller NKA) på en række områder. Formålet er at understøtte:

- Evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet
- Prioritering i sundhedsvæsenets indsatser
- Vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper

NKR er systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedsprofessionelle, som primær målgruppe, når de skal træffe beslutninger om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. En sekundær målgruppe er fx patienter/borgere og beslutningstagere, der ønsker større indsigt i forløbet.

Som en del af den nationale strategi fra 1993, anbefaledes, at der skulle arbejdes med at udbrede anvendelsen af landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Ved udarbejdelse af den næste national strategi, blev det konstateret, at der (i år 2000) var 57 kliniske kvalitetsdatabaser og der blev lagt op til, at "*implementering af referenceprogrammer og kliniske vejledninger fremover i langt højere grad skulle følges via de kliniske kvalitetsdataser for de enkelte sygdomsområder*" og at det

[44] Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992 Nov 4;268(17):2420-5. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032. PMID: 1404801. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1404801/
[45] Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. National strategi for medicinsk teknologivurdering, 1996.
[46] Sundhedsstyrelsen. National strategi for medicinsk teknologivurdering – bedre grundlag for planlægning og prioritering på sundhedsområdet, 2008, https://www.sst.dk/~/media/748C19AFA161498BAE39C7BDAB81CF29.ashx
[47] Sundhedsstyrelsen. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, 2001
[48] Sundhedsstyrelsen. *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, 2007
[49] VEJ nr. 11052 af 02/07/1999 Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsnet, https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/1999/11052

Udkast

skulle "*tilstræbes, at de store sygdomsgrupper bliver omfattet af landsdækkende kliniske databaser…"*.

De kliniske kvalitetsdatabaser indeholder oplysninger om patienters sygdom og forløb i sundhedsvæsenet. Formålet er at belyse sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe patienter. Forhold vedr. godkendelse og drift af kliniske kvalitetsdataser samt indberetningspligt til centrale myndigheder fremgår af Sundhedsloven er beskrevet indberetningskrav til centrale myndigheder. Regionerne har i 2011 oprettet Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) som en organisation, der er bygget op om de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. RKKP understøtter på nuværende tidspunkt 85 kliniske kvalitetsdatabaser. Omkring de kliniske kvalitetsdatabaser er der klinisk forankrede styregrupper, og der udgives årligt rapporter med opgørelse af trends mv.

I forbindelse med kræftplan I (2000) blev der anbefalet etablering af kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet i et samarbejde mellem sygehusejerne og de klinisk og forskningsorienterede miljøer. Ved Kræftplan II (2005) de kræftspecifikke Danske Multidisciplinære Cancer Gruppers (DMCG) arbejdsområde beskrevet, herunder udarbejdelse af kliniske retningslinjer og oprettelse af kvalitets- og forskningsdatabaser. Ved kræftplan IV (2017) blev der afsat yderligere midler til styrket indsats omkring de kliniske retningslinjer, og sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet etableres.

[Specialeplanens fokus på udvikling og forskning]

[International udvikling: WHO og ECDC, CDC og NICE,]

Samtidigt med indførelsen af paradigmet om evidensbaseret medicin er den sundhedsvidenskabelige forskning blevet styrket. I 1995 afgav et udvalg nedsat af forskningsministeren en betænkning med oplæg til en national strategi for sundhedsvidenskab, NASTRA. I betænkningen blev det fremhævet, at et selvstændigt, men ikke enestående formål med sundhedsvidenskabelig forskning er at være grundlag for udvikling og kvalitet i sundhedsvæsenet. Endvidere blev det fremhævet, at der var behov for udvikling og tydeliggørelse af rammevilkår for forskningen. I 1999 blev der fuldt op på dette, da et udvalg nedsat af sundhedsministeren og forskningsministeren, udkom med rapporten 'Medicinsk sundhedsforskning vilkår og fremtid – med særligt henblik på sygehusområdet'[50].

[afrunding på hele 9.1.4]

9.1.5. **Defensiv medicin: tilsynsreformer mv.**

[skrives senere]

9.2. International udvikling vedr. lægelig videreuddannelse

[skrives senere]

9.3. Perspektivering og udfordringer

Formålet med revisionen af den lægelige videreuddannelse er at sikre, at den lægelige videreuddannelse tilpasses patienternes behov og kravene i fremtidens sundhedsvæsen. Sigtelinjen er sundhedsvæsenet i 2040.

[50] Medicinsk sundhedsforsknings vilkår og fremtid, https://ufm.dk/publikationer/1999/medicinsk-sundhedsforsknings-vilkar-og-fremtid

Udkast

På baggrund af forudgående afsnit og kapitler kan der identificeres en række tendenser, der vil være de dominerende udfordringer for sundhedsvæsenet i fremtiden. Samlet set ser sundhedsvæsenet på en række områder ind i en fremtid, hvor det skal håndtere velkendte udfordringer, der i nogle tilfælde er accentuerede, samtidigt med at nye udfordringer sætter nye rammer og perspektiver for sundhedsvæsenet.

I dette afsnit gives et overblik over hovedlinjerne i de udfordringer, der vil præge det danske sundhedsvæsen frem mod 2040 samt hvilke konsekvenser det vil have for den lægelige videreuddannelse, herunder hvordan den lægelige videreuddannelse skal udformes for at bidrage til at imødekomme patientens behov i fremtiden.

9.3.1. Udfordringsbilledet

1. Den demografiske udvikling og multisygdom
Den demografiske udvikling er en central udfordring for sundhedsvæsenet frem mod 2040. Vi bliver flere danskere, der vil være andelsmæssigt flere ældre. særligt blandt de allerældste (+80 år). Det vil betyde, at flere mennesker vil have behov for hjælp fra sundhedsvæsenet, både ift. sygdomsbehandling og i relation til pleje og rehabilitering. Ældre mennesker og deres særlige helbredsproblemer vil fortsat fylde relativt mere blandt de forskellige aktører i sundhedsvæsenet, og sundhedsindsatserne vil generelt blive mere komplekse, da ældre mennesker grundet alderen ofte vil have flere samtidige og/eller tidligere sygdomme samt funktionsnedsættelser samt være påvirket af naturlig alderssvækkelse. Den demografiske udvikling vil isoleret set udfordre finansieringen af sundhedsvæsenet.

Den demografiske udvikling betyder, at der i fremtiden er behov for flere læger og at flere læger har kompetencer inden for og viden om behandling af ældre mennesker. Udviklingen bør samtidigt afstedkommer et generelt fokus på kompetencer hos sundhedspersoner, herunder læger, der giver mulighed for effektiv opgaveglidning.

Samtidigt med den demografiske udvikling og delvist afhængigt af den og delvist afhængig af bedre sygdomsbehandling af (kroniske) sygdomme vil andelen af patienter med multisygdom stige hastigt. Det vil ligesom den demografiske udvikling gøre sundhedsindsatserne mere komplekse, og det vil ændre karakteren af patientkontakter og behandlingsbehov i retning af mere fokus på rehabilitering, funktionsniveau, stabilisering af kronisk sygdomstilstand. Det vil samtidigt betyde, at behovet for sundhedsydelser stiger betydeligt, hvilket er en central udfordring for sundhedsvæsenet, der risikere at ”sande til i patienter”.

Der vurderes, at der kun er mindre usikkerhed omkring de fremtidige udfordringer ift. den demografiske udvikling og udviklingen inden for multisygdom. Usikkerhederne relaterer sig primært til, i hvilket omfang, der vil være tale om sund aldring, hvor de ældre i højere grad end i dag, kan opretholde funktionsevne og evne til at understøtte egen sundhed ved egenomsorg og sundhedskompetencer, samt i hvilket omfang øget sundhed i den arbejdsduelige del af befolkning vil mindske den ændrede fordeling mellem den forsørgende og den forsøgende del af befolkningen.

En øget forekomst af multisygdom nødvendiggør et øget fokus på behandling af denne patientgruppe og ikke mindst i primær sektoren.

For at sikre bedre behandling og mere sammenhængende patientforløb, skal flere læger kunne varetage en større del af behandlingen, og der vil være behov for mere fælles viden/kompetencer på tværs af specialer og på tværs psykiatri og somatik. Endvidere er der behov for et fokus på lægelige kompetencer, der understøtter et bredere fokus på patientens sundhed herunder øget fokus på funktionsniveau, rehabilitering, patientinddragelse mv.

Udkast

2. Psykisk mistrivsel og psykisk sygdom

Udfordringer ift. psykisk sygdom består først og fremmest af utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng, utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i eksisterende tilbud, utilstrækkelig forebyggende og tidlige indsatser, stigmatisering og manglende ligestilling og utilstrækkelig faglig udvikling/forskning og manglende prestige.

Den lægelige videreuddannelse kan bidrage til at løse disse udfordring på en række områder. Fællesuddannelsesindhold og fokuserede ophold på tværs af psykiatri og somatik kan medvirke til at nedbryde nogle af de barriere, der er for forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos psykisk syge mennesker ligesom det kan bedre opsporing og udredning af psykisk sygdom hos patienter med somatiske sygdomme. Kompetencer, der øger lægernes muligheder for at tilbyde differentierede sundhedsindsatser med et fokus på patienternes ressourcer og evt. særligt udsattes patienters situationer, vil kunne bidrage ift. uligheden i sundhed.

Den mentale mistrivsel udfordrer særligt det primære sundhedsvæsen, hvor der er behov for at ruste lægerne med kompetencer, så de kan bidrage i at løfte området og understøtte ensartede og evidensbaserede tilbud af høj kvalitet primærsektoren, herunder i kommunerne.

3. Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser

Specialisering som fænomen er basalt set drevet af, at arbejdsdeling giver mulighed for øget produktivitet/effektivitet. Den stigende specialisering i sundhedsvæsenet over de sidste tyve år har været drevet af faglig udvikling og af et fokus på specialiseret hospitalsbehandling. Væksten i hospitalsansatte læger har langt overgået væksten af læger uden for hospitaler. I de seneste 10 år er der kommet 4.000 flere læger på hospitalerne, mens antallet af læger i primær sektor er uændret.

Hvor specialiseringen gør, at der kan tilbydes specialiseret behandling af høj kvalitet gennem forskning og indsigt i et mindre, afgrænset fagfelt – øvelse gør mester – så skabes der ikke nødvendigvis øget produktivitet/effektivitet set fra et sundhedsmæssigt perspektiv, da det kræver, at de forskellige ydelser er værdiskabende mod et fælles mål, hvilket kræver at forskellige sundhedsfaglige indsatser koordineres og styres. Der er derfor markante afledte effekter af specialiseringen og de fragmenterede sundhedsydelser, som i lyset af den demografiske udvikling og udviklingen i multisygdom, kan blive mere udtalte i fremtiden.

De afledte effekter kan anskues fra patientens side og fra systemets side. Den enkelte patient oplever, at blive behandlet af mange forskellige speciallæger, der i et vist omfang behandler uafhængigt af hinanden, hvilket kan være medvirkende til, at der ofte ikke er nogen, der tager det samlede ansvar på tværs af specialer. Specialiseringen og de fragmenterede patientforløb gør, at der er en betydelig organisatorisk ineffektivitet med unødvendige henvisninger, (gen)indlæggelser, abrupte forløb og suboptimal behandlingseffekt.

Samtidigt gør den stigende aktivitet og efterspørgsel efter sundhedsydelser det nødvendigt, at vi får mere sundhed for pengene. Aktiviteten i sundhedsvæsenet er steget meget de sidste tyve år, nye sundhedsområder ”trænger sig på” - fx mental sundhed og multisygdom - og har behov for løft. Samtidigt er indlæggelser på sygehusene korte og en større del af forløb af ambulante. Sygehusene risikere at sande til i patienter, hvis der ikke skabes bedre sammenhæng, hvor en større del af den ikke-specialiserede behandling sker tæt på patienterne. Det er både en udfordring for sygehusene og primærsektoren og kræver, at der skabes sammenhæng og mulighed, for at primær sektoren kan indhente den specialiserede viden fra sygehusene.

Den lægelige videreuddannelse kan bidrage ved at øge fokusset på bredde kompetencer, fællesuddannelsesindhold og uddannelse af læger, der har kompetencerne til tage ansvar for en større

Udkast

del af det samlede patientforløb. Det kræver både systemviden (hvem gør hvad, hvor?) og viden der gør på tværs af specialeskel.

Der vil stadig være behov for specialiseret udredning og behandling på sygehusene, hvorfor en hovedudfordring for den lægelige videreuddannelse i fremtiden er at sikre kompetencer, der både understøtter et specialiseret sundhedsvæsen og et sundhedsvæsen, der skal tilbyde sammenhængende sundhedstilbud til ældre og multisyge patienter. Der er derfor behov for et øget fokus på mål for de forskellige kompetenceniveauer i den lægelige videreuddannelse og efteruddannelsen af læger.

4. Primærsektoren
Primærsektorens udfordringer og potentialer er helt centrale for sundhedsvæsenet de næste 20 år. Hvor fokusset de sidste 20 år i høj grad har været på sygehusene, er der behov for et stærkere fokus på den del af en patientens/borgerens forløb, som ligger uden for sygehusene.

Flere ældre og udviklingen i multisygdom gør, at de alment praktiserende læger og kommunerne får en stor opgave ift. pleje, forebyggelse og behandling af patienter med kroniske sygdomme. Tidlig opsporing og forebyggelse skal forebygge indlæggelser og sikre behandling tæt på patienten. Det, sammen med udviklingen på sygehusene, betyder, at de sidste års udvikling, hvor flere og mere komplekse opgaver flyttes fra sygehuse til primærsektoren, må forventes at fortsætte. Det udfordrer kapacitet, kvalitet og kompetencer hos de alment praktiserende og i kommunerne. Endvidere er der i dag dele af Danmark, hvor lægedækningen er truet. Der er også derfor behov for flere alment praktiserende læger.

Kommunerne fik ved strukturreformen en række store opgaver på sundhedsområdet. En væsentlig udfordring i fremtiden bliver at øge kvaliteten og ensartetheden på tværs af landet inden for de områder, fx forebyggelse, mental sundhed, rehabilitering og rehabilitering. Der er behov for et tæt samarbejde i primær sektoren for at løse de opgaver, ligesom der er behov for et godt samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedspersoner i primær sektoren skal have kompetencerne til at indhente (og give) viden fra hinanden og fra sygehuset ved behov.

Den lægelige videreuddannelse skal bidrage til at kompetencerne er til stede tæt på lægen, og at specialister og eksperter på sygehusene kan formidle viden til brug i primær sektor.
.

5. Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked
I Danmark og globalt er der en større efterspørgsel på fleksibilitet og mere frihed hos arbejdstagerne. Det er en tendens, der også ses hos læger i Danmark, hvor arbejdsforhold, fx arbejdstider og kollegialitet/sparringsmuligheder mv. har større betydning i dag end tidligere. Hvor karrierevejen tidligere typisk var lineær fra speciallægeautorisation til ”slutstilling” på en afdeling/ i egen praksis indtil pension, må det forventes, at flere læger i fremtiden vil have dynamiske arbejdsliv delt op i arbejdsfaser afbrudt af uddannelses- og læringsfaser og med skift faglige områder.

Karrieremuligheder og indtægt vil fortsat være motiverende faktorer i fremtiden. Men andre faktorer såsom work/life balance, arbejdsmiljø og faglige udviklingsmuligheder vil også spille ind, når lægerne træffer beslutninger om deres arbejdsliv. Endvidere vil forhold uden for arbejdslivet spille ind i. Kan partneren få arbejde i samme geografiske område? Hvordan passer arbejdet med forældreskab, pasning af pårørende, sygdom og funktionsnedsættelse? Kan arbejdet forenes med interesser og engagement i civilsamfundet? Lægerne bliver fagligt mere mobile og mindre ”tro” over for deres fagområde og arbejdsplads.

Der lægger en stor opgave hos arbejdstager og arbejdsgiver i at få det fulde potentiale ud af disse ændringer. For den lægelige videreuddannelse og den lægelige efteruddannelse betyder det, at de i højere grad skal være fleksible og muliggøre fleksibilitet, så lægerne kan skifte fagligt spor og

Udkast

arbejde og uddanne sig med forskellig hastighed i løbet af livet. Det betyder også, at den lægelige videreuddannelse skal give lægerne et kompetence-fundament, der kan bygges ovenpå, og som kan bruges som springbræt ved skift i fagligt fokus.

6. Den teknologiske og faglige udvikling
Den teknologiske og faglige udvikling accelereres. Medicinske viden generes i tiltagende større omfang og viden forældes tilsvarende hurtigere. Udviklingen afstedkommer en stigende subspecialisering inden for varetagelsen af en række lægevidenskabelige områder. Samtidigt sker der en massiv teknologisk udvikling inden for en række områder, der hver især har potentiale til at forandre gældende behandlingsparadigmer og ændre lægens rolle.

Det en læge lærte om en specifik behandling under sin speciallægeuddannelse i 1965 var formentligt stadig gyldigt i 1980, mens det en læge lærer om en specifik behandling i sin speciallægeuddannelse i 2025 næppe vil være gældende og tilstrækkelig medicinsk viden i 2040. Der tales om en eksponentiel vækst af viden, hvor mængden af relevant viden stiger hurtigere end evne til at lære og brugbargøre den effekt. Det er en betydelig udfordring for den lægelige videreuddannelse, da tilføjelse af mere specifik viden og flere kompetencer ikke er en farbar vej. Det bliver derimod vigtigt at definere de koncepter og kompetencer, der definerer kernen/fundamentet for specialets arbejde, således at risikoen for reproduktion af ikke-nyttig viden samt aflæring og videnforældelse mindskes. Speciallæger i fremtiden vil i større grad have behov for 'just-in-time learning', dvs. at indhente konkret afgrænset viden, når behovet opstår. Den lægelige videreuddannelse skal bidrage til, at speciallægerne kan transformere deres viden, ligesom organiseringer og strukturelle forhold skal bidrage til det. Alment praktiserende læger skal let kunne indhente specialistviden fra sygehuset og sygehusets læger skal let kunne indhente ekspertviden fra de højt specialiserede funktioner.

De teknologiske udviklinger er i højere grad end tidligere drevet af andre faggruppers tekniske kundskaber. Ingeniører og fysikere udvikler avancerede billeddiagnostiske undersøgelser, dataloger, bioinformatikere og matematikere udvikler algoritmer og software, der analyserer store mængder data (machine learning/big data). Molekylærbiologer og humanbiologer finder nye 'targets' og bidrager til udviklingen af nye behandlinger. Lægens rolle er i den sammenhæng (og bliver i endnu højere grad i fremtiden) at være broen til patienten. Lægen bidrager til at gøre de nye teknologiske udviklinger klinisk relevante. Den lægelige videreuddannelse skal give læger kompetencerne til at kunne forestå den translation.

Samtidigt sker der en teknologisk udvikling, der påvirker lægens ramme for arbejdet, fx digitalisering af patientjournaler, billedundersøgelser og patientprøver mv. Endvidere øges mulighederne for digitale konsultationer, telemedicin og digitale videokonferencer mv. Systemerne skal være intuitive at anvende og brugbare for lægerne i praksis. Det bør ikke være et mål i den lægelige videreuddannelse, at lægerne skal uddannes med tekniske kompetencer i brug af IT og videoudstyr. Lægerne skal derimod opnå kompetencer i den lægelige videreuddannelse, der gør, at de kan inddrage de nye værktøjer i deres arbejde effektivt og sikkert.

Informationssamfundet, særligt internettet, har stillet viden til rådighed for patienterne, som tidligere var forbeholdt lægerne. Det udjævner så at sige boldbanen. Det giver potentiale for at inddrage patientens viden og for patientuddannelse i behandlingen, men det udfordrer også lægen, som skal have kompetencerne til dette møde.

Den teknologiske udvikling giver endvidere en mulighed for at inddrage simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse i højere grad.

Udkast

10. Anbefalinger

I dette kapitel beskrives udfordringer og anbefalinger vedrørende forskellige dele af og forhold omkring rammerne for den lægelige videreuddannelse. [Der er tale om foreløbige overvejelser, da der stadig mangler centrale drøftelser i alle arbejdsgrupper – vi er stadig i proces]

Anbefalingerne tager afsæt i at målet for speciallægeuddannelsen altovervejende er de kliniske funktioner i sundhedsvæsenet, og derudover administrative og forskningsrelaterede funktioner i eller uden for sundhedsvæsenet, fx på universiteter, medicinalindustrien og forvaltninger.

De seks overordnede udfordringsbilleder, som den lægelige videreuddannelse skal bidrage til at imødegå [nærmere beskrevet i kapitel 9.3], rejser følgende konkrete krav til den fremtidige lægelige videreuddannelse. Der er behov for:

1. Nemmere og bedre overgang mellem grunduddannelsen og videreuddannelsen
2. Tidssvarende målbeskrivelser med flere fælles kompetencemål og mere fælles uddannelsesindhold, der svarer til de efterspurgte kompetencemål
3. Fokusering af kompetencemål i målbeskrivelser – herunder ny målbeskrivelse for KBU, hvor der tages sigte efter befolkningssammensætningen og sygdomsbilledet med flere ældre og multisyge
4. Efteruddannelse, der er sammentænkt med den lægelige videreuddannelse, og kan styrke både bredde og dybde i speciallægers kompetenceprofil
5. Effektiv uddannelse efter tidssvarende pædagogiske principper, der balancerer behovet for at indgå i den daglige opgavevaretagelse, som uddannelsen er integreret i
6. Et tilstrækkeligt antal speciallæger, der har de rette kompetencer

10.1. Opbygning af den lægelige videreuddannelse [bidrag fra arb.grp. 1]

Status

Formålet med den lægelige videreuddannelse er, at uddanne læger med speciallægekompetencer [ikke afklaret om speciallægekompetencen bør være endemål for alle læger] inden for nationalt definerede kompetencemål.

Den lægelige videreuddannelse skal i sin opbygning - dvs. struktur, varighed og indhold – både understøtte at fremtidens speciallæger opnår de rette kompetencer og vælger den rette specialeuddannelse.

Den lægelige videreuddannelse består aktuelt af tre dele: en etårig klinisk basisuddannelse, et etårigt introduktionsforløb og et hoveduddannelsesforløb med en varighed på mellem 3½ og 5 år afhængigt af specialet.

Den lægelige videreuddannelse sker primært ved praktisk/klinisk arbejde, og uddannelsen foregår således i de kliniske enheder, som er bestemt i de regionalt vedtagne uddannelsesprogrammer for specialerne. Den kliniske uddannelse suppleres med både generelle og specialespecifikke teoretiske kurser.

Uddannelsen foregår i konkrete stillinger, der er godkendt til uddannelsesforløb (klassificerede stillinger).

Udkast

Udfordringer

Ny viden, udvikling af nye behandlinger og ændringer i sundhedsvæsenets funktioner og den øgede længde af lægernes arbejdsliv stiller krav om, at læger nemmere kan skifte opgaveområde eller speciale, og at indholdet i den lægelige videreuddannelse løbende kan tilpasses.

I dag understøtter uddannelsen ikke i tilstrækkelig grad, at speciallæger opnår en bredere speciallægekompetence til at diagnosticere og behandle de voksende grupper af bl.a. ældre med multisygdom, for hvem behandling ikke kan varetages af læger fra ét speciale alene og ikke entydigt hører til ét speciale.

I den kliniske basisuddannelse er der ikke et eksplicit kompetencemål ift. disse grupper. Og aktuelt er det blot de tre speciallægeuddannelser i almen medicin, geriatri og akutmedicin hvor der er særligt fokus på borgere med uafklarede sygdomsbilleder, kroniske sygdomme og modtagelse af den uafklarede patient. Dette står altså i kontrast til ændringerne i befolkningssammensætningen, sygdomsbilledet og behovet for sundhedsydelser.

Samtidig har mange uddannelseslæger udfordringer i transition fra grunduddannelsen til videreuddannelsen. De oplever manglende parathed i forhold til at kunne fungere som læge (både viden og kliniske færdigheder), har svær ved at applicere eksisterende viden i praksisfeltet og er bekymrede for akutte situationer. Det er vigtigt at sikre at forudsætningerne så vidt muligt er på plads, når de starter på videreuddannelsen. Derudover skal det også erkendes at der netop er tale om et skifte i centrale forhold og kontekst (fra universitet til en arbejdsplads, fra studerende til kollega der tager beslutninger) og at overgangen, selv med megen forberedelse vil føles svær.

Efteruddannelsesmulighederne er ikke i tilstrækkelig grad systematiseret og udviklet så de kan understøtte behovet for på den ene side større bredde i deres kompetencer (via fagområdeuddannelse), 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. På den anden siden kan også savnes mere systematik ift. efteruddannelse der skaber en højere grad af specialisering for en mindre gruppe af speciallæger (ekspertuddannelse).

Muligheder

I både opbygning og indhold skal hele den lægelige videreuddannelse muliggøre, at der opnås speciallægekompetencer, hvor der er en balance mellem specialisering og fælles kompetencer.

Det kræver, at der i målbeskrivelserne for uddannelserne løbende identificeres og beskrives relevante fælles kompetencemål og fælles uddannelsesindhold mellem beslægtede specialer. Det afgørende kriterium for fælles kompetencemål og slægtskab bør være, at det er 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.

Processen for revision af målbeskrivelser bør være mere dynamisk, da der løbende er behov for ændringer af uddannelsesindhold, ikke mindst på grund af udvikling af ny viden, nye teknikker og behandlingsformer. Der er stor variation i antal kompetencemål mellem målbeskrivelserne og i hvor operationaliserbare de er. Hovedparten (27 ud af 39) af alle målbeskrivelser har ikke været

Udkast

ændret i de sidste fem år. Det er ikke i sig selv et mål at revidere uddannelsen ofte, men vigtigt, at målbeskrivelsen er tidssvarende.

Videreuddannelsen er den naturlige vej efter grunduddannelsen for langt de fleste læger, og det bør afspejle sig tydeligere allerede i grunduddannelsen at endemålet er klinisk arbejde. Forudsætningerne for start på videreuddannelsen kan tydeliggøres, så universiteterne i højere grad forbereder og muliggør at de medicinske kandidater kan træde nemmere ind i den lægelige videreuddannelse og fungere som klinisk arbejdende læger.

Det vurderes, at den klinisk basisuddannelse fortsat vil muliggøre den bedste læringsmæssige ramme og overgang fra medicinstudiet til videreuddannelsen og det selvstændige arbejde som læge, hvor kompetenceniveau og ansvar stiger løbende frem mod speciallægeanerkendelsen.

Anbefalinger

Det anbefales ift. **opbygningen** af den lægelige videreuddannelsen at:

- Den kliniske basis uddannelse bevares som et 1-årigt uddannelsesforløb [Varighed ikke besluttet], der vælges efter tilmelding og lodtrækning.. [Der er ikke truffet beslutning om den overordnede struktur for uddannelsen]
- Samarbejdet mellem universiteter og aktører i den lægelige videreuddannelse styrkes for at sikre en effektiv overgang fra universitet til klinisk arbejde. [Hvilke fora er hensigtsmæssige?]
- De et-årige specialespecifikke introduktionsforløb bevares for at sikre en effektiv specialevalgsproces
- Strukturen med specialespecifikke målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer fastholdes.
- Ved revision af målbeskrivelserne skal evt. beslægtede specialer involveres i revisionsarbejdet. Sundhedsstyrelsen vil sammen med relevante aktører identificere hvilke specialer der er beslægtede. [Forslag – drøftes på LVU gruppe 1 møde den 10/2]
- Sundhedsstyrelsen vil i forlængelse af revisionen af den lægelige videreuddannelse udarbejde ny skabelon og proces for målbeskrivelserne, hvor der krav til eksplicit beskrivelse af fælles kompetencemål -og indhold sammen med beslægtede specialer. [Forslag – drøftes på LVU gruppe 1 møde den 10/2]
- Det anbefales at specialeselskaberne og Sundhedsstyrelsen minimum hvert X år vurderer om der bør igangsættes en revision. [Det skal ved lejlighed drøftes om det er hensigtsmæssigt med en fast kadence, og om fx NRLV skal rådgive Sundhedsstyrelsen herom. Fx i form af et årligt punkt hvor det vurderes om der er specialer der bør igangsætte en revision af målbeskrivelse]
- Sundhedsstyrelsen skal varetage bemyndigelsen til at sikre kvalitet og standarder i målbeskrivelsesprocessen. Herunder betinge sig, at de beskrevne kompetencemål er tydelige, operationaliserbare, og at der er foretaget en klar prioritering og afgrænsning af hvornår kompetenceniveauet er tilstrækkeligt. [Rollefordeling med diverse aktører er ikke diskuteret endnu!]
- Efter speciallægeanerkendelsen forventes den enkelte læge fortsat at vedligeholde og udvikle sine kompetencer. Her anbefales det at mulighederne for specialisering og kompetenceudvikling efter speciallægeuddannelsen forbedres med tydeliggørelse og styrkelse af fagområde og ekspertuddannelser [Forslag afhænger af næste drøftelse i LVU gruppe 2].

Det anbefales ift. **indholdet** i den lægelige videreuddannelsen at:

- Universiteterne opfordres til at revidere og styrke medicinstudiet så de medicinske kandidater kvalificeres til det kliniske arbejde i endnu højere grad. Det [bør/skal] gøres ved at styrke de kliniske ophold, og sikre at de medicinske kandidater fremover får et større kendskab til de syv lægeroller og de former for kompetencevurderinger, der anvendes i videreuddannelsen. Samtidig bør der være større fokus på den multisyge og geriatriske patient [Forslag - drøftes bl.a. på LVU gr 1 den 10/2]

Udkast

- Regioner og Videreuddannelsessekretariater involveres ift. styrkelse og fokusering af de kliniske ophold under medicinstudiet [Hvordan? Hvad er rette fora?].
- Sundhedsstyrelsen nedsætter i forlængelse af revisionsarbejdet en arbejdsgruppe der skal justere målbeskrivelsen for den kliniske basisuddannelse så der opnås kompetencer til at kunne medvirke til undersøgelse, diagnose og behandling af den multisyge og geriatriske patient. [Er der andre patientgrupper, fx psykisk syge, som også bør fremhæves i KBU?]
- Den kliniske basisuddannelse bør også fremadrettet består af uddannelsesforløb i forskellige dele af sundhedsvæsenet, som giver mulighed for at opbygge bred viden og kompetencer om typer af patientforløb, sammenhænge og overgange i sundhedsvæsenet. [Det anbefales derfor at den kliniske basisuddannelse fortsat består af et uddannelsesforløb i sygehusvæsenet og et i almen praksis]
- Indholdet i introduktionsforløbene skal rette sig mod både specialets kerneopgaver og fælles uddannelsesindhold med beslægtede specialer for at den uddannelsessøgende læge både får mulighed for at træffe et godt specialevalg, og samtidig giver kompetencer, der kan nyttiggøres ved et evt. specialeskifte.
- I hoveduddannelsen bør der være en prioritering af de kompetencer, der er vigtige for at kunne varetage undersøgelse og behandling på hovedfunktionsniveau. Sjældne sygdomme (der ikke er akut livstruende) og højtspecialiserede sygdomme og indgreb ligger ud over det der forventes af den nyuddannede speciallæge. [Forslag – drøftes på LVU gruppe 1 møde den 10/2]

10.2. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder [bidrag fra arb.grp. 1]

Status

Den lægelige videreuddannelse finder sted på de uddannelsesgivende arbejdssteder (hospitaler, praksis mv.). Her er der opbygget en uddannelsesorganisation, der i hovedtræk ser således ud: Der er en uddannelsesansvarlig overlæge (UAO) med det overordnede ansvar for gennemførelse af uddannelsen i den kliniske enhed. I almen praksis er det en uddannelseskoordinator i almen medicin (AMU), der har samme funktion. På landsplan er der ca. 680 uddannelsesansvarlige overlæger og 40 uddannelseskoordinatorer i almen medicin.

På de enkelte afdelinger bistår en (eller flere) uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL) den uddannelsesansvarlige overlæge. Derudover er der et korps af [hvor mange?] vejledere og tutorer, som er læger på minimum et højere uddannelsestrin, der kan have den formelle rolle som hovedvejleder for uddannelseslægen

Derudover er der i hver videreuddannelsesregion en pædagogisk udviklende funktion (PUF), der består af et korps af pædagogiske kliniske lektorer. I VUR Øst og Midt-Nord har de et individuelt, specialespecifikt ansvar, hvor det i Syd er en gruppe medicinske lektorer, der i fællesskab betjener de enkelte specialer. Pædagogisk udviklende funktioner har til formål at understøtte og sparre med de enkelte uddannelsessteder og uddannelsesansvarlige overlæger om forbedring af uddannelsespraksis og uhensigtsmæssige forløb.

Det er i de kliniske enheder, at målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer omsættes til praksis og bliver den reelle ramme for læring i hverdagen. Der skal udarbejdes en uddannelsesplan og gennemføres flere formaliserede vejledninger for den enkelte uddannelseslæge.

Udfordringer

Uddannelsen i den kliniske enhed følger det paradigme, der er for den særlige danske variant af en overvejende kompetencebaseret uddannelse. Overordnet set er kvaliteten i uddannelsen høj i den

Udkast

kliniske enhed og medvirkende til den høje status den danske videreuddannelse har set i international sammenhæng.

Der er dog regionale forskelle [eksempler/resultater fra analyse af uddannelsen i den kliniske enhed] og der er enkelte uddannelsessteder, som har udfordringer med at fastholde et tilstrækkeligt højt niveau. Samtidig er der potentiale for at styrke og effektivisere uddannelse på flere områder.

Muligheder

[Skrives senere]

Anbefalinger

[Afhænger af de udfordringer analysen af uddannelsen i den kliniske praksis afdækker. Drøftes på møde i arbejdsgruppe 1 i maj]

10.3. Lægeroller [bidrag fra arb.grp. 1]
10.4. Specialestruktur [bidrag fra arb.grp. 2]
10.5. Færdighedstræning [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.6. Forskningstræning [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.7. Kurser [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.8. Kompetencevurdering [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.9. Evaluering [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.10. Karriereplanlægning, herunder ledelse [bidrag fra arb.grp. 1 + 4]
10.11. Organisering og styring [bidrag fra arb.grp. 4]

10.12. Prognose & dimensionering [bidrag fra arb.grp. 3]

Status

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at dimensionere den lægelige videreuddannelse og udarbejde lægeprognoser. Sundhedsstyrelsen fastsætter i dimensioneringsplanen årlige rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkelt videreuddannelsesregion og for hver enkelt speciale for en flerårig periode. KBU indgår ikke i denne dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen, da alle kandidater fra medicinstudiet har ret til et KBU-forløb, og antallet af KBU-forløb tilpasses derfor løbende behovet – dog udmelder Sundhedsstyrelsen en fordelingsnøgle for dimensionering af den klinisk basisuddannelsen og tilmeldingerne fordeles mellem de tre videreuddannelsesregioner efter denne fordelingsnøgle.

Sundhedsstyrelsen udarbejder til brug for fastlæggelse af dimensionering af speciallægeuddannelsen en prognose for udviklingen i udbuddet af læger og speciallæger i de omtrent kommende 20 år. Frem til 2017 var dimensioneringsplanerne med en fem-årig tidshorisont.

Udkast

I prognose- og dimensioneringsprocessen involveres forskellige aktører og interessenter bl.a. regioner (også videreuddannelsesregioner), faglige organisationer og de specialebærende selskaber i flere forskellige mødefora (TaskForce for dimensionering af speciallæger, Prognose- og Dimensioneringsudvalget, Teknikergruppen, og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse). Alle specialebærende selskaber m.fl. bidrager i en stor høringsproces med input om deres forventninger til udviklingen i behovet for speciallæger i de kommende år.

Siden 2021 har der været mulighed for at ubesatte hoveduddannelsesforløb i den enkelte videreuddannelsesregion kan konverteres til hoveduddannelsesforløb i andre specialer (såkaldt fleksforløb), som skal holdes inden for den samlede ramme.

Udfordringer

Udarbejdelse af en dimensioneringsplan tager cirka 1½ år, og forud udarbejdes en udbudsprognose, hvilket tager omkring 2 år. Processen opleves for nogle tung og ufleksibel samt tidskrævende for de mange involverede og regionerne vil almindeligvis gerne have et år til at forberede implementeringen af nye dimensioneringsplaner. Det bliver særligt en udfordring, hvis tidshorisonten for en dimensioneringsplan er kort (fx 2 år). En kort tidshorisont er samtidig med til at vanskeliggøre (langtids-)planlægning for videreuddannelsesregioner og de uddannelsesgivende enheder.

Et centralt grundlag for dimensioneringsprocessen er den udbudsprognose som Sundhedsstyrelsen med hjælp fra Sundhedsdatastyrelsen og Prognose- og Dimensioneringsudvalget udarbejder. Det er en begrænsning for arbejdet at der ikke også inkluderes prognoser for behovet (efterspørgsel) for læger og speciallæger. En svaghed ved den nuværende model er bl.a., at den forventede demografiske udvikling (flere ældre og forventeligt flere behandlingskrævende) ikke inddrages i selve prognosen. En anden svaghed er at der ikke er en monitorering af mangel på arbejdskraft og bevægelserne på arbejdsmarkedet for læger.

Muligheder

Kvaliteten af sundhedsydelserne i sundhedsvæsenet er blandt andet afhængig af, at der er et tilstrækkeligt antal læger inden for de 39 lægelige specialer, og at den geografiske spredning er hensigtsmæssig, så der er læger i hele landet. Ud fra en ressourcemæssig betragtning er det vigtigt, at der kun uddannes det nødvendige antal læger. Derfor er det vigtigt at have en overvågning og regulering af antallet af speciallægeuddannelsesforløb. Jo mere specialisering i antal specialer og varighed, desto dyrere og mere risikobetonet bliver det, og styringsbehovet øges.

Trods markant forøgelse af dimensionering af speciallægeuddannelsen har der været et voksende gab mellem produktionen af medicinske kandidater og antallet af uddannelsespladser i speciallægeuddannelsen. Der bør skabes en større sammenhæng mellem optaget på medicinuddannelsen og den postgraduate videreuddannelse, fordi læger uden speciallægeanerkendelse kun har meget begrænset anvendelse og stort set ikke inden for sundhedsvæsenet.

Dimensioneringen har også betydning for den geografiske fordeling af læger. Da uddannelseslæger udgør knap 30 pct af den lægelige arbejdsstyrken har dimensionering betydning for lægedækning.

Anbefalinger

Det anbefales at:

Udkast

- Regulering af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen bør fortsat ske inden for en nationalt fastlagt ramme og fordeling på hhv. videreuddannelsesregioner og specialer. [forslag drøftes i LVU gruppe 3].
- Sundhedsstyrelsen vil sammen med relevante aktører [bl.a. Uddannelses- og Forskningsstyrelsen] drøfte en mere forpligtigende dimensionering af medicinstudiet, som er tæt koordineret med de behov der er for speciallæger i fremtiden. [forslag drøftes i LVU gruppe 3].
- Muligheden for i hver region at konvertere en mindre del/de ubesatte hoveduddannelsesforløb i nogen specialer til andre specialer fastholdes inden for rammen i den enkelte videreuddannelsesregion/region. Det skaber en regional fleksibilitet. Der anbefales dog at der af hensyn til særligt lægedækning ikke sker en konvertering af ubesatte hoveduddannelsesforløb i specialet almen medicin til andre specialer.
- Processen for dimensionering af speciallægeuddannelsen bør afspejle tidshorisonten for dimensioneringsplanerne. [Forslag til hvordan processen kan optimeres drøftes i LVU 3]
- Der anbefales, at Sundhedsstyrelsen sammen med relevante organisationer, udarbejder en model for en udbuds- og efterspørgselsprognose som kan være et mere retvisende fundament for hurtigere processer med aktørerne, og at overvågning af arbejdsmarkedet for sundhedspersoner styrkes [forslag drøftes i LVU gruppe 3].

[Vi mangler bla. drøftelse af:

- Dimensionering af evalueringsstillinger
- Dimensionering ift. Grønland og Færøerne]

10.13. Specialisteksamen (bidrag fra arb. grp. 1 + 4)
10.14. Re-certificering (bidrag fra arb. grp. 1 + 4)
10.15. Faculty government (kompetenceudvikling af undervisere) (bidrag fra arb. grp. 4)

Udkast

11. Opsamling og perspektivering

12. Appendiks

12.1. Referencer

References

1. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen: Betænkning nr. 1384 [Internet]. København: Sundhedsministeriet; 2000 [updated 18-05-2000; cited 28-10-200]. Available from: https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2000/speciallaege.ashx.

2. Bekendtgørelse om uddannelse til selvstændigt virke som læge: BEK nr 551 af 25/11/1976 (historisk) [Internet].; 1976 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1976/551.

3. Lov om ændring af lægeloven (Faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger): LOV nr 278 af 02/05/1990 [Internet].; 1990 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1990/278.

4. Vejledning om ophævelse af vejledning om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger: VEJ nr 3 af 29/01/2007 [Internet].; 2007 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2007/3.

5. Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering [Internet].; 2012 []. Available from: https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/speciallaege.aspx.

6. Bekendtgørelse om lægers adgang til at opnå turnusstillinger: BEK nr 279 af 17/04/1997 [Internet].; 1997 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1997/279.

7. Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger: BEK nr 96 af 02/02/2018 [Internet].; 2018 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/96.

8. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år [Internet].; 2020 []. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-organisering-af-den-akutte-sundhedsindsats.

9. Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark [Internet].: Sundhedsstyrelsen; 2017 [updated 30.05.2017; cited 28-10-2020]. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vurdering-af-et-speciale-i-akutmedicin-i-danmark.

10. Indstilling vedr. oprettelse af et speciale i akutmedicin af 09/06/2017: Sagsnr. 2-1010-400/1 [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2017/Nyt-speciale-i-akutmedicin/Sundhedsstyrelsens-indstilling-til-sundhedsministerien-vedr,-d-,-etablering-af-et-nyt-speciale-i-akutmedicin-9,-d-,6,-d-,2017.ashx?la=da&hash=B3A751E20FCEF0D6143E5D1BDE9C72D5D5089597.

11. Bekendtgørelse nr. 1256 af 25. oktober 2008 om lægers kliniske basisuddannelse [Internet].; 2008 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1256.

Udkast

12. Bekendtgørelse om lægers turnusuddannelsesforløb: BEK nr 26 af 10/01/2007 (historisk) [Internet].; 2007 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/26.

13. Evaluering af den kliniske basisuddannelse. En aftagerundersøgelse [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2011 []. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~/media/CB3949A1FD514FCE8BF32760BFC7E8CB.ashx.

14. Status på den lægelige videreuddannelse. Udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videreuddannelse [Internet]. København; 2014 []. Available from: https://www.videreuddannelsen-nord.dk/siteassets/det-regionale-rad/dagsordener-og-referater/2014/27.05.2014/dagsorden/bilag-5.4.1-status-pa-den-lagelige-videreuddannelse-marts-2014.pdf.

15. Sundhedsstyrelsen. Den kliniske basisuddannelse. Det lægelige videreuddannelsessystem i sammenlignelige lande. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

16. Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger: BEK nr 1257 af 25/10/2007 (historisk) [Internet].; 2007 []. Available from: BEK nr 1257 af 25/10/2007.

17. Bekendtgørelse om speciallæger: BEK nr 1248 af 24/10/2007 (historisk) [Internet].; 2007 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1248.

18. Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger: BEK nr 479 af 10/05/2013 (historisk) [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2013/479.

19. Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om speciallæger: BEK nr 239 af 10/03/2015 [Internet].; 2015 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/239.

20. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i *Almen Medicin.* [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser.

21. Målbeskrivelse for psykiatri [Internet].; 2016 []. Available from: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser.

22. Målbeskrivelse for børne- og ungdomspsykiatri [Internet].; 2014 []. Available from: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser.

23. De syv lægeroller [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.sst.dk/~/media/800F03AA071648DCB18F7D58CA8D66E2.ashx.

24. Det danske syn på lægerollerne [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.sst.dk/da/nyheder/2013/det-danske-syn-paa-laegerollerne.

25. Speciallægekommissionen.
Kommissionens arbejdsgruppe 3.2 vedr. Kompetencemåling af speciallægeuddannelsen

. København: Sundhedsministeriet; 1999.

26. Kompetencevurderingsmetoder – en oversigt. Sundhedsstyrelsen, 2013 [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.refworks.com/refworks2/default.aspx?r=references|MainLayout::init.

Udkast

27. Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse, Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-traening-rapport-endelig-udgave---041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560.

28. Sundheds- og Ældreministeriet. Lægedækning i hele Danmark: rapport fra Regeringens Lægedækningsudvalg. København: Regeringens Lægedækningsudvalg; 2017.

29.
Politisk aftale om bedre lægedækning af den 9. februar 2017 [Internet]. []. Available from: https://www.regeringen.dk/media/2906/aftale-om-laegedaekning.pdf.

30. Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning [Internet].; 2018 []. Available from: https://sum.dk/publikationer/2018/juni/foerste-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark.

31. Lægedækning i hele Danmark. 2. Status på lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning. [Internet].; 2020 []. Available from: https://sum.dk/publikationer/2020/marts/anden-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark.

32.
En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis. Regeringspublikation.

[Internet].; 2019 []. Available from: https://sum.dk/publikationer/2018/juni/en-laege-taet-paa-dig.

33. Patienternes kræftplan - Kræftplan IV 2017 - 2020 [Internet].; 2016 []. Available from: https://www.regeringen.dk/media/2146/sum_patienternes-kraeftplan_web.pdf.

34.
Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020) [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kræftplaner/Kræftplaner-IV/Udmntningsaftale-om-Krftplan-IV-20172020-mellem-SUM-Danske-Regione.ashx?la=da&hash=FE7AE7D9F5C95BA2F5661B5F020826F607EC861E.

35. Finanslov 2017: Aftaleteksten [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.regeringen.dk/nyheder/2016/finanslov-2017/finanslov-2017-aftaleteksten/.

36. Kræftplan IV [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.sst.dk/da/viden/kraeft/kraeftplaner/kraeftplan-iv.

37. Sundhedsstyrelsen. Systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien. Forslag til en generisk model for en ekspertuddannelse af speciallæger. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

38. Status på udmøntning af Kræftplan IV - 2018 [Internet].; 2018 []. Available from: https://sum.dk/Media/5/A/Status-paa-udmoentning-af-Kraeftplan-IV-2018-maj-2018%20(2).pdf.

39. Status på udmøntning af Kræftplan IV - 2020 [Internet].; 2021 []. Available from: https://sum.dk/Media/A/0/Kræftplan%20IV%20-%202020.pdf.

40. Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om speciallæger: BEK nr 599 af 27/6 1996. 1996. Report No.: 2021.

Udkast

41. Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger: BEK nr 654 af 03/07/1996 [Internet].; 1996 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1996/654.

42. Bekendtgørelse om de regionale råd for lægers videreuddannelse: BEK nr 1706 af 20/12/2006

[Internet].; 2006 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1706.

43. Bekendtgørelse om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse: BEK nr 176 af 19/03/2001 [Internet].; 2001 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2001/176.

44. Bekendtgørelse om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse: BEK nr 1707 af 20/12/2006 [Internet].; 2006 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2006/1707.

45. Bekendtgørelse af sundhedsloven: LBK nr 903 af 26/08/2019 [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903.

46. Sundhedsstyrelsen. Kommissorium for Task Force for dimensionering af speciallæger af 07/02/2020

. In press 2020.

47. Lægeprognosen 2018-2040. Udbuddet af læger og speciallæger [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/L%C3%A6geprognose-2018-2040.ashx?la=da&hash=B64A451ED51D2CFDD09976F3CD49DB045BCA0451.

48. Fadlon, I., Lyngse, F.P. & Nielsen, T.H.
Early career, life-cycle choices, and gender. National Bureau of Economic Research. 2020;WP28245.

49. Bekendtgørelse om Ph.D.-graden: BEK nr 989 af 11/12/1992 [Internet].; 1992 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1992/989.

50. Bekendtgørelse om ph.d.-uddannelsen ved universiteterne og visse kunstneriske uddannelsesinstitutioner (ph.d.-bekendtgørelsen): BEK nr 1039 af 27/08/2013 [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2013/1039.

51. Undersøgelse af den lægevidenskabelige ph.d.-uddannelse [Internet].; 2016 []. Available from: https://ufm.dk/publikationer/2017/filer/epinion-undersogelse-af-den-laegevidenskabelige-ph-d-uddannelse.pdf.

52. The employers' perspective on how PhD training affects physicians' performance in the clinic [Internet].; 2017 []. Available from: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-08/a5332.pdf.

53. Medicinstuderende- og yngre lægers karrierevalg [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.vive.dk/media/pure/9108/2043918.

54. Autorisationsloven. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed: LBK nr 731 af 08/07/2019 [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731.

Udkast

55. Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som læge: BEK nr 1247 af 24/10/2007 [Internet].; 2007 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/1247.

56. Sundhedsstyrelsen. Revision af målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. Afrapportering fra arbejdsgruppen til det nationale råd for lægers videreuddannelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

57. Vejledning om generelle kurser i den kliniske basisuddannelse: VEJ nr 9689 af 20/07/2017 [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9689.

58. Sundhedsstyrelsens vejledning om udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen: VEJ nr 9005 af 01/01/2012 [Internet].; 2012 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2012/9005.

59. Vejledning om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 9587 af 14/07/2008 [Internet].; 2008 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2008/9587.

60. Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 9586 af 14/07/2008 [Internet].; 2008 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2008/9586.

61. Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger: BEK nr 96 af 02/02/2018; BEK nr 482 af 25/04/2019 (Senere ændringer til forskriften).
[Internet].; 2019 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/96.

62. Vejledning om de specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse. VEJ nr 9320 af 17/07/2012 [Internet].; 2012 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2012/9320.

63. Vejledning om karrierevejledning i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 9588 af 14/07/2008 [Internet].; 2008 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2008/9588.

64. Vejledning om evaluering af uddannelsesstedet i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 10527 af 01/09/2015 [Internet].; 2015 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/10527.

65. Vejledning for den obligatoriske forskningstræning i speciallægeuddannelsen: VEJ nr 9164 af 02/04/2014 [Internet].; 2014 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9164.

66.
Ansættelse i krigs- og konfliktområder som en del af speciallægeuddannelsen [Internet].; 2010 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallæger/Vejledninger/Ansaettelse_-i_-konflikt_og_krigsomraader.ashx?la=da&hash=9F6828F4EC28E70A38575F2586AAB722BE1E4431.

67. Vejledning om meritvurdering i speciallægeuddannelsen: VEJ nr 9481 af 31/05/2017 [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9481.

68.
Europa-Parlamentets og Rådets Direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer (EØS-relevant tekst)

Udkast

[Internet].; 2005 []. Available from: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:da:PDF.

69. Bekendtgørelse om autorisation af læger, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande uden for EU/EØS: BEK nr 1372 af 09/12/2010

[Internet].; 2010 []. Available from: https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjzxp2ng9XvAhVXs6QKHU5aBSAQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.retsinformation.dk%2Fapi%2Fpdf%2F134484&usg=AOvVaw1JJTRciybGC8dsgy7bx8Z5.

70.
Bekendtgørelse om speciallæger: BEK nr 458 af 25/04/2019 [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/458.

71.
Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective

[Internet].; 2011 []. Available from: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/specialties-sub-specialties-and-progression-through-training---the-international-perspective-45500662.pdf.

72. Bekendtgørelse om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse: BEK nr 1006 af 26/06/2018 [Internet].; 2018 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1006.

73. Inspektorordningen. Håndbog [Internet].; 2016 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Inspektordningen_Hbog2016fin.ashx?la=da&hash=82BEB4F7170DB9460905E3E1A62B2A9BF0C76405.

74. Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen. Den generelle del fælles for alle specialer, 3. Udgave [Internet].; 2018 []. Available from: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallæger/Maalbeskrivelser/Specialll_ger-M_lbeskrivelse-Generel-august2014.ashx?la=da&hash=39709C8CFD5DBE35FAA871D071B0E37F53684DE9.

75. Lundberg FE. **Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990–2016: the NORDCAN survival studies**. ACTA ONCOLOGICA. 2020;59(11):1266.

76. Sundhedsstyrelsen, editor. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. ; 2018.

77. Dansk Hjertestopregister, editor. Årsrapport Dansk Hjertestopregister. ; 2019.

78. Sundhedsstyrelsen, editor. **Styrket indsats for mennesker med diabetes. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020**. ; 2017.

79. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom . . 2020.

80. Sundhedsstyrelsen, editor. Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser. ; 2011.

81.
Multisygdom i Danmark [Internet].; 2019 []. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/multisygdom-i-danmark.

Udkast

82. Eriksen CU, Birke HS, Helding AL, Frølich A, editors. Viden om organisatoriske og patientrettede indsatser ved multisygdom - Et systematisk litteraturstudie af nationale og internationaleerfaringer med organisering af sundhedsvæsnet for mennesker med multisygdom. Sundhedsstyrelsen; 2019.

83. Frølich A, Olesen F, Kristensen I, editors. Hvidbog om MULTISYGDOM - Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. ; 2017.

84. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017 [Internet].; 2017 []. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017.

85. VIVE - Viden til Velfærd. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, editor. Fremtidens sundhedsudgifter - En analyse af sund aldring, "steeping" og teorien om alder som "red herring". ; 2020.

86. Vejledning om generelle kurser i speciallægeuddannelsen: VEJ nr 9153 af 01/04/2011 [Internet].; 2011 []. Available from: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/vejledning-om-generelle-kurser-i-speciallaegeuddannelsen.

87. Vejledning om deltidsansættelser i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 9160 af 31/03/2014 [Internet].; 2014 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2014/9160.

88. Vejledning om erstatningsansættelser i den lægelige videreuddannelse: VEJ nr 9287 af 30/06/2008 [Internet].; 2008 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2008/9287.

89. Vejledning om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etableringen af specialet akutmedicin: VEJ nr 9877 af 03/10/2018 [Internet].; 2018 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9877.

90. Vejledning om overgangsordning for læger under uddannelse til speciallæge ved 2003-uddannelsesordningens ikrafttræden i forbindelse med 1996-uddannelsesordningens ophør pr. 31. december 2012: VEJ nr 9057 af 19/02/2013: VEJ nr 9057 af 19/02/2013 [Internet].; 2013 []. Available from: https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/9877.

Udkast

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle

Ad. dagsordenspunkt 1: Godkendelse af dagsorden
Sagsfremstilling:
Dagsordenen er fremsendt til Rådets medlemmer den 16. februar 2022.

Indstilling:
Sekretariatet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Ad. dagordenspunkt 2: Akutafdelingen Slagelse
Sagsfremstilling:
Uddannelsesforholdene på Akutafdelingen i Slagelse blev senest drøftet på mødet den 20. september 2021. På dette møde blev det tydeliggjort, at de uddannelsesmæssige problemstillinger skyldtes strukturelle forhold samt tilgængelige ressourcer.

Efterfølgende blev antallet af KBU-læger reduceret, og der blev tilført midler til styrkelse af vagtfunktionen. Herudover er der blevet arbejdet med at sikre højere læringsværdi af morgenkonferencen, bedre mulighed for direkte supervision samt arbejdet med den gode dialog både intern i afdelingen som med kolleger fra ortopædkirurgisk og medicinske afdelinger. Doris Østergaard har desuden afholdt et vejlederkursus lokalt i afdelingen, og AP-lægerne har før ansættelsen i Akutafdelingen fået styrket deres vejlederkompetencer.

Der vedlægges udtræk fra www.evaluer.dk af de gennemførte evalueringer fra hhv. KBU og h-læger i Almen Medicin fra årene 2020 og 2021. Der ses forbedringer i begge grupper. Da antallet af intro- og h-læger i Akutmedicin fortsat er få, er disse evalueringer ikke medtaget.

Indstilling:
På baggrund af de gennemførte tiltag herunder dialogmøder hver 14. dag giver både ledelsesrepræsentanterne som YL i Region Sjælland en status for uddannelsesforholdene i afdelingen.

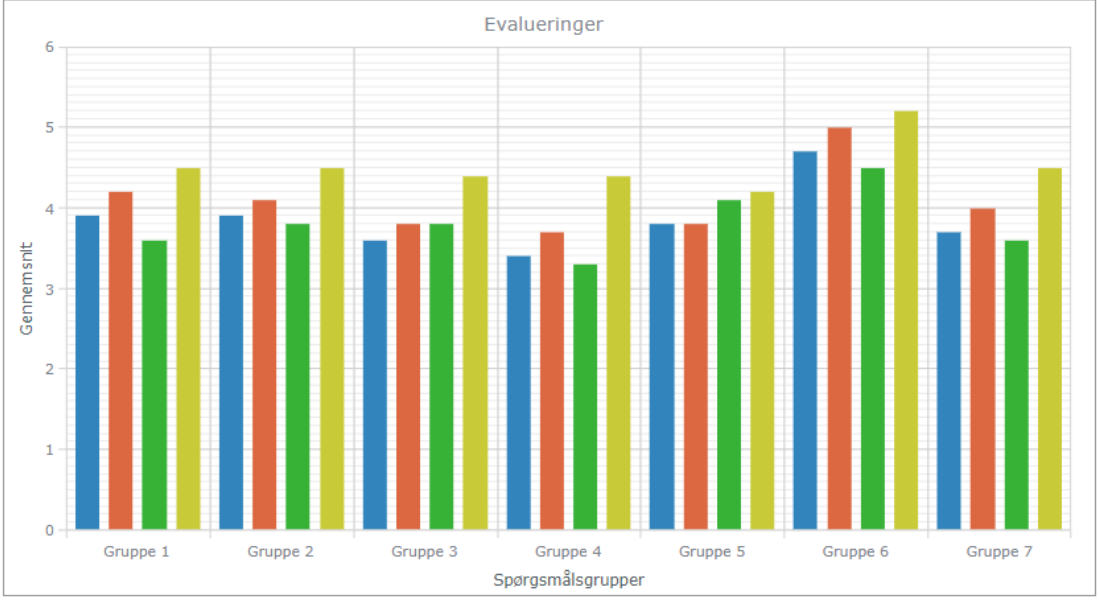
Bilag:
Bilag 02.01: Evalueringer 2020 og 2021 KBU og h-læger Almen Medicin
Bilag 02.02 Konsulentrapport juni 2021
Bilag 02.03 Status fra YL september 2021

Bilag 02.01: Evalueringer 2020 og 2021 KBU og h-læger Almen Medicin

Farve	Sted	Periode	Stillingstype	Uddannelsesspeciale	Afdelingsspeciale	Excel	Antal	Fjern
	RSJ: Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse - SLA, Akutafdeling	2020	Klinisk basisuddannelse	Alle	Akutmedicin		40 af 42	Fjern
	RSJ: Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse - SLA, Akutafdeling	2021	Klinisk basisuddannelse	Alle	Akutmedicin		39 af 48	Fjern
	RSJ: Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse - SLA, Akutafdeling	2020	Hoveduddannelse	Almen medicin	Akutmedicin		8 af 8	Fjern
	RSJ: Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse - SLA, Akutafdeling	2021	Hoveduddannelse	Almen medicin	Akutmedicin		13 af 15	Fjern

Afdeling	IR	Periode	Antal	i	1	2	3	4	5	6	7
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse SLA, Akutafdeling		2020	40 af 42		3.9	3.9	3.6	3.4	3.8	4.7	3.7
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse SLA, Akutafdeling		2020	8 af 8		3.6	3.8	3.8	3.3	4.1	4.5	3.6
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse SLA, Akutafdeling		2021	39 af 48		4.2	4.1	3.8	3.7	3.8	5	4
Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse SLA, Akutafdeling		2021	13 af 15		4.5	4.5	4.4	4.4	4.2	5.2	4.5

Søjlediagram



Hvidovre 17/6 2021

Konsulentrapport vedrørende akutafdeling på Slagelse Sygehus

Rapporten er udarbejdet på baggrund af besøg på afdelingen. Såvel besøg på afdeling som udarbejdelse af rapport er sket efter aftale med ledende overlæge Jes Braagaard.

Akutafdelingen i Slagelse er en stor afdeling med mange uddannelsessøgende læger, 27 KBU læger; derudover 2 introduktionsstillinger i akutmedicin, 8 læger ansat i blokstilling til almen medicin og læger ansat i speciallægeblokke. Afdelinger er normeret til 16 speciallægestillinger i akutmedicin, men kun en mindre del af disse stillinger er aktuelt besat med fastansatte læger. Afdelingen har for flere år siden haft væsentlige uddannelsesmæssige udfordringer, i efteråret 2020 var der atter uddannelsesmæssige udfordringer, hvilket mundede ud i et øget fokus på uddannelse med deraf følgende øgning af tilfredshed med forholdene blandt de uddannelsessøgende, herunder især KBU. Der har i en periode i februar-marts 2021 været et større arbejde med aktiv rekrutteringsstrategi for KBU læger, og det kunne se ud som om dette arbejde var ved at bære frugt.

Afdelingen har haft udskiftning i såvel ledelse som uddannelsesansvarlig overlæge indenfor det seneste år. Den uddannelsesansvarlige afdelingslæge har nu opsagt sin stilling per 31/8 2021, og der søges aktuelt om genbesættelse af denne stilling.

Styrker:

Afdelingens styrker er helt klart et betydeligt antal indlæggelser, som giver mulighed for en rig variation i det daglige arbejde med stor mulighed for læring i stort set alle situationer. Dette vil fordre en kultur, hvor det er en anerkendt og almindelig del af det daglige arbejde, at de seniore læger tager en langt større supervisorrolle og mindre behandlende rolle end tilfældet er i den øjeblikkelige situation. Der er på dette punkt sket en ændring i forhold til mit seneste besøg på afdelingen, idet der er lavet plan for struktureret supervision i tidsrummet 8-15.30 til ”orange kald”

Ved at være supervisor frem for behandlende vil en senior læge kunne varetage den overordnede behandling af et betydeligt øget antal patienter samtidig med, at supervisor funktionen styrkes betydeligt.

Der er indført en triagering, hvor mere alvorligt syge patienter skal tilses af såvel KBU læger som mere seniore læger. Endvidere er det besluttet, at en af de mere alvorligt syge patienter skal fremlægges ved morgenmødet, med henblik på sparring og læring.

Svagheder:

Afdelingens helt store svaghed er den nuværende diskrepans mellem antallet af uddannelsessøgende læger og antallet af speciallæger. Da faget akutmedicin er et nyt speciale, findes der ganske få læger, der har opnået speciallægeanerkendelse inden for dette speciale, og hovedparten af speciallægerne har opnået

denne speciallægeanerkendelse på baggrund af en speciallægeanerkendelse inden for et andet speciale og efterfølgende meritanerkendelse inden for specialet akutmedicin. Der er dog på landsplan samlet for få læger med speciallægeanerkendelse inden for specialet, hvilket afspejles i alt for få fastansatte speciallæger på afdelingen. Man supplerer de fastansatte speciallæger med speciallægekonsulenter til dækning af vagter, og det er en udbredt og samstemmende opfattelse blandt de uddannelsessøgende læger, at konsulenterne på ingen måde ser det som deres opgave at supervisere de uddannelsessøgende læger i det daglige arbejde, hvorfor især tjenester udenfor almindelig dagarbejdstid er en stor belastning for især KBU lægerne, da disse har et andet og større behov for supervision og sparring omkring patientbehandlingen. Det er ikke tilstrækkeligt i uddannelsesøjemed, at der er mulighed for at konferere patienter med en mere senior læge, udelukkende at patientsikkerheden ikke er væsentligt kompromitteret.

Det skal dog i denne sammenhæng pointeres, at alle de KBU læger, jeg har snakket med under mit besøg på afdelingen den 15/6 2021, lagde vægt på den gode samarbejdsånd, såvel blandt KBU læger som alle læger imellem. Der er en stærk følelse af, at det er muligt at få hjælp i det nødvendige omfang

I den kirurgiske del (skadestuen) er bemandingen i dagtid og indtil kokken 22(18) således, at KBU lægen har direkte adgang til supervision fra en anden læge i skadeområdet. Fra klokken 18 er KBU lægen alene i skadestuen og skal konferere tvivlsspørgsmål med en konsulent, der befinder sig på matriklen i Næstved. Dette er ikke i overensstemmelse med beslutningen fra Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, der tilsiger, at den superviserende læge skal befinde sig fysisk på samme matrikel. Der er ingen tvivl om, at et øget samarbejde med ortopædkirurgisk afdeling vil være befordrende for dels uddannelsen, men også for kvaliteten i behandlingen.

Morgenmødets diskussion af mere alvorligt syg patient er en sikkert implementeret del af en rutine, dog bruges denne situation ikke optimalt, idet diskussionen og den faglige og pædagogiske læring mere har karakter af en gennemgang, fremfor en egentlig lærende diskussion med involvering af alle de læger, der deltager i morgenkonferencen. Der deltager mange læger i denne konference og en stor del af dem er KBU læger. Desværre bruges en stor del af tiden til rutinemæssigt at gennemgå, om skemasatte læger er mødt på arbejde, frem for en kultur, hvor man adresserer problemet, såfremt der er sygemeldinger. Det er en stor ledelsesmæssig opgave at implementere og fastholde disse tiltag og kræver en opbakning fra ledelsen ved tilstedeværelse og markering af, at uddannelse er en vigtig del af afdelingens virke. Det tager meget lang tid at implementere og fastholde tiltag til uddannelse i en afdeling, og det er derfor godt, at afdelingsledelsen har påtaget sid denne opgave. Når det findes sikkert implementeret, må det være muligt at vagthavende bagvagt kan påtage sig rollen som faciliterende læge ved konferencen, ligesom den uddannelsesansvarlige overlæge.

Muligheder:

Ved et så markant mismatch mellem antallet af uddannelsessøgende læger og speciallæger, vil det være tvingende nødvendigt med tiltal til at ændre på dette forhold, såfremt man fastholder den planlagte normering, som er på et lavere niveau, end tilfældet er i øjeblikket. Antallet af KBU læger er meget højt (27) og det står i stor kontrast til muligheden for supervision til disse læger. En mulighed kunne være en reduktion af antallet af KBU læger i akutmodtagelsen, således at de blev tilknyttet en stamafdeling, der

havde mulighed for at have et mere optimalt forhold mellem antallet af uddannelsessøgende læger og speciallæger. Dette vil fordre, at specialafdelingerne i et større omfang får en tilknytning til akutmodtagelsen, idet KBU læger fra en specialafdeling under passende supervision fra enten akutmodtagelsens speciallæger eller specialafdelingers speciallæger, vil kunne varetage supervision.

Ledelsesmæssigt vil det være muligt at italesætte og ved indgåelse af konsulentkontrakter, forpligte konsulenter til at deltage i supervision på lige fod med afdelingens fastansatte speciallæger.

Tidspres angives ofte som en grund til ikke at supervisere, og det samme har jeg hørt fra stort set alle. Den eneste måde at få tid, er ved at bruge tid. Ikke at supervisere eller oplære, betyder at uddannelseslæger vedbliver at lave de samme fejl, oven i købet på en utryg baggrund. Resultatet vil alene være, at KBU lægerne i løbet af deres 6 måneds ophold bliver hurtigere til at lave de fejl, som de ikke ved, de laver. Ved at bruge tid på at supervisere, dygtiggør man sine yngre kolleger, således at de på en væsentlig mere sikker måde er i stand til at tage beslutninger, øge deres selvstændige niveau markant og opleve en arbejdsglæde ved at blive selvstændigt fungerende i tiltagende vanskelighedsgrad i patientbehandlingen. Systematisk træning i klinisk beslutningstagning vil være stærkt befordrende for det uddannelsesmæssige miljø.

Det er selvfølgelig nødvendigt hurtigst muligt at få besat stillingen som uddannelsesansvarlig overlæge. Man vil normalt have et behov for tid til varetagelse af denne funktion og med antallet af uddannelsessøgende læger på akutafdelingen på Slagelse Sygehus, vil et passende ugentligt frikøb af den (eller de) uddannelsesansvarlige overlæge(r) være i størrelsesorden af ½-1 timer per uge per uddannelsessøgende, i dette tilfælde skønsmæssigt 20 timer (16-32) timer

Trusler:

Først og fremmest den store ulighed i antallet af læger under uddannelse og fastansatte speciallæger. Endvidere antallet af patienter i sammenligning med, hvad den lægelige kapacitet ved de fastansatte og uddannelsessøgende læger kan håndtere

Der er ingen tvivl om, at konsulenter kan hjælpe med en del af denne håndtering, men konsulenter har svært ved at være og blive en kulturbærende del af en afdeling og med antallet af uddannelsessøgende læger, er uddannelseskulturen i afdelingen under et meget markant pres.

Den helt store trussel er mod arbejdsmiljøet, idet primært KBU lægerne, men også de øvrige uddannelsessøgende læger, oplever et miljø med et meget markant tidspres uden mulighed for at være ny og uden mulighed for en tryg oplæring.

Endvidere hører jeg fra alle, at der er en uafklaret situation omkring afdelingen budget og hermed lægebemanding, hvilket var det, der fik tiltagene med rekruttering i februar-marts til at falde helt til jorden. De nuværende KBU læger er meget bekymrede for de kommende KBU læger mulighed for at få et godt KBU ophold og alle fremhæver, at de adspurgt vil fraråde at vælge Slagelse akutafdeling i KBU. Da afdelingen har mange KBU stillinger, vil det være meget problematisk, idet det tager meget lang tid at rette op på et dårligt ry.

Der er generelt en følelse af, at der er ledelsesmæssig opbakning til en italesættelse af, at de uddannelsesmæssige forhold er under den standard, der må forventes.

Jeg har gennem mine besøg i afdelingen fået indtryk af en afdeling under maksimalt pres, men med muligheder for at lave god uddannelse. Den lægelige bemanding på speciallægeniveau er på så lavt et niveau, at det alene er en trussel mod afdelingen. Antallet af KBU læger er til gengæld virkelig højt, faktisk så højt, at det i sig selv udgør en trussel mod læringsmiljøet, da afdelingen ikke kan håndtere det store antal KBU læger på betryggende vis.

Såfremt der ikke kommer en afklaring af bemandingssituationen med tilstrækkelig bemanding, vil det være meget tvivlsomt, om afdelingen fortsat skal have ansat så stort et antal KBU læger

Med venlig hilsen

Kim Holck

Specialkonsulent i lægelig videreuddannelse

Til Videreuddannelses Region ØST

Hermed er de yngre lægers oplevelse af uddannelsesniveauet på Slagelse akutmodtagelse. Dette oplæg er skrevet i samarbejde med afdelingens yngre læger, gennemgået på yngre læge møde (31/8-21) og godkendt af hele den yngre læge gruppe på Slagelse akutmodtagelse

Samarbejde mellem MV/BV

Til at starte med vil vi gerne påpege at vores BV/MV altid møder KBU'lægerne med en sober og behagelig tone. Der er altid mulighed for at konferere vores patienter og man bliver aldrig afvist. Generelt er der et godt samarbejde mellem MV/BV og KBU-læger

Forstærket introduktion

Når vi starter som KBU læge har vi muligheden for at få forstærket introduktion. Dette er to ugers ekstra introduktion, som er lønnet. KBU-lægerne sætter stor pris på denne mulighed og generelt er der stor tilfredshed.

Dette forløb er meget givende både fagligt og socialt.

Der er selvfølgelig altid mulighed for udvikling, og det er vores opfattelse at der aktivt bliver arbejdet på at videreudvikle forløbet.

Skadestuen

Skadestuen fylder meget i vores akutmodtagelse og den er grund til stor bekymring blandt de yngre læger (og MV).

I dagtiden har vi en senior skadelæge fra 08.00-18.00 man-tors og 12-22 fre-søn. Dette er meget værdsat og selvom at det største del af tiden er vikar-læger udefra oplever vi at få supervision og læring i vores dagvagter.

Grundet travlhed er der sjældent tid til fordybning, men vore senior skadelæger superviserer, hvis KBU-lægerne har behov.

Desværre har vi ikke en senior skadelæge/MV/BV i hele døgnet og dette er meget utrygt for vores KBU-læger (og MV). Vores vagter er generelt meget belastede. På nattevagter oplever vi ikke at have tid til at spise og at vi ofte ikke får hvile. Dette er selvfølgelig udmattende, men vores største bekymring er at vores BV er i Næstved.

Som FV/MV har vi sparsom erfaring med ortopædkirurgi og indenfor dette speciale er der meget hands-on behandling. Det kan være suturering af komplicerede læsioner, luksationer eller brud, der skal reponeres.

I vagten har vi ikke mulighed for at få supervision til dette. Der er enkelte akut BV1 som kan hjælpe, men overordnet har vores akut BV1 ikke ortopædkirurgisk erfaring og vi har derfor ikke mulighed for supervision i huset.

Dette udløser utryghed blandt FV/MV og at vores arbejdsopgaver trækker ud, da vi har svært ved at løse problemstillingerne selv.

Ofte må der ringes efter O-kir MV i huset og dette kan skabe dårlig stemning, da de har mange andre arbejdsopgaver og formelt er det ikke deres opgave at hjælpe os.

Vores KBU-læger har læst jeres rapport, fra maj, og bemærket at denne ordning med en supervisor i Næstved ikke lever op til retningslinjerne for en KBU uddannelse.

Der er derfor blandt de yngre læger stor forundring over at denne praksis kan forsætte?

Supervision til de orange kald

Efter jeres besøg i maj, tog Simon Gøtler (daværende AMIR) initiativ til at der skulle være fast supervision til alle orange kalde fra kl. 08.00-15.30.

Dette er implementeret i afdelingen, men desværre oplever de yngre læger at BV kun stikker hovedet ind og spørger om man har brug for hjælp og ellers går de igen.

Der er konkrete eksempler på at KBU-læger har spurgt om supervision og feedback til de orange kald, hvor BV er gået.

Der er selvfølgelig enkelte BV som giver supervision.

Vores oplevelse er at vores MV'er oftere tager sig tid til at supervisere. Desværre oplever de ofte meget travlhed og ofte er tiden ikke til det.

Vores medicinske MV i stueetagen får ingen introduktion til afdelingen, og grundet den i forvejen travle hverdag, er de også dårligt introduceret til vores arbejdsgang. Dette fremmer ikke læring og undervisning af KBU-læger.

Vi oplever ikke at ledelsen italesætter behovet for supervision til vores fælles konferencer.

Supervision generelt

I dagligdagen oplever vi sjældent supervision. Et fåtal af læger tilbyder den frivilligt, og ellers skal man være meget opsøgende.

Desværre har vi KBU-læger, som er opsøgende, men alligevel bliver afvist pga. travlhed.

Konkret har en KBU-læge spurgt sin vejleder flere gange om supervision og feedback, hvor det er blevet afvist grundet travlhed.

Vores oplevelse er at man kan gå 6 måneder uden at få supervision.

Dog skal det igen nævnes at der er supervision i dagstiden i skadestuen. Hvis der er tid.

Vejleder oplevelser

En stor del af vores vejleder er svenske. Flere KBU-læger har måtte undervise deres vejleder i brugen af logbog. En enkelt har brugt alle sine vejledermøder på at hjælpe sin vejleder med dette. Personen måtte ringe til IT-nummeret på vegne af vejlederen, så brugeren kunne blive aktiveret.

Vi har ofte svært ved at få planlagt vejledermøder og til møderne er de sjældent engagerede eller interesserede i vores kompetencehæfte.

Ofte har man den oplevelse at vores vejleder ikke ved, hvad deres vejlederopgave er.

Enkelte har fået beskeden at de får alle kompetencer godkendt, lige meget hvad.

Igen skal de gode oplevelser nævnes. Generelt er opfattelsen at AP-lægerne fungerer bedre som vejleder. De ved hvordan man bruger logbog og kompetencebogen, og virker generelt mere engagerede i uddannelse af KBU-lægerne.

Kritisk travlhed og "korte AOP'er"

I vores akutmodtagelse arbejder vi med en D4 instruks, hvor der kan erklæres kritisk travlhed. Når dette indtræffer mødes alle læger og koordinerende sygeplejersker. Her laves der en status og arbejdsopgaver fordeles.

Flere KBU'er har til disse møder fået beskeden om at skrive "korte AOP'er/vurderingsnotater/orange kald notater". Begrebet er løst defineret fra BV til BV (og ledende overlæge). Fælles er dog at der ikke er en D4 instruks for denne protokol og der ingen retningslinjer er for "hvad der er vigtigt".

Vores bekymring er at en usuperviseret KBU-læge ikke har kompetencerne til at lave en vurdering af "Hvad der er vigtigt". Denne erfaring har vi ikke opnået endnu.

Derudover er der et juridisk problem i at vores patienter kommer til at ligge længe inden de får lavet en AOP og får lagt medicin ind.

Til vores KBU introduktion har vores ledende overlæge nævnt denne "fokuserede AOP" vi bruger i kritisk travlhed. Ingen ved dog hvad den skal indeholde.

Hvis man skal arbejde med en reduceret udgave af en AOP er vores forventning at der foreligger en D4 instruks, hvor indholdet af et sådan reduceret AOP er beskrevet, og hvem der er ansvarlig såfremt det findes mangelfuldt.

AOP´er uden øvrige organsystemer

På akutmodtagelsen har vi en AOP skabelon, som vi bliver introduceret til ved vores start. I denne AOP er "øvrige organsystemer" fjernet.

Vores TR har spurgt UKYL, hvorfor og svaret var at det var en uddannelsesbeslutning?

Som KBU-læge undres man, da den grundige AOP er vores bedste læringsredskab. Ved at bruge øvrige organsystemer lærer man som ung læge, hvilke problemstillinger man måske har glemt?

Grundet vores lille erfaringsgrundlag er det svært for en KBU-læge at lave en fokuseret AOP og derfor mener vi at det for vores læring skal være med i en AOP.

Undervisning

Vi har undervisning 3 gange om ugen. 2 gange hvor KBU lægerne underviser KBU-lægerne og 1 gang hvor det er en fagperson udefra. Meget ofte er der undervisning i hvordan man bruger medicin i SP.

Selvom vi sætter pris på undervisning fra vores med KBU-læger oplever vi mangel på undervisning fra speciallæger/hoveduddannelseslæger/introduktionslæger, der kan løfte vores niveau. Da vores supervision i klinikken også er sparsom er morgenundervisning en mulighed for at løfte vores uddannelsesniveau.

Derudover har vi svært ved at nå at forberede vores undervisning, selvom det skal gøres i arbejdstiden. Det er jo klart at med den omtalte travlhed har man ikke et par timer til at forberede og fordybe sig i sin egen undervisning.

Fordybelse og travlhed

Overordnet oplever vores yngre læger et stort arbejdspres. Vi har ofte kritisk travlhed og vi har tit mange usete patienter, der venter længe. Vores opfattelse er at vi jf. vores D4 instruks lever op til kritisk travlhed flere gange om ugen, men ofte bliver det ikke aktiveret, da vores BV ikke mener det hjælper. Derfor er det ikke sikkert at man kan få et repræsentativt billede via vores datasystem.

Fra 1 august er vi gået en FV ned (fra 4 til 3) i vores nattevagter, hvilket kun gør situationen værre. Dette påvirker vores FV, der ingen pauser har og vores MV/BV, der ofte skriver AOP'er hele natten.

Vi mærker ofte et efterslæb af nattens travlhed dagen efter. Her har afdelingen store problemer med at få vores patienter videre i huset. Grundet overbelægning, der er konstant, bliver patienterne i akutmodtagelsen. Dette gør at vores BV bruger alt deres tid på at lave gennemgange/stuegang, i stedet for at supervisere FV med at tage imod nye akut påvirkede patienter.

Vi oplever også at vores FV bliver presset til at udskrive patienter, der måske ikke skal udskrives grundet den store pladsmangel vi har i huset.

I vores hverdag har vi ikke tid til fordybelse og rent faktisk prioritere vores læring. Vi mangler også tid til at kunne udvikle vores praktiske kompetencer indenfor ultralyd, lumbalpunktur, PVK mm.

Det er klart for os at hvis man har så travl en afdeling, med mange usete patienter, der ofte venter længe, så bliver uddannelse nedprioriteret. Som yngre læge har man forståelse for dette, da man ikke ønsker at patientsikkerheden bliver forringet, men spørgsmålet er om patientsikkerheden bliver forringet, når man har 25 KBU-læger, der ofte arbejder uden supervision?

Mvh. de yngre læger, forvagter og mellemvagter, fra Slagelse Akutmodtagelse

Ad. dagsordenspunkt 3: Forslag til nyt kommissorium for uddannelsesråd
Sagsfremstilling:
På sidste møde blev det besluttet, at Sekretariatet skulle udarbejde et oplæg til revideret kommissorium for uddannelsesrådene.
Baggrunden for ønsket er, at Region Sjælland oplever en ubalance i uddannelsesrådene, som gør, at Region Sjælland ikke i samme grad som Region Hovedstaden kan få sine ønsker igennem. Nogle medlemmer føler, der ikke er lydhørhed for deres synspunkter. Det er er ønske, at afdelinger, der aktuelt ikke indgår i speciallægeuddannelsen, også skal kunne tilbydes en plads i uddannelsesrådene. Herudover ønskes det også vurderet hvilke kriterier, der skal lægges til grund for, om afdelinger kan indgå i den lægelige videreuddannelse.

Indstilling:
Sekretariatet indstiller, at Rådet drøfter forslag til nyt kommissorium mhp. udarbejdelse af endelig udgave. Region Sjælland har ikke som planlagt haft forslaget til udtalelse.

Bilag:
Bilag 03.01 Forslag til kommissorium for uddannelsesråd
Bilag 03.02 Nuværende kommissorium for uddannelsesråd

Ad. dagordenspunkt 4: Status for uddannelsesforholdene på Medicinsk afdeling BOH
Sagsfremstilling:
YL har ønsket en status for uddannelsen på Medicinsk afd. Bornholm. På sidste møde blev det fremført, at bagvagterne på afdelingen ikke ønsker at blive ringet op og tage sig af "banale" KBU-spørgsmål, ligesom der kan opleves problemer i forbindelse med tilkald af Anæstesiologisk bagvagt.

Den ledende overlæge har oplyst,, at bagvagt på Anæstesiologisk afdeling som hovedregel skal kontaktes af bagvagt på hhv. Medicinsk eller Kirurgisk afdeling. I hyperakutte situationer kan dette fraviges.

PKL for KBU har planlagt besøg på afdelingen den 16. februar.

Indstilling:
At uddannelsesforholdene drøftes på baggrund af redegørelse fra PKL Kim Holck.

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

REGION HOVEDSTADEN
CENTER FOR HRU, SEKTION 3.5
SEKRETARIATET FOR LÆGELIG VIDEREUDDANNELSE ØST
GENTOFTE HOSPITAL
KILDEGAARDS VEJ 28, OPGANG 3A
2900 HELLERUP
TLF.: 38 66 9930
E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

SAGSBEH.:	Lise Møller	SAGSNR.:	22002546-xx		
DIREKTE TLF.:	38 66 99 31	ARKIV NR.:	02.04.04		
E-MAIL:	Lise.m@regionh.dk	DERES J. NR./REF.:		DATO:	xx.xx.2022

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

FORMÅL:

- Sikre en kvalificeret faglig rådgivning af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST således at Rådet kan varetage de opgaver det er tildelt i henhold til bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger (BEK nr. 1706 af 20. december 2006)
- Medvirke til at sikre den lokale implementering af specielt de klinisk pædagogiske tiltag med relation til Klinisk Basisuddannelse - og speciallægeuddannelse.

OPGAVER:

- Uddannelsesrådet er rådgivende over for Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST indenfor generelle spørgsmål vedrørende den lægelige videreuddannelse inden for specialet inkl. fællesdelen både i relation til Klinisk Basis- som speciallægeuddannelse. Det er primært den postgraduate kliniske lektor der forestår rådgivning vedr. personsager. Principielle spørgsmål afledt af konkrete personsager behandles i uddannelsesrådet.

- Uddannelsesrådet rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedrørende planlægning og gennemførelse af speciallægeuddannelsen inden for specialet. Ved udarbejdelse af indstillinger vedr. sammensætning og placering af uddannelsesforløb skal indstillingen overordnet forholde sig til de formelle rammer angivet i målbeskrivelsen, uddannelsesafdelingernes struktur og funktion, de enkelte afdelingers patientunderlag samt særlige forhold vedr. økonomi. Indstillingen bør belyse,
    - Løser afdelingen opgaver på relevant niveau
    - Volumen af nødvendige procedurer/patientgrupper i forhold til både antallet af uddannelseslæger og de kompetencer, der skal opnås
    - Antal uddannelsesgivende i forhold til antal uddannelsessøgende
    - Sammensætning og totalt antal uddannelseslæger (flere niveauer/specialer kontra et niveau/eget speciale)
    - Vurdering af om antallet af uddannelseslæger giver forringede muligheder for vedligeholdelse af speciallægernes kompetencer
    - Uddannelsesmiljøet – er uddannelsesstrukturen velfungerende samt, er der kvalificerede og dedikerede vejledere
    - Vurdering af balancen mellem uddannelse og drift herunder særlige økonomiske udfordringer

- Uddannelsesrådene medvirker til den løbende revision af uddannelsesprogrammer, og deltager i den lokale implementering af nye undervisnings-, lærings- og evalueringsmetoder.

- Uddannelsesrådene rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedr. løbende justeringer af uddannelsesforløbene i relation til strukturændringerne i sundhedsvæsenet samt iht. beslutninger taget af Det Regionale Råd.

- Uddannelsesrådene behandler Inspektorordningens evalueringer af de uddannelsesgivende enheder indenfor specialet, rådgiver i videst muligt omfang Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST og følger i samarbejde med Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST op på de beslutninger der træffes i konkrete sager.

- Uddannelsesrådet følger løbende videreuddannelsens kvalitet på baggrund af den postgraduate lektors afdelingsbesøg, inspektorrapporter, henvendelser fra uddannelseslæger samt overvågning af de uddannelsesgivende enheders evalueringer. Resultatet af uddannelsesrådenes opfølgning og de deraf følgende anbefalinger overgives til Det Regionale Råd.

UDDANNELSESRÅDETS SAMMENSÆTNING:

Uddannelsesrådet sammensættes af:

- Den postgraduate kliniske lektor i specialet.

- 1 repræsentant (normalt en uddannelsesansvarlig overlæge) fra hver af de potentielt uddannelsesgivende afdelinger/institutioner i specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Repræsentanter indmeldes af den enkelte region og/eller den enkelte afdeling. Hvis en afdeling har flere matrikler og disse er selvstændige uddannelsesgivende enheder, kan hver matrikel udpege en repræsentant.

- 2 repræsentanter for de uddannelsessøgende i specialet og ansat i regionen. Yngre lægemedlemsgruppen/-fraktionen i specialeselskabet udpeger det ene medlem og Yngre Læger det andet medlem.

I Retsmedicin desuden
- 1 repræsentant for Retsmedicinsk Institut
- 1 repræsentant for Københavns Universitet

I specialer hvor speciallægepraksis indgår i hoveduddannelsen desuden:

- Et medlem med hovedvirke i speciallægepraksis indenfor specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Medlemmet indstilles af specialeselskabet.

For Almen Medicin gælder:

- Rådet sammensættes af de postgraduate kliniske lektorer, fire repræsentanter for AMU/PRKL i Region Hovedstaden, tre repræsentanter for PUK i Region Sjælland samt i alt to DYNA-MU'er/yngre læger under uddannelse i specialet – én fra henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

For KBU gælder:

- Rådet sammensættes af den postgraduate kliniske lektor samt postgraduate lektorer i de specialer, der tilbyder KBU samt to yngre læger – én fra hver region - udpeget af Yngre Læger i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Formanden for uddannelsesrådet er den postgraduate klinisk lektor. I specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor er det lektoren med den højeste ansættelsesgrad, der er formand. For de specialer hvor der ikke er ansat en postgraduat klinisk lektor vælges formanden blandt uddannelsesrådets medlemmer.

UDDANNELSESRÅDETS MØDER:

Uddannelsesrådet fastsætter selv sin mødeplan, men mødes minimum én og normalt højest fire gange årligt. Herudover anbefales det, at uddannelsesrådet én gang årligt mødes med læger ansat i hoveduddannelse i specialet. Dette gælder dog ikke for almen medicin samt for KBU.
For enkelte specialer – for eksempel specialer med uddannelsesforløb på tværs af videreuddannelsesregioner eller med meget få uddannelsesforløb – kan der afholdes et landsdækkende koordinerende møde ca. en gang årligt.

For uddannelsesrådet i Almen Medicin er det aftalt, at den samlede årlige mødeaktivitet til de fire ordinære møder højst udgør 20 timer.

Indkaldelse sker normalt med mindst 14 dages varsel. Dagsorden og materiale til mødet tilsendes uddannelsesrådets medlemmer senest en uge inden mødet via e-mail.

Ekstraordinære møder kan indkaldes af formanden eller hvis mere end halvdelen af uddannelsesrådets medlemmer anmoder herom.

Uddannelsesrådet er kun beslutningsdygtigt når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede.

Til gyldig beslutning kræves simpelt flertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Ved indstillinger afgivet af uddannelsesrådet kan ethvert medlem forlange sin afvigende holdning tilført indstillingen.

Uddannelsesrådet kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper med henblik på varetagelse af konkrete opgaver.

Der udarbejdes referat fra alle møder. Dette sendes til uddannelsesrådets medlemmer samt til Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse, Region Øst.

Transportudgifter for uddannelsesrådets medlemmer fraset alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger udredes af medlemmets hovedarbejdssted.

Uddannelsesrådet har tilknyttet en medarbejder fra Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST som sekretær i forhold til udsendelse af mødemateriale samt udarbejdelse af referat. Uddannelsesrådets møder kan arrangeres af Sekretariatet, der ligeledes afholder udgift til forplejning.

IKRAFTTRÆDEN:

Alle specialer overgår til bestemmelserne i dette kommissorium pr. 1. xxx 2022. Der foretages nyudpegning af uddannelsesrådenes medlemmer ved behov.

Vedtaget af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST den xxxx 2022.

GODKENDT den 1. juni 2017

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

REGION HOVEDSTADEN
REGION SJÆLLAND

CENTER FOR HR, SEKTION 3.5
C/O GENTOFTE HOSPITAL
KILDEGAARDS VEJ 28, OPG. 10B.
2900 HELLERUP
TLF.: 39 75 06 80

E-MAIL: LAEGEUDDANNELSEN@REGIONH.DK
WWW.LAEGEUDDANNELSEN.DK

SAGSBEH.: Lise Møller
DIREKTE TLF.: 39 75 06 81
E-MAIL: Lise.m@regionh.dk

SAGSNR.: 17000177-
ARKIV NR.: 02.04.04
DERES J. NR./REF.:
DATO: 14.06.2017

KOMMISSORIUM FOR UDDANNNELSESRÅD I VIDEREUDDANNELSESREGION ØST

FORMÅL:

- Sikre en kvalificeret faglig rådgivning af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST således at Rådet kan varetage de opgaver det er tildelt i henhold til bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger (BEK nr. 1706 af 20. december 2006)
- Medvirke til at sikre den lokale implementering af specielt de klinisk pædagogiske tiltag med relation til klinisk basisuddannelse - og speciallægeuddannelse.

OPGAVER:

- Uddannelsesrådet er rådgivende over for Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST indenfor generelle spørgsmål vedrørende den lægelige videreuddannelse inden for specialet/ fællesdelen både i relation til Klinisk basis- som speciallægeuddannelse. Det er primært den postgraduate kliniske lektor der forestår rådgivning vedr. personsager. Principielle spørgsmål afledt af konkrete personsager behandles i uddannelsesrådet.

- Uddannelsesrådet rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedrørende planlægning og gennemførelse af speciallægeuddannelsen inden for specialet.

- Uddannelsesrådene medvirker til den løbende revision af uddannelsesprogrammer, og deltager i den lokale implementering af nye undervisnings-, lærings- og evalueringsmetoder.

- Uddannelsesrådene rådgiver Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST vedr. løbende justeringer af uddannelsesforløbene i relation til strukturændringerne i sundhedsvæsenet.

- Uddannelsesrådene behandler Inspektorordningens evalueringer af de uddannelsesgivende enheder indenfor specialet, rådgiver i videst muligt omfang Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST og følger i samarbejde med Det Regionale Råd, Videreuddannelsesregion ØST op på de beslutninger der træffes i konkrete sager.

- Uddannelsesrådet følger på baggrund af den postgraduate lektors opfølgning op på de uddannelsesgivende enheders evalueringer for at sikre videreuddannelsens kvalitet. Resultatet af uddannelsesrådenes opfølgning og de deraf følgende anbefalinger overgives til Det Regionale Råd.

UDDANNELSESRÅDETS SAMMENSÆTNING:

Uddannelsesrådet sammensættes af:

- Den postgraduate kliniske lektor i specialet.

- 1 repræsentant (normalt en uddannelsesansvarlig overlæge) fra hver af de uddannelsesgivende afdelinger/institutioner i specialet i Videreuddannelsesregion ØST.

- 2 repræsentanter for de uddannelsessøgende i specialet og ansat i regionen. Yngre lægemedlemsgruppen/-fraktionen i specialeselskabet udpeger det ene medlem og Yngre Læger det andet medlem.

I Retsmedicin desuden

- 1 repræsentant for Retsmedicinsk Institut
- 1 repræsentant for Københavns Universitet

I specialer hvor speciallægepraksis indgår i hoveduddannelsen desuden:

- Et medlem med hovedvirke i speciallægepraksis indenfor specialet i Videreuddannelsesregion ØST. Medlemmet indstilles af specialeselskabet.

For Almen Medicin gælder:

- Rådet sammensættes af de postgraduate kliniske lektorer, fire repræsentanter for AMU/PRKL i Region Hovedstaden, tre repræsentanter for PUK i Region Sjælland samt i alt to DYNA-MU'er/yngre læger under uddannelse i specialet – én fra henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

For KBU gælder:

- Rådet sammensættes af de tre ansatte særlige rådgivere, de to postgraduate kliniske lektorer i Almen Medicin samt to yngre læger – én fra hver region - udpeget af Yngre Læger i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Der udpeges personlige suppleanter for samtlige rådets medlemmer, dog således at der i specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor, ikke udpeges suppleanter for disse.

Formanden for uddannelsesrådet er den postgraduate klinisk lektor. I specialer med mere end én postgraduat klinisk lektor er det lektoren med den højeste ansættelsesgrad, der er formand. For de specialer hvor der ikke er ansat en postgraduat klinisk lektor samt i uddannelsesrådet for KBU vælges formanden blandt uddannelsesrådets medlemmer.

UDDANNELSESRÅDETS MØDER:

Uddannelsesrådet fastsætter selv sin mødeplan, men mødes minimum én og normalt højest fire gange årligt. Herudover anbefales det, at uddannelsesrådet én gang årligt mødes med læger ansat i hoveduddannelse i specialet. Dette gælder dog ikke for almen medicin samt for KBU..
For enkelte specialer – for eksempel specialer med uddannelsesforløb på tværs af videreuddannelsesregioner eller med meget få uddannelsesforløb – kan der afholdes et landsdækkende koordinerende møde ca. en gang årligt.

For uddannelsesrådet i Almen Medicin er det aftalt, at den samlede årlige mødeaktivitet til de fire ordinære møder højst udgør 20 timer.

Indkaldelse sker normalt med mindst 14 dages varsel. Dagsorden og materiale til mødet tilsendes uddannelsesrådets medlemmer senest en uge inden mødet via e-mail.

Ekstraordinære møder kan indkaldes af formanden eller såfremt mere end halvdelen af uddannelsesrådets medlemmer anmoder herom.

Uddannelsesrådet er kun beslutningsdygtigt når mindst halvdelen af medlemmerne er til stede.

Til gyldig beslutning kræves simpelt flertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

Ved indstillinger afgivet af uddannelsesrådet kan ethvert medlem forlange sin afvigende holdning tilført indstillingen.

Uddannelsesrådet kan nedsætte ad hoc arbejdsgrupper med henblik på varetagelse af konkrete opgaver.

Der udarbejdes referat fra alle møder. Dette sendes til uddannelsesrådets medlemmer samt til Sekretariatet for Lægers Videreuddannelse, Region Øst.

Transportudgifter for uddannelsesrådets medlemmer fraset alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger udredes af medlemmets hovedarbejdssted.

Uddannelsesrådet har tilknyttet en medarbejder fra Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse, Videreuddannelsesregion ØST som sekretær i forhold til udsendelse af mødemateriale samt udarbejdelse af referat. Uddannelsesrådets møder kan arrangeres af Sekretariatet, der ligeledes afholder udgift til forplejning..

IKRAFTTRÆDEN:

Alle specialer overgår til bestemmelserne i dette kommissorium pr. 1. august 2017. Der foretages nyudpegning af uddannelsesrådenes medlemmer ved behov.

Vedtaget af det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse ØST den 1. juni 2017.

Ad. Dagordenspunkt 5: Indkomne inspektorrapporter siden møde 2. december 2021
Sagsfremstilling:
Der er siden mødet i december indkommet 7inspektorrapport (bilag 05.01 til 05.07).
En rapport er modtaget start januar men beskriver et besøg udført i maj måned 2021. De resterende rapporter er alle modtaget i februar måned 2022 og dermed endnu ikke behandlet i uddannelsesråd.

"Grønne – gode" rapporter:
Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri. (bilag 05.01)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - SUH Roskilde (bilag 05.02)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge (bilag 05.03)

"Gule – mindre gode" rapporter:
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk/Obstetrisk - Slagelse Sygehus (bilag 05.04)
Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital (bilag 05.05)
Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri (bilag 05.06)

"Rød – bekymrende" rapport:
Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland (bilag 05.07)

Indstillinger:
Det Regionale Råd har besluttet, at inspektorrapporter og især læringsudbyttet af disse skal behandles som et særskilt punkt på et kommende rådsmøde. Inspektorordningen er desuden behandlet i arbejdsgruppe 4.

Det indstilles at alle de "grønne" rapporter tages til efterretning. Introduktionen på BUC er bragt i orden siden besøget i maj 2021.

De "gule" og den "røde" rapport behandles på kommende uddannelsesrådsmøder i marts og april måned. Det skal bemærkes, at besøget i Psykiatrien Syd er sket på anmodning af YL og Sekretariatet efter flere bekymringshenvendelser. Det indstilles, at evt. yderligere tiltag fra Rådet afventer behandling i uddannelsesrådene.

Bilag
Bilag 05.01 Inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri

Bilag 05.02 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - SUH Roskilde
Bilag 05.03 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge
Bilag 05.04 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk-Obstetrisk - Slagelse Sygehus
Bilag 05.05 Inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital
Bilag 05.06 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri
Bilag 05.07 Inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Tobias Kongstad-Hansen; Lise Møller; Birgitte Rønn
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri
Dato:	6. januar 2022 12:58:37
Vedhæftede filer:	image001.png

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 6. januar 2022 12:56
Emne: Om inspektorrapporten fra et opfølgende besøg den 19. og 20. maj 2021 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et opfølgende besøg på et børne- og ungdomspsykiatrisk center med virksomhed på tre matrikler. Centeret varetager uddannelsesfunktion for 38 læger i introduktionsuddannelse og 29 læger i hoveduddannelse i Børne- og Ungdomspsykiatri.

Selvevalueringen gennemførtes ved spørgeskemaer besvaret af Yngre Læger og workshops for alle læger med SWOT-analyse på hver matrikel.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 27 uddannelseslæger, speciallæger og sygehus-/centerledelse.

Afdelingen har vurderet 12 af 16 temaer som tilstrækkelige og de fire temaer uddannelsesprogram, professionel, konferencernes læringsværdi og læringsmiljøet som særdeles gode. Inspektorerne har vurderet temaet introduktion som utilstrækkeligt, 13 temaer som tilstrækkelige og de to temaer konferencernes læringsværdi og læringsmiljøet som særdeles gode.

Inspektorerne beskriver at centerets størrelse, geografi og funktioner giver stor variation i rammerne og mulighederne for uddannelse. Overordnet beskrives et uddannelsesmiljø med åbne døre og velvilje til daglig sparring. Inspektorerne fremhæver skemalagt tid til videreuddannelsesopgaver inkl. vejledning, men påpeger også at det på den anden side er svært at finde anden tid i dagligdagen også til erstatning når der er forhindringer i den skemalagte tid. Der er varierende mulighed for kursusdeltagelse afhængigt af den enkelte matrikel og afsnit.

Inspektorerne påpeger en sårbarhed særligt på små afsnit der kan medføre uacceptable vilkår for uddannelse. Derudover noterer inspektorerne at der berettes om frafald fra specialet på baggrund af bl.a. meget tunge patienter i vagterne over en periode, oplevelse af manglende kollegialt fællesskab og svært ved at finde rollemodeller og finde sin identitet i lægerollen. Sundhedsstyrelsen forventer at afdelingen også adresserer disse punkter på konstruktiv vis.

Ved seneste inspektorbesøg i 2018 var der aftalt seks indsatsområder, der alle er arbejdet videre med, men hvoraf ikke alle er fuldt implementerede endnu.

Der er ved inspektorbesøget aftalt fire indsatsområder inden for introduktion, akutfunktion for Hillerød-læger, forskningsklub og vejledermøder.

Sundhedsstyrelsen bakker op om disse tiltag.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutinebesøg om fire år eller snarest muligt derefter.

Mvh
Benni

_____

Benni Bees
Kontorfuldmægtig
T (dir.) +45 7222 7884
beb@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002925
Afdelingsnavn	BUC region Hovedstaden
Hospitalsnavn	Region Hovedstadens Psykiatri
Besøgsdato	19-05-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen		**X**		
Uddannelsesprogram			**X**	
Uddannelsesplan			**X**	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			**X**	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			**X**	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			**X**	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			**X**	
Professionel - Læring i rollen som professionel			**X**	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			**X**	
Undervisning - som afdelingen giver			**X**	
Konferencernes - læringsværdi				**X**
Læring og kompetencevurdering			**X**	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			**X**	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	BUC er et center på flere matrikler, for at sikre fælles faglige standarder er der oprettet sparring mellem såkaldte "søsterafsnit" indenfor samme aldersgrupper. Der er lavet en god vejlederhåndbog. Et lovende intensivt manualiseret introduktionsprogram, der aktuelt kører som pilot og skal udbredes på hele BUC.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	3 (Kresten, Nina, Jeanette)???
Speciallæger	34
Uddannelsessøgende læger	10 H-læger (B:2, H:1, G:7), 17 I-læger (B:7, H:6, G:4)
Andre	

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Jan Birnbaum Kristensen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jan Birnbaum Kristensen
Inspektor 1	Martin Nygaard Hansen
Inspektor 2	Sara Emilie Poulsen
Evt. inspektor 3	Anne Virring Sørensen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, er beliggende på tre hovedmatrikler, Bispebjerg, Glostrup (Brøndby) og Hillerød (Bornholm). På

	Glostrup og Bispebjergmatriklerne er der såvel ambulante- som døgnafsnit, i Hillerød er der ambulatorier og et dagafsnit. BUC-RH har behandlingsansvar for alle Sundhedsstyrelsens specialefunktioner inden for Børne- og Ungdomspsykiatri. Centrets patientgrundlag og øvrige aktiviteter understøtter alle aspekter af den lægelige videreuddannelse i børne- og ungdomspsykiatri både på det ambulante, og stationære område. Centret har en ledelsesmæssig organisering der orienterer sig efter setting (indlagt vs. ambulant) hvorimod uddannelsesorganiseringen fortsat er matrikelbaseret med fire uddannelsesansvarlige overlæger (UAO). I Hillerød er UAO'ens opgaver uddelegeret til en afdelingslæge. Der er 3 uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL) pt vakant på Bispebjerg. Alle matrikler tilbyder introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger. Hoveduddannelsesstillingerne er sammensat på tværs som blokke, der sikrer minimum to år på en universitetsafdeling og kliniske placeringer i både Region Hovedstaden og Region Sjælland. Rapporten dækker uddannelsesfunktionen på alle tre matrikler. Hvor der ikke direkte peges på en bestemt matrikel gælder vores beskrivelser og konklusioner således centret som helhed. Nærværende besøg er et genbesøg som opfølgning på inspektorbesøg juni 2018 hvor der blev fundet flere utilstrækkelige temaer i speciallægeuddannelsen. Disse er kommenteret i "status for indsatsområder".
Status for indsatsområder	Uddannelsesorganisering Denne er beskrevet i kommissorium for "uddannelsesgruppen for speciallægeuddannelsen v. BUC". Uddannelsesgruppen refererer til klinikchefen udpeget af CL,

	med ansvar for speciallægeuddannelsen. Formanden (UAO) for uddannelsesgruppen er udpege af klinikchefen. UAO'er biståes af i alt 3 UKYL'er, opgavefordeling ml UKYLer og UAO'er synes dog uklar. Introduktion: Nye uddannelsessøgende lægers introduktion til centret og arbejdsopgaverne finder sted på flere niveauer. Indholdet af de centrale introduktionsdage til Region Hovedstadens Psykiatri er kun i begrænset omfang rettet mod børne- og ungdomspsykiatrien, men kritiseres ikke i øvrigt ud over at koordinering med lokal introduktion kan være problematisk. Centrets tværfaglige introduktion til børne- og ungdomspsykiatrien beskrives af både nye læger, men også af modtagende læger som velplanlagt og velgennemført til ustruktureret. Der er indtryk af at der mangler en central person som bindeled til sikring af at introduktionen koordineres og målrettes den kommende læge. Det skal noteres at der pågår et omfattende arbejde netop med introduktionen af nye læger aktuelt som pilotprojekt. På intra findes undervisningsvideoer om fx ADHD og autisme (psykoedukationsmateriale til forældre) som nye YL opfordres til at se. Uddannelseslæger ved ikke hvor de kan finde relevante retningslinjer, instrukser, guidelines mv. Der sendes inden opstart mail med link til "Sekretariatet for lægelig videreuddannelse Øst"s hjemmeside (www.laegeuddannelsen.dk) hvor man kan finde uddannelsesprogrammer, uddannelsesplan, kompetencekort mv. Kendskab til denne udmærkede hjemmeside virker dog desværre til at være meget lidt udbredt. Der opleves mangelfuld koordinering af introprogrammer og formaliseret tovholderfunktion. Vejledere:

	Alle uddannelseslæger har en vejleder. Alle vejledere er speciallæger. Alle har skemalagt skrivebordsvejledning, hver anden uge og der stiles mod mesterlærevejledning hver anden uge. Alle steder er der åbne døre og velvilje til daglig sparring. Vejledermøder: Uddannelsesteamets intention er et årshjul med en fælles workshop for de tre matrikler hvert semester. For hver matrikel er der vejledermøder hver anden måned hvor hver UAO præsenterer et tema koordineret mellem UAO'erne internt. Fremmøde kan være sparsomt begrundet i prioritering af klinisk arbejde. På speciallægemøder er "vejledningsspørgsmål" et fast punkt. UAO deltager ved behov i midtvejsevalueringer. Uddannelsesplaner De uddannelsessøgende læger udarbejder sammen med deres vejleder en indledende uddannelsesplan. Få læger oplyste, at de ikke havde en uddannelsesplan ligesom enkelte andre angav, at planen fandtes, men kun af formelle hensyn. Flere udtrykte at anvendelsen af uddannelsesplanerne var anvendelig og dynamisk og som en rettesnor for kliniske fokuspunkter. Lægerollerne Centrets planlægning af videreuddannelsen giver de uddannelsessøgende læger adgang til alle relevante aspekter af det børne- og ungdomspsykiatriske speciale. Vejledningen sikrer feedback og udvikling ift alle lægeroller. Særligt vedr medicinsk ekspert: Alle H-læger får ADOS-kursus. Der er afhængigt af afsnit mulighed for at få PSE-kursus og ADI-kursus. Der er tilbud om deltagelse i årsmøde. I Hillerød får I-læger K-sads-kursus. Psykoterapi:

	Der er ansat to psykoterapiansvarlige overlæger én er for ambulatoriedelen, en anden for det stationære område. Introduktion til psykoterapi ligger i introprogrammet med fælles oplæg for nystartede. Der er tilbud om individuelle samtaler med den psykoterapiansvarlige. Alle I-læger har mulighed for at starte psykoterapiforløb. Det opleves i det stationære område vanskeligere at få hjælp til koordinering og planlægning. Der er et kapacitetsproblem på supervisordelen, særligt KAT. Forskning Forskningsenheden ligger på Gentofte. Det kan være svært at finde en vejleder til forskningstræning, men det lykkes dog altid til sidst. Der er indtryk af manglende systematik og rollefordeling på centret vedr. forskningstræningsopgaven. Undervisning Generelt efterspørger de yngre læger mere kliniknær undervisning. En del undervisning har lidt under corona og det påpeges at det er vigtigt at finde "tilbage" til de gode takter før corona. Samlet er der planlagt fælles undervisning for hele BUC månedligt i forbindelse med lægemøder. Der findes et årshjul. Der er også fælles YL-undervisning månedligt på YL-møder. Der er fokus på at dele gode undervisningsseancer virtuelt på tværs af matrikler, fx hvis der et sted er en ekstern oplægsholder. Ifølge vejledergruppen er der nogle afsnit har ugentlig undervisning/artikelgennemgang. Konferencerne Konferencerne i døgn-/dagambulante funktioner beskrives som veltilrettelagte og –gennemførte med mulighed for supervision og læring. I de ambulante funktioner er man flere

	steder (måske grundet corona?) gået over til at konferencer gennemføres af den teamansvarlige speciallæge med deltagelse af sagsholderen hvilket begrænser de uddannelsessøgende lægers mulighed for at lære af mere erfarne medarbejderes case-gennemgange. Ønsker: I-læger kan være pennefører til tavlekonference, konferencedeltagelse skal være obligatorisk så tiden ikke prioriteres til administrative hængepartier, ønske om systematisk oplæring i at afkorte notaterne og spare tid. Obs på oplæring i konferenceledelse på flere tidspunkter i hoveduddannelsen end blot H4-året. Læring og kompetencevurdering Centret har i deres kalenderplanlægning fastlagt en bestemt blok torsdag eftermiddag, hvor lægerne er friholdt fra driftsopgaver for at vie tiden til videreuddannelsesopgaver (vejledersamtaler, psykoterapeutisk supervision, møder etc.). Forhindringer som kurser, ferie, vagt / afspadsering og lignende udgør en væsentlig udfordring i dagligdagen, da det blev oplevet som kun i meget begrænset omfang muligt at finde erstatningstider i dagligdagen med den anvendte model, da hovedparten af kalenderen udover netop torsdag eftermiddag er booket meget stramt, særligt i de driftspressede ambulante funktioner. Der er et ønske om at vejledermøder gøres obligatoriske af flere grunde. Dels opdatering og opkvalificering af vejledere, dels til diskussion af udfordringer og komplekse uddannelsesforløb. Brugen af kompetencekortene varierer. Alle relevante læger er fortrolige med logbog.net. Der forefindes en vejlederhåndbog, den mangler reklame. Arbejdstilrettelæggelse Vagt:

	YL ønsker mellemvagtslag, ønsker at der bliver stillet større krav og forventninger helt generelt. I Hillerød er der vagtfunktion i form af tilsyn på somatiske afdelinger i dagtid. Akutblok for I-læger starter pr. 1. juni og skal evalueres efter flere har prøvet funktionen. På Bispebjerg er vagten også dagtid med tilkald efter kl 15.30, her passes sengeafsnittene (ikke skadestuearbejde). Arbejdspres og prioritering drøftes ikke altid med afsnitsledere. Der har været meget tunge patienter i vagterne det seneste halve år, indtryk af frafald fra specialet på den baggrund. Ikke-vagtarbejde: Bispebjerg: I-stillinger er som udgangspunkt et helt år samme sted. Det opleves dog at læger pludseligt kan flyttes af drifthensyn, fx grundet sygemeldinger. Det bliver en udfordring for både udd. læge og vejleder i forhold til at planlægge uddannelsesfoci. YL har en oplevelse af nem tilgængelighed til at få en speciallæge med, ambulant (større børn) er der altid to til "indledende vurdering". I-læge kobles med vejleder til disse vurderinger. Ungeambulatoriet beskrives meget travlt og svært at nå at dokumentere i almindelig dagtid, men at der er en god udvikling i gang med kvalitetsløft, fx at uddannelseslægerne nu kun "drifter" svarende til 50% tilstedeværelse, trods dette opleves det fortsat utilstrækkeligt med tid. Hillerød YL: Udfordringer med planlægning af kalenderen. Der bruges meget tid på mikromanagement. Oplevelse af manglende kollegialt fællesskab, manglende udveksling med andre. Svært at finde rollemodeller og finde sin identitet i lægerollen.

	Der er talt om fælleskontor for yl og mentorordning som vidensdelingsforum. Vejlederne: supplerer at der findes beskrivelser af arbejdsgange som udd.lægerne får vist hvor det ligger på P-drevet. Glostrup: Ny APV viser tidspres som trussel for arbejdsmiljøet. Ønsker og udfordringer fra uddannelsessøgende læge og vejleder fra hver matrikel. Generelle ønsker: 1) Flere monofaglige møder/konferencer og mere fagligt fællesskab 2) supervisionsgruppe til uddannelselæger Bispebjerg og Hillerød. 3) Bedre introduktion: - Kan UKYL være tovholder og kvalitetskonsulent på introprogrammerne? - Kan alle nye læger få en lokal mentor i den første tid til at hjælpe den sociale, faglige og administrative integration på vej? Generelle udfordringer: - Rekruttering, ubesatte H-forløb. Vakante afdelingslægestillinger. De fleste I-stillinger gennemføres. - De små afsnit er sårbare, nogle steder medfører det uacceptable vilkår for uddannelse. Dog manglende oplevelse af fællesskab, man føler sig meget alene. Kan man indføre "vejlederassistance" fra søsterafsnit. Status for indsatsområder, hvis der tidligere har været besøg: 1) Uddannelsesorganisering: Der foreligger nu funktionsbeskrivelser for UAO og UKYL, samt et kommissorium for uddannelsesteamet. 3 ud af 4 (5)

	UAO'er er tiltrådt 1.april/15.april. Der er 3 UKYL'er heraf en vakant stilling. Den nye gruppe har en lang og ambitiøs to-do-liste med mange gode intentioner. Der er afsat tid ugentligt til opgaven (7 timer hvoraf 3 af timerne fast mandag). Der er planlagt månedligt møde med UAO, UKYL'er og klinikchefer. De nye UAO'er er tilmeldt relevant efteruddannelse i funktionen med samlet set 6 dages kursus. Der er ikke et kursustilbud for UKYL'erne. Der er administrativ understøttelse til opgaverne. 2) Introduktion: Der er både generel og lokal introduktion. Der er en arbejdsgruppe vedrørende lokal introduktion, og der pågår et pilotprojekt med struktureret introduktionsforløb over 2 måneder med løbende opfølgning. Planlagt udrulning 1./9.2021. Der mangler fortsat introduktion målrettet H-lægerne. Generelt er der tilfredshed med introduktion for I-læger, der er et ønske om forbedring i forhold til H-lægernes introduktion, der burde tilpasses den enkelte. 3) Uddannelsesplaner: 2/3 af de deltagende uddannelseslæger mener at have en uddannelsesplan. Alle tilstedeværende vejledere mener at de laver og bruger uddannelsesplaner. Der er forskellige vurderinger af om den anvendes dynamisk mellem de to grupper (flere uddannelseslæger har oplevelsen af at den er proforma). 4) Vejledning: Alle vejledere (undtagen én) af de tilstedeværende speciallæger d.d. har været på vejlederkursus. I følge selvevalueringsrapporten dateret 25/01-21 har 33/49 deltaget i et vejleder-kursus. Det er uddannelsesteamets intention at der afholdes 2 årlige workshops for vejledere mht. opkvalificering. Der er vejledermøde hver 2. måned på

	hver matrikel. Det er vores indtryk at dette endnu ikke er helt konsolideret. Der er sparsomt fremmøde. Skal det være obligatorisk at deltage i? 5) Akut-/døgnpsykiatrierfaring for I-læger i BUC Hillerød: der er planlagt akutblok 3-4 mdr. for I-læger i Hillerød juni 21. Dette er første forløb så evaluering af den uddannelsesmæssig værdi savnes. 6) Synlighed / tilgængelighed af Forskningsenheden: Forskning har en fast plads i BUC's ugentlige nyhedsbrev. Der er månedlig "forskerklub"-forum af en times varighed hvor der fx præsenteres forskningstræningsopgaver og andre lokale projekter, YL må gerne deltage. 2 gange årligt er underviser forskningsenheden ved lægeundervisning. Der er fokus på rekruttering af læger til forskning. Der pågår forskning ude i klinikken. Forskningsafdelingen er ansvarlig for undervisning en gang pr semester i den planlagte undervisning.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Koordinering af introduktion – hvem gør hvad? Der skal laves et flowchart for hvordan informationen deles og samles igen inden det sendes til YL. 3-6 måneder. Evaluering af akut funktion for Hillerødlægernes ophold om 12 måneder. Forskningsklub – månedligt forum som alle uddannelseslæger kan deltage i. Her fremlægges fx forskningstræningsopgaver og ting der laves på afdelingen – skal YL inviteres i Outlook? 0-3 mdr UAO: vil gerne at vejledermøder gøres obligatoriske. 0-3 mdr

Fra: CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til: Lise Møller; Birgitte Rønn; Ulrik Dyrbye Hansen
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - Sjællands Universitetshospital, Roskilde.
Dato: 14. februar 2022 09:06:14

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 11. februar 2022 14:43
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 19. november 2021 på Hæmatologisk Afdeling - Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside –
https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Sjaellands-Universitetshospital-Roskilde/Haematologi/Inspektorrapport-191121.ashx

Vi har disse kommentarer:
Det drejer sig om en rutinebesøg på Hæmatologisk Afdeling Sjællands Universitetshospital Roskilde.
Afdelingen varetager uddannelse af læger i introduktions- og hoveduddannelse til intern medicin - hæmatologi. Ud over dette har man læger der er i hoveduddannelse til infektionsmedicin, dermatologi, onkologi som har deres sideuddannelse i hæmatologi. Der er i alt 5 læger i introduktionsforløb og 9 læger i hoveduddannelse i afdelingen.

I besøget deltog fra afdelingen 10 speciallæger, 6 uddannelseslæger, 3 sekretærer og sygeplejersker. Der var to deltagere fra sygehus-/ centerledelsen.
I selvevalueringen har deltaget i alt 20 læger fra afdelingen, Uddannelseslæger i HU- og introduktionsstilling, overlæger, afdelingslæger, ledende overlæge og uddannelsesansvarlig overlæge.

Det seneste besøg var i 2014, her blev fastsat 3 indsatsområder omkring temaerne uddannelsesplaner, rollen som forsker og rollen som kommunikator. Afdelingen har arbejdet med disse og uddannelsesplanerne findes i temascoringen nu særdeles gode og uddannelsesprogrammerne tilstrækkelige, så dette indsatsområde vurderes opfyldt. Afdelingen har ligeledes arbejdet med kommunikation og opmærksomheden på forskningen og der er sket forbedringer, men man er fortsat ikke helt i mål hvilket nedenstående indsatsområder også afspejler.

Afdelingens egen temascoring er god med temaer der er særdeles gode (11) eller tilstrækkelige (5). Inspektorernes vurdering er overvejende enig i denne scoring, der er dog enkelte punkter der adskiller sig. Det drejer sig om kommunikator som afdelingen selv vurderer særdeles god, mens inspektorerne vurderer dette tilstrækkeligt jf nedenstående indsatspunkt. Til gengæld har afdelingen selv vurderet undervisning som tilstrækkeligt, mens inspektorerne her ligger vægt på et stort og varieret udbud af undervisning i afdelingen og derfor scorer dette tema som særdeles godt.

Inspektorerne beskriver en velforberedt afdeling, der uddannelsesmæssigt er velfungerende med et godt læringsmiljø. De fremhæver afdelingens introduktionsprogram som rigtig godt, med blandt andet skemasat tid til introduktionssamtale med hovedvejlederen. I det hele taget fremhæves at man har systematiseret vejledningen i afdelingen så uddannelseslægerne opnår den bedst mulige vejledning. Det fremhæves også at både

afdelings- og sygehusledelse er fremsynet i forhold til en flytning nogle år ude i fremtiden for at minimere dennes negative betydning for uddannelsesmiljøet.

Afdelingen og inspektorerne har aftalt følgende indsatsområder:

1. Rollen som kommunikator: hvor der foreslås større og mere systematisk udnyttelse af direkte observation/ supervision.
2. Sparing i vejlederrollen: Fokus på udvikling af vejlederrollen.
3. Rollen som forsker: fortsætte det systematiske arbejde for mulighederne for uddannelsesøgenes forskning i afdelingen.

På alle indsatsområder gives i rapporten meget konkrete eksempler på løsningsforslag.

Sundhedsstyrelsen ser naturligvis positivt på alle løsningsforslag, der tilsigter at styrke uddannelsesområdet.

Samlet afspejler inspektorrapporten en særdeles velfungerende uddannelsesafdeling. Det skal understreges, at de mangler der er beskrevet er af mindre alvorlig karakter og udelukkende er ting der vil være med til at gøre det gode uddannelsessted endnu bedre.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i efteråret 2025 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002384
Afdelingsnavn	Hæmatologisk Afdeling
Hospitalsnavn	Sjællands Universitetshospital, Roskilde
Besøgsdato	19-11-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				**X**
Uddannelsesprogram			**X**	
Uddannelsesplan				**X**
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				**X**
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder				**X**
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator				**X**
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer				**X**
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				**X**
Professionel - Læring i rollen som professionel				**X**
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			**X**	
Undervisning - som afdelingen giver				**X**
Konferencernes - læringsværdi				**X**
Læring og kompetencevurdering			**X**	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			**X**	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	2
Speciallæger	10
Uddannelsessøgende læger	6
Andre	3 (sekretær og sygeplejersker)

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Mikkel Helleberg Dorff
Uddannelsesansvarlig overlæge	Ulf Christian Frølund
Inspektor 1	Claus Marcher
Inspektor 2	Tobias Ramm Eberlein
Evt. inspektor 3	Tine Litske Bennedsen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorerne vil gerne som det første kvittere for et veltilrettelagt program. Dernæst vurderes det fremsendte materiale repræsentativt sammen med det materiale, der blev udleveret på besøgsdagen. Vores samlede indtryk af Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, er uddannelsesmæssigt set en velfungerende afdeling. Der gives generelt udtryk for at der er et godt læringsmiljø for afdelingens uddannelsessøgende læger. Der er stor opmærksomhed på, at der opnås en god medicinsk videreuddannelse på

	afdelingen- opmærksomheden udgår både fra uddannelsessøgende, sygeplejersker, sekretærer, speciallæger, UAO, afdelingsledelsen og hospitalsledelsen. Introduktion til afdelingen og vejledning Der gives bredt udtryk for blandt uddannelsessøgende læger, at det er det bedste introduktionsprogram, de har oplevet. Der fremsendes i god tid inden start på afdelingen et introduktionsprogram over de første 7 arbejdsdage. Afdelingens sygeplejersker og sekretærer er også aktive deltagere i introduktionsforløbet, hvilket vi anser som et godt tiltag, for at øge samarbejde og ligeledes sikre at afdelingens nye læger i højere grad er fortrolige med afdelingens arbejdsgange. Der er indtryk af, at afdelingens sygeplejersker og sekretærer har fokus på at bidrage positivt til den postgraduate medicinske uddannelse. I forbindelse med introduktionsprogrammet bemærkes det også som et positivt tiltag, at man har skemasat introduktionssamtale med hovedvejleder på forhånd. Man har valgt, at samle vejledningen af læger i sideuddannelse hos enkelte speciallæger. Således at alle læger i sideuddannelse i fx infektionsmedicin har samme speciallæge som hovedvejleder, læger i sideuddannelse i dermatologi en anden og læger i onkologisk sideuddannelse en tredje. Dette finder vi særdeles hensigtsmæssigt, for på den måde sikres erfaringsopsamling i vejledning af disse grupper og sikres at hovedvejleder er ”up-to-date” på det pågældende uddannelsesprogram. Med hensyn til læger i HU-stilling i hæmatologi fastholdes den samme hovedvejleder, trods den uddannelsessøgende læge i løbet af ansættelsen skifter subspeciale. Dette anses af både afdelingens læger og af inspektorer som en fornuftig strategi, da man er opmærksom på at de enkelte kompetencer

	godkendes af daglige kliniske vejledere med ekspertise indenfor den aktuelle kompetence, mens hovedvejlederen påser den overordnede progression. Vi vil også gerne kvittere for at alle afdelingens speciallæger har været på vejlederkursus og en del har været på brush-up-kursus. For de resterende speciallæger, der mangler brush-up er der lagt plan for dette (har ikke været muligt under dele af covid-nedlukningen). Det er mange steder i landet svært at finde tid til at afholde vejledersamtaler, hvilket også har været tilfældet her på afdelingen. Man har nu skemasat tid en gang månedligt til vejledning. Mens dette fortsat forudsætter arbejdsfunktion for både vejleder og vejledte den pågældende dag, signalerer dette afdelingsledelsens prioritering af vejledningen i afdelingen. Medicinsk ekspert og transition Det har tidligere været en udfordring for afdelingen at sikre bred eksponering for de forskellige subspecialer for HU-læger i hæmatologi i skiftet mellem de forskellige uddannelsessteder. I forbindelse med det nye uddannelsesprogram for HU-læger, der ikke er implementeret endnu, er der fokus på, at øge koordinationen mellem de uddannelsesgivende afdelinger, således at den enkelte HU-læger i løbet af sin uddannelse kommer bredt rundt i intern medicin og hæmatologi. Allerede nu (siden 2019) forsøger man at kontakte HU-lægen inden ansættelsesstart, så der i planlægningen af afdelingens drift kan tages højde for både den uddannelsessøgendes uddannelsesbehov og evt. særlige ønsker.

	Afdelingen arbejder systematisk med PAL (patientansvarlig læge). Uddannelsesøgende i sidste del af HU-uddannelsen i intern medicin:hæmatologi fungerer også som PAL. På denne måde inddrages den uddannelsessøgende i patientens samlede forløb og ligeledes er det både afdelingens speciallægers, uddannelsessøgendes og vores opfattelse, at det øger læringen, når man har det overordnede ansvar på patientforløb med den individuelt nødvendige opbakning. I ambulatoriet, som varetages af de ældste uddannelsessøgende, er der hver gang mulighed for supervision af hovedvejleder i 40 min. forud for opstart af ambulatoriet. Både uddannelsessøgende og speciallæger er tilfredse med denne 1:1 sparing 40 minutter ugentligt. Desuden er det muligt i løbet af dagen at kontakte hovedvejleder. Herved sikres både patientsikkerheden, læring i rollen som medicinsk ekspert og at hovedvejleder er orienteret om den uddannelsessøgendes progression. Som et nyt tiltag er afdelingen begyndt at arbejde med om ambulatoriespor, der vanligvis varetages af en speciallæge, for en periode kan overgå til en HU-læge i hæmatologi i sidste del. Herved forsøges at arbejde med at uddannelsesøgende yderligere får mulighed for arbejde i ambulatorie, have ansvar for faste patienter, men samtidig sikre mulighed for sparing med patientens vanlige kontaktlæge. Den seneste inspektorrapport i 2014 tematiserede læringsværdien i afdelingens mange knoglemarvsundersøgelser – en funktion som uddannelseslægerne i afdelingens forvagtslag udfylder. En betydelig del af introduktionen til afdelingen fokuseres på dette indgreb. Mens dygtiggørelse i indgrebet er i tråd med

	målbeskrivelsen for uddannelseslæger i intern medicin:hæmatologi, er det - særligt for læger i sideuddannelse - en balancegang hvor stor en del af uddannelsestiden i afdelingen der anvendes på funktionen. Med den nuværende bemanding vil denne funktion skulle dækkes 2 gange månedligt, hvilket vurderes som passende. Kommunikator Som tidligere nævnt er der fokus på progression af kompetencer. Det er vores indtryk, at der er særlig fokus på rollen som medicinsk ekspert. Afdelingens uddannelse omfatter kommunikation, skriftligt som mundtligt. Men det er vores indtryk at kommunikationsvejledningen primært foregår forud for patientkontakt eller retrospektivt og kun i meget begrænset omfang gør brug af direkte observation. Vi har med baggrund i ovenstående valgt at flytte krydset i selvevalueringsrapporten med hensyn til ”Kommunikator-læring i rollen som kommunikator” fra ”særdeles god” til ”tilstrækkelig”. Vi foreslår, at man intensiverer opmærksomheden på området og arbejder mere systematisk med uddannelse i kommunikation. Henviser til indsatsområde 1. Samarbejder Uddannelsen som samarbejder er velfungerende i afdelingen. Som berørt i løbet af inspektorbesøget har man nogle steder erfaring med, at særligt nye læger i afdelingen kan have glæde af arbejde med simulationstræning, fx inden for afdelingens rammer og sammen med afdelingens øvrige faggrupper. Herved tilstræbes større sikkerhed, hurtigere progression i læring i forbindelse med akutte situationer og et sikkert samarbejde med afdelingens øvrige personalegrupper. Afdelingens sygeplejerskegruppe

	benytter allerede simulationstræning og vi ville finde det nærliggende at udbygge dette med inddragelse af uddannelseslægerne. Administrator Afdelingen har etableret en stribe funktioner hvori yngre læger får mulighed for at opøve administrative kompetencer. Formaliserede administrative opgaver kan være en udfordring for korte uddannelsesforløb, så her fokuseres på arbejdet med selvledelse, lede et vagthold, et stuegangsteam ect. UKYL har indtil nu været ansvarlig for planlægning af morgenundervisning. Vi vurderer det er rigtigt set af afdelingen, at man vil arbejde med hvilke opgaver, der på sigt kan uddelegeres til UKYL for på den måde at træne arbejdet med administrative opgaver, muligt aflaste UAO og være et talerør for uddannelsessøgende mht uddannelsesmæssige spørgsmål. Forskning I afdelingens selvevalueringsrapport fremgår der, ligesom i løbet af selve inspektorbesøget afdelingens ambitioner på forskningsområdet i forhold til at inddrage uddannelsessøgende. En del af afdelingens nuværende uddannelsessøgende har allerede en ph.d. grad. For at styrke dette punkt har man valgt at øge muligheden for ph.d. forløb ved at få yderligere en forskningsansvarlig overlæge, der har fungeret siden sommeren 2021. Desuden er man også begyndt at arbejde med muligheden for mindre

	projektor til at øge interessen og afdække mulighed for yderligere forskningsaktivitet for den enkelte uddannelsessøgende. Vi vurderer begge tiltag som gode tiltag i forbindelse med lægelig videreuddannelse. Se venligst indsatsområde 3 Undervisning I afdelingens selvevalueringsrapport scorer punktet ”undervisning- som afdelingen giver” ”tilstrækkelig”. Vi har valgt at flytte vurderingen til ”særdeles god”. Det vurderer vi på baggrund af med systematisk undervisning 3 gange pr uge. Her underviser yngre læger og speciallæger ligesom der er journalclub en gang ugentligt. Der er ligeledes undervisning for hele afdelingens personale en gang om måneden, ligesom der er undervisning/supervision ved psykolog en gang om måneden. Der er således alsidig og hyppig undervisning og man er netop i gang med at se på om det kan optimeres yderligere, således at opgaven flyttes til i endnu højere grad at inddrage de uddannelsessøgende. Udflytning Både i afdelingens SWOT-analyse, men også i forbindelse med samtaler ved selve besøget blev der italesat en trussel mod den fremtidige mulighed for uddannelse i afdelingen. Indenfor nogle år står afdelingen overfor en flytning. Det kan betyde at andre opgaver får lov at fylde og prisen bliver faldende kvalitet i uddannelse. Både hospitalsledelsen og afdelingsledelsen var opmærksomme på denne risiko og var allerede nu i gang med at se på hvordan dette kan undgås. For eksempel arbejder man med skills-træning for at indøve nye arbejdsgange inden flytningen og derved minimere både driftsforstyrrelser og uddannelsesforringelser ifm. selve flytningen. Man overvejer også om man efter udflytningen

	skal arbejde videre med skills-træning da dette evt. kunne bruges til at introducere nye kollegaer bedst muligt til afdelingens arbejdsgange. Man forsøger dermed i god tid at identificere eventuelle udfordringer og arbejde på løsningsmodeller.
Status for indsatsområder	1.uddannelsesplaner. Der foreligger uddannelsesplaner for alle uddannelsessøgende, der er ikke behov for yderligere tiltag. 2.Rollen som forsker. Der arbejdes fortsat på at øge mulighederne for forskning i afdelingen. Vi foreslår dog, at der fortsat er fokus på området, hvilket også er vore klare indtryk, at afdelingen har. Se venligst indsatsområde 3. 3. Rollen som kommunikator. Der arbejdes bevidst med både mundtlig og skriftlig kommunikation. Men primært forud for patientkontakt eller retrospektivt. Vi vurderer således tilstrækkeligt niveau, men vi foreslår yderligere initiativer på området. Se venligst indsatsområde 2.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Rollen som kommunikator Forslag til indsats: Større og mere systematisk anvendelse af direkte observation/supervision ved stuegang eller ambulatorie. Det kunne eksempelvis omfatte, at der på visse dage udvælges enkelt/enkelte patienter, hvor man arbejder målrettet med kompetencen indenfor kommunikation. Alternativt kunne man se på mulighed for digital optagelse af konsultationer mellem uddannelsessøgende og patient. Man kunne efterfølgende se/høre konsultationerne- eventuelt

	med tilstedehver af flere uddannelsessøgende for på den måde at minimere speciallægetiden. Optagelserne kunne evt. også inddrages i den månedlige supervision med afdelingens psykolog. Tidshorisont: 6 måneder Nr. 2 Indsatsområde: Sparring i vejlederrollen Forslag til indsats: Afdelingens uddannelse af den enkelte uddannelsessøgende er centreret om hovedvejlederne. Vi vil foreslår, at man fokuser på udviklingen af denne rolle. Dette for at sikre et ensartet højt teoretisk niveau indenfor medicinsk pædagogik, sikre ensartet vejledning og kompetencevurdering mellem vejledere (daglige- som hovedvejledere). Dette kunne for eksempel udmøntes ved etablering af et vejlederforum, evt. placeret i relation til et speciallægemøde. Man kan her overveje at drøfte de enkelte uddannelsesøgendes progression og hvordan denne bedst understøttes. Frygten i dele af afdelingen for at dette kunne opfattes som at der tales bag ryggen på de uddannelsessøgende mener vi kan imødegås med krav om feedback fra hovedvejleder til uddannelsessøgende efterfølgende. Tidshorisont: 6 måneder

	Nr 3. Indsatsområde: Rollen som forsker Forslag til indsats: Man har i sommeren 2021 ansat yderligere en forskningsansvarlig overlæge og forventer at denne fordobling af ressourcer vil have gunstig effekt for muligheden for forskning. Der arbejdes med forskning på flere niveauer- både hele ph.d-forløb samt mindre projekter og således bred mulighed for engagement indenfor området. Således foreslår vi blot at man fortsat arbejder systematisk videre med muligheden for forskning for uddannelsessøgende i afdelingen. Tidshorisont 6 måneder

Fra: CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til: Lise Møller; Birgitte Rønn; Nanna Helmer
Emne: VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge.
Dato: 14. februar 2022 11:26:32

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 14. februar 2022 11:20
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 30. november 2021 på Akutafdelingen - SUH. Køge.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside –
https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Sjaellands-Universitetshospital-Koege/Akutafdeling/Inspektorrapport-301121.ashx

Vi har disse kommentarer:
Det drejer sig om et rutinebesøg på akutafdelingen SUH Køge. Afdelingen har læger i KBU uddannelse, introduktions- og hoveduddannelse i Akut medicin samt delforløb i hoveduddannelsen til Almen medicin.
Det er en middelstor afdeling, med et meget stort patientflow på 56.000 patienter årligt ifølge afdelingens egne tal.

Seneste besøg var i efteråret 2014, da der er sket meget i organiseringen af afdelingen siden da har inspektorerne valgt ikke at inddrage denne rapport.

I besøget deltog fra afdelingen 5 speciallæger heraf 3 UAO, 12 uddannelseslæger fordelt på kbu, almen medicin og akutmedicin intro+ HU. Afdelingsledelsen herudover ledende overlæge på ortopædkirurgisk afdeling, 2 farmaceuter og en afdelingssygeplejerske. Fra sygehusledelsen deltog Lægefaglig vicedirektør samt uddannelses koordinerende overlæge.

Selvevalueringen var udformet med medvirken af 41 læger i afdelingen hvor alle er blevet spurgt via spørgeskema og der har været afholdt fysisk møde.

Afdelingens temascoring er tilstrækkelig på 14 af de 16 temaer. Et er scoret til utilstrækkeligt af afdelingen, nemlig forskning. Inspektorerne scorer dette tema tilstrækkeligt da der arbejdes på området og afdelingen har gang i at etablere et forskningsmiljø i afdelingen.
Et enkelt tema scorer afdelingen selv særdeles godt, nemlig læringsmiljøet på afdelingen. Inspektorerne er enige i dette.
Inspektorerne er enige i afdelingen temascoring på 12 punkter. Ud over forskningen hvor de hæver afdelingens score er det også tilfældet for temaerne medicinsk ekspert, leder administrator og professionel som inspektorerne alle scorer særdeles godt, mod afdelingens tilstrækkelig. Det er velbegrundet i rapporten.

Inspektorerne beskriver en velforberedt afdeling hvor de har mødt ildsjæle der brænder for det akutmedicinske område. Det er en afdeling der prioriterer uddannelse og har ambitioner for at udvikle området med flere initiativer planlagt. Der er en afdelingsledelse der støtter op om nye initiativer og er lydhør.

Afdelingen og inspektorerne har aftalt følgende indsatsområder:
1. Mere kontinuitet i de enkelte funktioner i forhold til uddannelsesniveau.

2. Introduktionssamtalen – konkretisere og forventningsafstemme.
3. Mål om minimum 1 UKYL pr UAO
4. Morgenkonference som uddannelse
5. Skadestuen, bedre introduktion og supervision.

Alle indsatsområder er fulgt af konkrete forslag til indsatser der kan være med til at opfylde dem.

Sundhedsstyrelsen bakker generelt op om alle tiltag til at fremme uddannelsesmiljøet. Der er ingen tvivl om at UKYL funktionen vil være med til at understøtte uddannelsen, men sundhedsstyrelsen forholder sig ikke til normering og rekruttering der vurderes at være af så strukturel karakter at det falder uden for inspektorordningens rammer.

Samlet beskrives en overordnet velfungerende uddannelsesafdeling hvor der er opmærksomhed på og vilje til at arbejde med de udfordringer der er for uddannelsesmiljøet. Afdelingen skal have ros for at se mulighederne i en travl hverdag og prioritere uddannelse i driften.

Der planlægges med, at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg i efteråret 2025 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002416
Afdelingsnavn	Akutafdelingen Koege
Hospitalsnavn	Sjællands universitetssygehus
Besøgsdato	30-11-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen			**X**	
Uddannelsesprogram			**X**	
Uddannelsesplan			**X**	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				**X**
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			**X**	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator				**X**
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			**X**	
Professionel - Læring i rollen som professionel				**X**
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			**X**	
Undervisning - som afdelingen giver			**X**	
Konferencernes - læringsværdi			**X**	
Læring og kompetencevurdering			**X**	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			**X**	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	Afdelingen har programmeret deres egen elektorniske logbog hvor man nemt og hurtigt kan følge med i hvor langt man er med kompetancekortene hos de forskellige uddannelseslæger samt automatisk kan vise hvilke kompetancekort man er bagud med. Dette gælder alle uddannelseslæger. HU-lægernes elektroniske interne logbog struktur udrulles i den kommende måned. Afdelingen lægger stor vægt på mesterlære i klinikken, med sidemands oplæring og tæt supervision med bagvagt tæt på og tilstede 24/7. I afdelingen har man opstartet refleksionsgruppe for yngre læger hvor ordet er frit hvor yngre læger har mulighed for at lufte deres tanker og komme af med alt hvad der røre sig mellem himmel og jord.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Lægefaglig vicedirektør Henrik Møller samt Uddannelses koordinerende overlæge Tine Sigsgaard.
Speciallæger	5 (heraf 3 UAO'er)
Uddannelsessøgende læger	12 (KBU=5, AP=3, Intro = 1, HU=3)
Andre	: Afdelingsledelsen: Gerhard Tiwald og Poul Mossin, Ledende overlæge ortopædkirurgisk afd., 2 farmaceuter samt 1 afdelingssygeplejeske.

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Gerhard Tiwald
Uddannelsesansvarlig overlæge	Anne Grethe Mølbak

Inspektor 1	Odd Ravlo
Inspektor 2	Marc Ludwig
Evt. inspektor 3	Larshan Perinpam

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorbesøget d. 30/11/2021 er et rutinebesøg. Sidste inspektorbesøg fandt sted d. 27. oktober 2014. Besøget var veltilrettelagt. Inspektorerne havde rettidigt modtaget selvevalueringsrapporten fra afdelingen. Rapporten var udfærdiget efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer på baggrund af et fysisk møde samt deltagelse fra et spørgeskema. 40 ud af 41 læger deltog i udarbejdelsen af selvevalueringsrapporten. Foruden selvevalueringsrapporten modtog inspektorerne en mappe med dagens program, udtræk fra Evaluer.dk, Uddannelsesprogram for KBU-, AP-, Intro- samt HU-læger. Afdelingen er midt i en transition hvor den nuværende UAO går over i en stilling hvor hun skal have ansvaret for udvikling samt afholdelse af simulations- og procedure træning i afdelingen på deltid. Ligeledes er UAO nu blevet delt mellem 3 speciallæger med henblik på at løfte den store uddannelsesopgave i afdelingen. Akutafdelingen er en selvstændig afdeling med egen ledelse og egne uddannelsessøgende læger. Afdelingen har adskillige ildsjæle indenfor det akutmedicinske område, hvilket også stemningen bæger præg af. Fra yngste til ældste medarbejder er det tydeligt at man er i en afdeling som vil det akutmedicinske område og akutkonceptet. Man prioriterer uddannelse og har ambitionerne for at ville udvikle området med flere initiativer som er planlagt, heriblandt supervision af UL via video, samt optagelse af patientkontakter med GoPRO Camera med efterfølgende evaluering. Det er tydeligt at ledende overlæge er lydhør for nye og gode idéer. Afdelingsledelsen støtter op omkring de yngre

	læger når der ønskes udvikling. Som eks. kan nævnes at en HU-læge har fået dedikeret fast tid til udvikling af relevante opgaver i relation til den akutmedicinske uddannelse og dermed får mulighed for at udvikle sin lederrolle. I samtalerne med de yngre læger bekræftes, at det sociale fungerer og holder dem sammen. De yngre læger trives, føler sig trygge og har nem adgang til supervision. Der er etableret et stort mellemvagtslag med ikke mindre end 13 introlæger i akutmedicin samt 3 HU læger i akutmedicin og et svingende antal AP-læger aktuelt 5. Ligeledes har de skåret ned i antallet af KBU læger som er i afdelingen fra 14 til 7. Dette har bragt dele af den direkte supervision af de alle yngste læger i mere anciennitets korreleret øjenhøjde, og yderligere har bidraget til udviklingen af I-læger, AP-læger og HU-lægers ekspert- og underviser rolle. Speciallæger beskriver, at etableringen af en ekstern BV/MV 15-23 vagt har medvirket til mere luft i hverdagen til at kunne supervisere de yngre læger. Inspektorernes vurdering er på flere områder bedre end afdelingens selvevalueringsrapport. Det drejer sig om 'Medicinsk ekspert', 'Leder og administrator' og 'Professionel', som inspektorerne alle vurderer som 'Særdeles god' fremfor 'Tilstrækkelig' som afdelingen har gjort. Afdelingen er godt i gang med at udvikle adskillige uddannelsesinitiativer og det er inspektorenes oplevelse ved besøget, at arbejdet er i gang og transitionen med flere UAO'er og at potentialet og engagementet er til stede for at nytænke og udvikle den akutmedicinske uddannelses kvalitet yderligere. På grund af de vedvarende organisatoriske forandringer i de danske akutafdelinger anbefales et nyt inspektorbesøg som rutinebesøg om tre til fire år.

	Forskningen er endnu ikke implementeret fuldt ud i afdelingen, men der er nu indgået samarbejde med en klinisk lektor for at etablere et selvstændigt forskningsmiljø i afdelingen. Ift. de nuværende uddannelsesforløb scores emnet forskning til at være tilstrækkeligt på nuværende tidspunkt.
Status for indsatsområder	Der besøget er mere end 7 år siden, og der er sket adskillige organisatoriske forandringer tages sidste besøg ikke med i denne rapport.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. 1 Indsatsområde: Mere kontinuitet i de enkelte funktioner i forhold til udd. niveau. Forslag til indsats: eks. AP-Læger får mere kontinuitet eks.i skadestuen med flere sammenhængende dage, så læringsudbytte kan øges. Samt mere klarhed i arbejdsskemaet om hvilke funktioner man har på forhånd, så man bedre kan forbedre sig. Tidshorisont: 6 måneder Nr. 2 Indsatsområde: Introduktionssamtalen – konkretisere og forventningsafstemme. Forslag til indsats: Sikre introduktion til den elektroniske interne logbog (folder/video) mhp. at udd. lægen kan følge med i sine kompetancekort etc. Tidshorisont: 3 måneder. Nr. 3 Indsatsområde: Mål om minimum 1 UKYL pr. UAO. Forslag til indsats: Afdelingen kan fint holde til min. 3 UKYL'er som kan bidrage til at alle de gode projekter implementeres. Herved kan der samtidigt skabes bedre

	balance mellem UAO´erne på den ene side og de uddannelsessøgende læger på den anden side og samtidigt udvides muligheden for at at styrke leder og administratorrollen i UKYL-funktionen for flere læger. Tidshorisont: 3 måneder Nr. 4 Indsatsområde: Morgenkonference som uddannelse Forslag til indsats: 3 initiativer som kan implementeres på morgenkonferencen. - 1. Dagen case 5 min, hvor man går lidt mere ned i dybden med diff. Diagnostik etc. - 2. Kompetencevurderingskort: Målet er 2 læger som skal have dette udfyldt hver dag, navngiv hvem der kompetencevurdere hvem fra morgenstunden. - 3. Simulationstræning må ikke aflyses, klargøre plan A, B, C, D før det aflyses. Tidshorisont: 1 år Nr. 5 Indsatsområde: Skadestuen, bedre introduktion + supervision Forslag til indsats: Se punkt 1 samt sikre at der er 1-2 yngre læger der altid kan være med til rgt. konferencen hvori der også er en del læring (allerede ved at blive indført). Tidshorisont: 3 måneder

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Birgitte Rønn
Cc:	Lise Møller; Tobias Kongstad-Hansen
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk/Obstetrisk - Slagelse Sygehus.
Dato:	11. februar 2022 10:02:49

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 11. februar 2022 08:51

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 13. oktober 2021 på Gynækologisk/Obstetrisk - Slagelse Sygehus.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Slagelse-Sygehus/Gyn%C3%A6kologi-Obstetrik/Inspektorrapport-131021.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et førstegangsbesøg på en gynækologisk/obstetrisk afdeling, der varetager uddannelsesfunktion for tre læger i introduktionsuddannelse i Gynækologi og obstetrik, fire læger i hoveduddannelse i Gynækologi og obstetrik og fire læger i hoveduddannelse i Almen medicin.

Ved selvevalueringen deltog 10 uddannelseslæger og speciallæger. Afdelingen bemærker at uddannelsen de senere år har været præget af aflysninger af elektiv/ambulant aktivitet grundet to coronabølger og sygeplejerskestrejke.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 10 uddannelseslæger, speciallæger, repræsentanter fra sygehusledelsen og øvrige.

Afdelingen har vurderet de tre temaer uddannelsesplan, forskning og læring og kompetencevurdering som utilstrækkelige, otte temaer som tilstrækkelige og fem temaer som særdeles gode i form af introduktion til afdelingen, uddannelsesprogram, medicinsk ekspert, arbejdstilrettelæggelsen og læringsmiljøet. Inspektorerne har vurderet fire temaer som utilstrækkelige i form af de samme tre som afdelingen samt konferencernes læringsværdi, ni temaer som tilstrækkelige og tre som særdeles gode i form af introduktion til afdelingen, uddannelsesprogram og læringsmiljø.

Inspektorernes indtryk af afdelingen er at den har et stort fokus på uddannelse og er i færd med at udvikle sig i en positiv retning. Der er et trygt læringsmiljø og en lydhør ledelse. Der er gode intentioner, men hensyn til driften går ofte ud over uddannelsen. Det er svært at nå alle uddannelsesaktiviteter såsom vejledermøder inden for arbejdstiden. Uddannelseslægerne i Almen medicin har svært ved at nå alle deres kompetencer under deres ophold.

Ved besøget er der aftalt fem indsatsområder inden for forskning, undervisning, uddannelsesplaner, struktur på konferencer og kompetencevurderingsredskaber.

Sundhedsstyrelsen bakker op om disse tiltag.

På baggrund af inspektorrapporten finder Sundhedsstyrelsen afdelingens lægelige videreuddannelse utilfredsstillende, idet der er flere utilfredsstillende uddannelsestemaer herunder prioriterede områder som uddannelsesplan og læring og kompetencevurdering samt problemer med mulighederne for kompetenceopfyldelse for uddannelseslægerne i Almen medicin. Sundhedsstyrelsen påskønner at afdelingen ifølge inspektorernes beskrivelse er seriøs omkring uddannelsen og inde i en positiv udvikling. Sundhedsstyrelsen har forståelse for at en del af afdelingens udfordringer er af forbigående og udefrakommende karakter, hvorfor det fremstår realistisk at disse områder bedrer sig.

Sundhedsstyrelsen finder at næste inspektorbesøg bør finde sted som et opfølgende besøg efter to år og med et særligt fokus på HU-lægerne i hoveduddannelsen i Almen medicin.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002547
Afdelingsnavn	Gynækologisk-obstetrisk afdeling
Hospitalsnavn	Slagelse sygehus
Besøgsdato	13-10-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				**X**
Uddannelsesprogram				**X**
Uddannelsesplan		**X**		
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			**X**	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			**X**	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			**X**	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			**X**	
Professionel - Læring i rollen som professionel			**X**	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning		**X**		
Undervisning - som afdelingen giver			**X**	
Konferencernes - læringsværdi		**X**		
Læring og kompetencevurdering		**X**		
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger			**X**	

Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	2
Speciallæger	4
Uddannelsessøgende læger	10
Andre	2

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Mette Hvilshøj Fabricius
Uddannelsesansvarlig overlæge	Sofie Charlotte Fage Hjortø
Inspektor 1	Carina Widén Zakhary
Inspektor 2	Bente Sørensen
Evt. inspektor 3	Ninna Lund Larsen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Gynækologisk-obstetrisk afdeling på Slagelse sygehus fremstår som en afdeling, der har stort fokus på uddannelse, og som er i færd men at udvikle sig i en positiv retning. Overordnet set er de uddannelsessøgende tilfredse med deres ophold i afdelingen. De beskriver et trygt læringsmiljø, med en meget lydhør ledelse. Det opleves, at der er kort vej fra ide til handling, og at de uddannelsessøgende bliver hørt. De giver udtryk for at der er mange gode hensigter i afdelingen, men at det ofte er en udfordring for den daglige drift, at bemandingen er lav – og at dette ofte går ud over

	uddannelsen. Der er fra de uddannelsessøgende generelt et ønske om, at arbejdet i højere grad tilrettelægges, således at det bliver mere overskueligt at opnå de kompetencer, som det er planlagt at de skal, under deres ophold i afdelingen. Alle uddannelsessøgende beskriver at mulighederne for at opnå kompetencer – helt forståeligt - har været udfordret af Corona-pandemien og den efterfølgende sygeplejestrejke. AP-lægerne beskriver, at det er svært at nå alle deres kompetencer i løbet af de 4 mdr. de har i afdelingen, de oplever at der er meget fokus på den daglige drift, og ser det som en udfordring at de indgår i forvagtslaget i aften- og nattetimerne, idet det uddannelsesmæssige udbytte der er lavt for dem. De mangler mulighed for at opnå kompetencer indenfor urogynækologi – aktuelt er der et planlagt fokuseret ophold af 1 dags varighed, hvilket ikke opleves som tilstrækkeligt. Derudover har de et ønske om at komme til at lægge flere spiraler, og et ønske om mere fokus på patienter med gynækologisk cancer. AP-lægerne har et ønske om, at læringspotentialet i gynækologisk ambulatorium udnyttes bedre, fx i form af gennemgang af dagens program med gynækologisk bagvagt fra morgenen af. AP-lægerne oplever, at gynækologisk bagvagt har en travl rolle, de får den fornødne hjælp fx i ambulatoriet, men supervision ofte bliver sparsom pga. tidsmangel. Introlægerne har ikke problemer med at nå deres kompetencer, men har været udfordret af at de har for mange arbejdstimer skemalagt. De angiver generelt at få god vejledning og daglig faglig sparring, og at de udvikler sig meget fagligt under deres ophold i afdelingen. De er meget tilfredse med de muligheder der er for at få ansvar i det kliniske arbejde, og oplever at ledelsen af meget lydhør for deres ønsker. Introlægerne har et ønske om i højere grad at anvende simulationstræning, og at have tid afsat til dette

	indenfor den planlagte arbejdstid. Der er i afdelingen planlagt 2 ugers simulationstræning, som gennemføres i efteråret 2021. Introlægerne angiver, at der er mulighed for at involvere sig i forskningsrelaterede opgaver samt instruks arbejde på både lokalt og nationalt plan, men at det ikke er nemt at få overskud til at deltage i dette, når der er så meget klinisk arbejde skemalagt. HU lægerne giver udtryk for, at de i det daglige kliniske arbejde har mange selvstændige opgaver, og at de mangler sparring og supervision. De føler sig ikke utrygge i arbejdsopgaverne, men de synes det er en udfordring at opnå tilstrækkelig faglig udvikling når der sjældent er en let tilgængelig sparringspartner. De ringer ikke og spørger kolleger, medmindre de er meget i tvivl om hvad de skal gøre, fordi de ved at kollegerne er tidspressede – men de kunne godt have brug for mere sparring i det daglige kliniske arbejde. De har et ønske om at konferencerne bliver mere strukturerede, og at der lægges en klar plan for hvem HU lægen sparrer med i løbet af dagen – de foreslår at der på vagtplanen kunne være angivet, hvem HU lægen forventes at sparre med når de fx varetager obstetrisk eller gynækologisk bagvagtsfunktion. HU lægerne har et ønske om, at der bliver afsat tid til at de kan deltage i multidisciplinære konferencer (pæd/obs). Ang. operativ erfaring: HU lægerne angiver, at de har udfordringer med at opnå tilstrækkelig erfaring med hysterektomi og urogynækologiske operationer – laparoskopier (udover hysterektomi) og hysteroskopier har de tilstrækkeligt af. Fælles for Introlæger og HU læger er et ønske om, at der indenfor arbejdstiden afsættes tid til vejledersamtaler. Aktuelt foregår mange vejledersamtaler ad hoc, hvilket de uddannelsessøgende ikke altid finder hensigtsmæssigt. UAO og UKYL:

	Der opleves en meget dedikeret UAO som har gjort et stort arbejde for at sætte uddannelse på dagsordenen i afdelingen. Der er sat mange initiativer i værk og planlægning af dagfunktioner/undervisning i afdelingen tager meget tid. Der er afsat 1 ugentlig dag til den UAO men det sker ofte at UAO i stedet bliver brugt i kliniske funktioner og ikke får kompensationsdage til uddannelsesarbejdet. Der er netop tiltrådt 2 UKYL'er i afdelingen hvoraf den ene er en afdelingslæge og dermed får en gennemgående funktion på uddannelsesområdet. UKYL'erne har netop fået ansvaret for at lave introprogrammet for nye læger i afdelingen, hvilket UAO indtil nu selv har stået for. UAO kunne med fordel uddelegere flere funktioner til UKYL'erne fx undervisningsplaner/Journalclub.
Status for indsatsområder	Der har ikke tidligere været besøg af inspektorordningen på Gynækologisk-Obstetrisk afdeling i Slagelse.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Indsatsområder 1. Forskning Der er manglende fokus på forskning i afdelingen. Få uddannelsessøgende læger præsenteres for forskning i afdelingen. Indsats: Udnytte de ressourcer som uddannelsessøgende med Ph.d. bringer til afdelingen. Mulighed for vejlederfunktion af andre uddannelsessøgende læger i videnskabeligt arbejde. Mulighed for indførelse af Journalclub i afdelingen, som evt. kan ledes og tilrettelægges af uddannelsessøgende med Ph.d. Tidsperspektiv: 12-24 mdr. 2. Undervisning Indskærpelse af at de planlagte "dagens 5-minutter" gennemføres og mulighed for at der kan indføres yderligere undervisning i forbindelse med morgenkonferencerne (aktuelt 1 dag/uge).

	Teamtræning eller træning med fantomer kan med fordel implementeres i denne undervisning. Tidsperspektiv: 12-36 mdr. 3. Uddannelsesplaner Optimering af individuelle uddannelsesplaner; sikre at de uddannelsesplaner som udarbejdes for hver uddannelsessøgende læge faktisk anvendes Tidsperspektiv: 3-6 mdr. 4. Stuktur på konferencer Indføre en mere struktureret plan for morgenkonferencernes (fælles og obstetrisk) afholdelse med henblik på at øge læringsværdien. Leder af konferencerne udnævnes. Øget fokus på, at vagtoverlevering varetages primært af den uddannelsessøgende læge i vagt. Tidsperspektiv: 0-6 mdr. 5. Kompetencevurderingsredskaber En mere struktureret anvendelse af kompetencevurderingsredskaberne (OSATS, OSALS, OSAUS, Mini-CEX mv.) både i hverdagen og ved vejledersamtaler. Evt. gennemgang af kompetencevurderingsredskaberne ved en morgenkonference. Sikre kendskab til dem blandt alle læger og andre faggrupper. -brug fx sygeplejersker i ambulatorierne til fx Mini-CEX. Tidsperspektiv: 0-6 mdr.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Lise Møller
Cc:	Birgitte Rønn; Tobias Kongstad-Hansen
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital.
Dato:	3. februar 2022 11:11:16
Vedhæftede filer:	image001.png

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>
Sendt: 3. februar 2022 10:51
Emne: Om inspektorrapporten fra et rutine besøg den 27. oktober 2021 på Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion - Hvidovre Hospital.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Hvidovre-Hospital/Klinisk-fys-og-nuklear/Inspektorrapport-271021.ashx

Vi har disse kommentarer:
Det drejer sig om et rutinebesøg. Afdelingen har læger i introduktions- og hoveduddannelse fordelt på 2 læger i I forløb og 2 læger i H forløb. Der er ikke KBU forløb i afdelingen. Det er en relativt lille afdeling. Specialet er klinisk fysiologi og nuklear medicin med subspecialisering i gastrohepatologisk og kredsløbs fysiologi.

Seneste besøg var i 2016. Her aftalte man at afdelingen skulle have fokus på:
1. Apparaturlære: dette indgår nu som en del af introduktionsprogrammet.
2. Lægeorienteret undervisning: Der er ad hoc undervisning og journalclubs målrettet læger. Dette kunne med fordel være mere fast/skemalagt.
3. Konferencer: Mhp optimering af læringsudbytte, her er status uændret fra sidst.

Ved inspektorbesøget deltog fra afdelingen 4 speciallæger inkl. den ledende overlæge, forskningsansvarlige overlæge og UAO. To I læger og en H læge. Sygehusledelsen var repræsenteret af vicedirektøren og af andre faggrupper deltog fysiker, afdelingsradiograf, afdelingssygeplejerske, ledende bioanalytiker

Selvevalueringen er foretaget med medvirken af 6 speciallæger, 1 HU Fase I, 2 Introlæger, ledende bioanalytiker, 1 sygeplejerske, 1 fysiker. I selvevalueringen scorer afdelingen med undtagelse af temaerne leder/administrator og sundhedsfremmer, der er tilfredsstillende, alle øvrige temaer som særdeles gode. De fremhæver selv et godt og trygt læringsmiljø på afdelingen.

Inspektorrapporten beskriver overordnet en afdeling med et godt uddannelses- og arbejdsmiljø med gode trygge rammer og supervision. Afdelingens meget engagerede UAO fremhæves også. Inspektorerne har en del afvigelser på deres score af afdelingen i forhold til selvevalueringen. Et enkelt tema "uddannelsesprogrammet" findes utilstrækkeligt, 5 temaer findes tilstrækkelige nemlig de samme som afdelingen selv finder tilstrækkelige: leder/ administrator og sundhedsfremmer samt herudover uddannelsesplaner, konferencernes læringsværdi og endelig læring og kompetencevurdering. De 3 sidstnævnte har afdelingen sammen med uddannelsesprogrammet selv fundet særdeles gode. Der ses altså en væsentlig afvigelse på nogle vigtige temaer. De øvrige temaer vurderer inspektorerne i overensstemmelse med afdelingens egen vurdering som særdeles gode.

Inspektorerne beskriver overordnet mangler i form af manglende struktur i uddannelsen ved blandt andet ustruktureret vejledning, manglende uddannelsesplaner og kompetencevurdering.

Da et opdateret uddannelsesprogram er et centralt element i videreuddannelsen af læger vil Sundhedsstyrelsen anmode om, at der udarbejdes uddannelsesprogrammer hurtigst muligt. Sundhedsstyrelsen skal derfor bede om, at afdelingen og Videreuddannelsesregion Øst inden den 1. maj 2023 tilkendegiver, om der nu foreligger opdaterede uddannelsesprogrammer.

Der er aftalt følgende indsatsområder med afdelingen:
1. Uddannelsesprogrammer/-planer: Konkretisering af hvor de enkelte kompetencer forventes opnået i fase I og II. 12-18 mdr.
2. Kompetencevurdering: Konkretisering af forventet niveau og kompetencevurdering med ensartethed. 12-24 mdr.
3. Konferencer: Involvering af YL i eksterne konferencer. Sikre højt læringsudbytte af morgenkonferencerne for alle uddannelsestrin 6-12 mdr.
4. Undervisning: Undervisning målrettet YL 6-12 måneder

Inspektorerne opstiller en række indsatsområder, som vi er enige i og som vi finder vil optimere afdelingens uddannelsespotentiale.

2 af indsatsområderne går igen fra 2016 og afdelingen opfordres derfor til at tage fat i disse hurtigst muligt hvilket tidshorisonten også afspejler.

Samlet set en positiv inspektorrapport der beskriver en lille velfungerende uddannelsesafdeling med engagerede speciallæger og et trygt uddannelsesmiljø. Der er plads til forbedring på ovenstående punkter og, hvis det lykkedes at implementere mere struktur i uddannelsen er der potentiale til at afdelingen ved næste besøg er en uddannelsesafdeling helt i top.

Der planlægges at næste inspektorbesøg finder sted som et rutine besøg
i efteråret 2025 eller snarest muligt derefter.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002577
Afdelingsnavn	Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Klinisk Fysiologi/Nuklearmedicinsk Sektion
Hospitalsnavn	Hvidovre Hospital
Besøgsdato	27-10-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen				**X**
Uddannelsesprogram		**X**		
Uddannelsesplan			**X**	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert				**X**
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator				**X**
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder				**X**
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			**X**	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker				**X**
Professionel - Læring i rollen som professionel				**X**
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning				**X**
Undervisning - som afdelingen giver				**X**
Konferencernes - læringsværdi			**X**	
Læring og kompetencevurdering			**X**	

Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger				**X**
Læringsmiljøet på afdelingen				**X**

Særlige initiativer	

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Ja
Anbefalet tidshorisont	48

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Vicedirektør
Speciallæger	4 (incl. UAO, forskningsansvarlige overlæge og ledende overlæge)
Uddannelsessøgende læger	3 (1 HU-læge, fase I og 2 I-læger)
Andre	fysiker, afdelingsradiograf, afdelingssygeplejerske, ledende bioanalytiker

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Claus Leth Petersen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jesper Graff
Inspektor 1	Mie Holm Vilstrup
Inspektor 2	Charlotte Elberling Almasi
Evt. inspektor 3	Tine Nygaard Gregersen

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Afdelingen har et bredt nuklearmedicinsk undersøgelsesspektrum (PET/CT, SPECT/CT, skintigrafier, UL og fysiologisk undersøgelser) med specialkompetencer indenfor gastroenterologiske undersøgelser og kredsløbsfysiologi samt godt samarbejde med praktiserende speciallæger. YL får tilbud om deltagelse i de specielle undersøgelser (herunder levervenekaterisation), som ikke er

	obligatoriske i uddannelsen. I og H-læger i fase I deltager ikke i PET-beskrivelser, men får en teoretisk gennemgang ved UAO i løbet af deres forløb. De uddannelsessøgende tilkendegiver et godt uddannelses- og arbejdsmiljø med gode trygge rammer og supervision. De fremhæver en særdeles engageret UAO, der dagligt er til stede og giver tilbagemeldinger og ad hoc undervisning. I introduktionsprogram indgår 2 mdrs. skemalagt oplæring og undervisning samt daglig gennemgang af alle foregående dags undersøgelser ved afdelingens morgenkonference. Læringsudbyttet er i starten af uddannelsesforløbet stort ved en sådan konference, men udbyttet falder med stigende anciennitet. En mere fokuseret morgenkonference kunne give plads til større involvering af alle deltagere og fremvisning af PET/CT undersøgelser/cases. YL opnår løbende signeringsret og avancering til anden funktion. Ugentligt MDT konferencer med Diagnostisk Enhed, hvor HU-lægen (fase II) forventes at deltage såfremt vedkommende har funktion i PET. Der er desuden månedlige endokrinologiske konference, hvor YL med fordel kunne deltage. I afdelingen er der exceptionelle muligheder for forskning for YL i både mindre og større projekter afhængig af YL's forudsætninger og ønsker, herunder er der allerede tidligt i ansættelsen møde med den forskningsansvarlige overlæge mhp. forventningsafstemning og evt. opstart af forskningsprojekt. Afdelingen har ugentligt onsdagsundervisning for hele afdelingen. Undervisningsprogrammet planlægges af en YL, hvor der er god mulighed for indflydelse på emner samt gode muligheder for YL selv at varetage undervisning. Der er gode muligheder for undervisning på tværs af faggrupper, herunder undervisning af fysiker. Det fremgik, at YL og bioanalytikere eller andet personale tidligere sammen har planlagt undervisning i et emne, typisk en

	undersøgelsestype. En anden YL indgår desuden i undervisningsrul af KBU-læger på hospitalet. Der efterspørges dog fortsat mere undervisning målrettet (YL)læger evt. afholdt af YL som led i deres kompetencevurdering, i samarbejde med andre faggrupper, evt. efter A-kurser – for at øge læringen ved disse. Vejlederfunktionen varetages oftest af en læge på et uddannelsestrin over den uddannelsessøgende. En erfaren I-læge har tidligere været vejleder for en ny I-læge. De formaliserede vejledersamtaler forgår oftest ad hoc og ifm. disse sker signering af kompetencer. Der foreligger flere referater fra vejledermøder med oftest ret ukonkrete planer og aftaler Der foreligger utilstrækkelige uddannelsesprogrammer uden konkretisering af hvor i de enkelte delansættelser de enkelte kompetencer forventes opnået. UAO kan dog fremvise ad hoc uddannelsesplaner for den næste fase II læge på afdelingen. Ligeledes synes der ikke aftalt klare rammer for kompetencevurdering og hvilket niveau der forventes af hhv. I- og HU-læge for bestået, og kompetencevurderingen foregår oftest mest ad hoc og som led i det daglige arbejde. Afdelingen anvender angiveligt kompetencekortene fra uddannelsesprogrammerne i nogle tilfælde. Afdelingen anvender ikke 360 graders evaluering af YL. Afdelingen har som angivet et godt uddannelsesmiljø med daglig side-by-side learning og mesterlære. Dog anbefales det, at der indføres mere struktur i uddannelsen, herunder mere struktureret kompetencevurdering på baggrund af opnåelse af mere konkrete kompetencemål. Faste og hyppigere vejledermøder, hvor uddannelseslægernes kompetenceprogression gennemgåes og et formaliseret forum blandt vejlederne, hvor de enkelte uddannelsesforløb drøftes og efterfølgende med samlet feedback til uddannelseslægerne og evt. uddannelsestiltag, vil samtidig øget støtten til de enkelte vejledere.

Status for indsatsområder	Apparaturlære: Indgår som del af introduktionsprogram. Lægeorienteriet undervisning: Kun ad hoc undervisning og journalclubs målrettet læger. Kunne med fordel være mere fast/skemalagt. Konferencer: Status uændret fra sidst.
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Nr. Indsatsområde Forslag til indsats Tidshorisont 1 Uddannelsesprogrammer/-planer Konkretisering af hvor de enkelte kompetencer forventes opnået i fase I og II. 12-18 mdr. 2 Kompetencevurdering Konkretisering af forventet niveau og kompentencevurdering med ensartethed. 12-24 mdr. 3 Konferencer Involvering af YL i eksterne konferencer Sikre højt læringsudbytte af morgenkonferencerne for alle uddannelsestrin 6-12 mdr. 4 Undervisning Undervisning målrettet YL 6-12 mdr.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Tobias Kongstad-Hansen
Cc:	Lise Møller; Birgitte Rønn
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri.
Dato:	11. februar 2022 10:06:33

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 10. februar 2022 14:52

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 19. november 2021 på Psykiatrisk Center Ballerup - Region Hovedstadens Psykiatri.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Region-Hovedstadens-Psykiatri/Psykiatrisk-Center-Ballerup/Inspektorrapport-191121.ashx

Vi har disse kommentarer:

Det drejer sig om et rutinebesøg på et psykiatrisk center, der varetager uddannelsesfunktion for en læge i Klinisk basisuddannelse, seks læger i introduktionsuddannelse og 21 læger i hoveduddannelse, heraf syv i Almen medicin. Dertil har centeret en læge i evalueringsansættelse.

Ved selvevalueringen deltog 10 yngre læger, herunder to læger i introduktionsstilling, fem læger i hoveduddannelse, to afdelingslæger og en læge i uklassificeret stilling, samt en lektor. Da ikke alle kategorier af uddannelseslæger deltog i selvevalueringen blev den efterfølgende sendt ud til kommentarer. Selvevalueringen er et vigtigt redskab til refleksion og er en mulighed for at drøfte hvordan man evt. kan bedre uddannelsesforholdene. Sundhedsstyrelsen forventer at centeret fremover udarbejder en selvevaluering med flest mulige deltagere, for at give et nuanceret billede af uddannelsesforholdene i centeret og som inspektorerne kan tage udgangspunkt i ved besøget.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 11 uddannelseslæger repræsenterende alle niveauer af uddannelsen, speciallæger, lægefaglig direktør, center- og klinikchef samt to uddannelsesansvarlige overlæger.

Centeret har vurderet tre temaer som utilstrækkelige i form af medicinsk ekspert, forskning og læring og kompetencevurdering, 12 temaer som tilstrækkelige og uddannelsesprogrammet som særdeles godt. Inspektorerne har vurderet to temaer som utilstrækkelige i form af medicinsk ekspert og arbejdstilrettelæggelsen, 13 temaer som tilstrækkelige og i lighed med centeret uddannelsesprogrammet som særdeles godt.

Inspektorerne beskriver et travlt center med gode strukturer omkring videreuddannelsen, men manglende speciallægekapacitet til at gennemføre uddannelsen som tilsigtet. Speciallægemanglen medfører utilstrækkelig supervision og lavere faglighed, hvilket udfordrer kompetenceopnåelsen.
Inspektorerne fremhæver at ledelsen prioriterer uddannelse og har sat mange gode tiltag i værk, men at det endnu er for tidligt at vurdere effekten af mange af dem. F.eks. er der ansat to speciallæger udelukkende til supervision og indgået en vagtaftale der sigter mod at flere vagter dækkes af eksterne læger hvormed uddannelseslægerne kan få mere kontinuerlig dagtid. Ledelsen har fokus på at skabe et godt og trygt læringsmiljø.

Ved seneste inspektorbesøg i 2014 var der aftalt tre indsatsområder inden for styrkelse af uddannelsesansvarlig overlæge, forventningsafstemning og dokumentation for afholdte samtaler.

Der er ved inspektorbesøget aftalt indsatsområder inden for supervision og

kompetenceudvikling inden for lægerollen medicinsk ekspert og arbejdstilrettelæggelsen med fokus på kontinuitet i arbejdet.

Sundhedsstyrelsen bakker op om disse indsatsområder.

Der er desuden aftalt et indsatsområde omkring løbende fokus på rekruttering af speciallæger. Sundhedsstyrelsen vurderer at dette falder uden for rammerne for inspektorordningen og kan derfor ikke forholde sig til dette indsatsområde. Sundhedsstyrelsen anerkender at speciallægekapacitet er essentielt for det faglige miljø og uddannelsesmiljøet, og støtter generelt alle tiltag til gavn for uddannelsesmiljøet.

Sundhedsstyrelsen finder, på baggrund af inspektorernes indstilling og rapportens beskrivelse af mange nye tiltag med endnu ukendt effekt samt nylig afgang af mange speciallæger hvilket kan få stor betydning for udviklingen i uddannelsen i nærmeste fremtid, behov for opfølgning på centerets uddannelse.

Sundhedsstyrelsen udbeder sig en skriftlig status på indsatsområder og afdelingens uddannelsesmiljø generelt ultimo 2022.

På baggrund af den skriftlige status vil Sundhedsstyrelsen tage stilling til hvornår næste inspektorbesøg bør finde sted.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002312
Afdelingsnavn	Psykiatrisk Center Ballerup
Hospitalsnavn	Region Hovedstadens Psykiatri
Besøgsdato	19-11-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen			**X**	
Uddannelsesprogram				**X**
Uddannelsesplan			**X**	
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert		**X**		
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			**X**	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			**X**	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker			**X**	
Professionel - Læring i rollen som professionel			**X**	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning			**X**	
Undervisning - som afdelingen giver			**X**	
Konferencernes - læringsværdi			**X**	
Læring og kompetencevurdering			**X**	
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger		**X**		

Læringsmiljøet på afdelingen			**X**	

Særlige initiativer	Speciallæge i front. Der er en speciallæge dedikeret til supervision i vagten (hverdag kl. 15.39-20.39 og weekends kl. 8.15-15.15).

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	12

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	Der deltog den lægefaglig direktør, center- og klinikchef samt 2 UAO
Speciallæger	Der deltog 6 speciallæger både afdelingslæger og overlæger ud af 40
Uddannelsessøgende læger	Der deltog 11 uddannelsessøgende læger (KBU-læger, I-læger og H-læger)
Andre	Der deltog 1 stud. med.

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Louise Rasmussen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Trine Maria Nørregaard Hansen
Inspektor 1	Anne Wohlert Johannsen
Inspektor 2	Elva Björk Harðardóttir
Evt. inspektor 3	Mette Viller Thorgaard

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Der er tale om et rutinebesøg efter seneste besøg i 2014. Det sidste halve år har afdelingen været inden i en hård periode grundet speciallægemangel samt at afdelingen lige har mistet den ene klinikchef. Inden for de sidste 4-5

	måneder er flere speciallæger rejst fra afdelingen og der er i stedet ansat vikarer. Besøget var velplanlagt, inspektørerne fik tilsendt materiale som var relevant. Det gav god mulighed for at danne sig et indtryk inden besøget. Der var stillet passende faciliteter til rådighed og inspektørerne følte sig velkomne. På dagen for inspektionen var der fremmøde blandt alle faggrupper samt hospital ledelsen. Der var af ukendte årsager sparsomt fremmøde af speciallæger. Selvevalueringen blev lavet af uddannelseslæger, afdelingslæger og en lektor. Der deltog ikke KBU læger og AP læger, men evalueringen blev sendt ud til kommentarer efterfølgende. I evalueringen fremhæves, at der overordnet er mange strukturer for oplæring og ledelsesmæssig opbakning. Udfordringen er mangel på speciallæger som vanskeliggøre mulighed for at gennemføre optimal læring og kompetence vurdering, samt at sikre højt faglig niveau i hverdagen. Afdelingsledelsen prioriterer uddannelse og der er sat mange gode tiltag i værk. Nogle af tiltagene er meget nye, hvorfor der endnu ikke kan evalueres herpå. Et af tiltagene er ansættelse af to speciallæger, der udelukkende skal superviserer. Et andet tiltag er at der er indgået en aftale vedr. vagter der bl.a. gør det mere attraktivt for eksterne læger at tage vagter på afdelingen. Hensigten er at aflaste afdelingens uddannelsessøgende læger, som i stedet skal have mere kontinuerlig dagtid i deres faste afsnit (sengeafsnit/ambulatorium).

	De uddannelsesmæssige formalia er i orden på afdelingen. Der er styr på uddannelsesplaner, psykoterapiuddannelsen, månedlige vejledersamtaler, forskningsopgave samt diverse kurser. Grundet speciallægemangel har supervisionen ikke være tilstrækkelig. Især på sengeafsnittene er der mangel på speciallæger, men også i nogle af ambulatorierne. Der er ansat vikarer, hvoraf nogle ikke har været kvalificeret til at yde supervision. Dette har betydet, at de uddannelsessøgende læger, på visse sengeafsnit/ambulatorier, har oplevet at fagligheden ikke har været høj nok. Der er generelt travlt på afdelingen. Bagvagterne meddeler at de særligt føler sig pressede, da de skal dække forskellige funktioner ved sygdom og lignende. De uddannelsessøgende læger giver udtryk for, at de føler et meget stort ansvar da der ikke er nok speciallæger. Ligeledes kan det være svært af få dagligdags sparring/ supervision. Det er derfor svært at opnå de kompetencer man skal. For at sikre supervisionen har afdelingen netop ansat to speciallæger (overlæger), som hver kommer 2 hele dage/uge, og hvis opgave kun er supervision. Derudover kan psykologgruppen byde ind med supervision på samtaleteknik, patientkontakt etc. Afdelingen prioriterer et godt og trygt læringsmiljø for de uddannelsessøgende læger, hvilket stemte overens med inspektorernes indtryk ved besøget. De uddannelsessøgende læger oplever, at de grundet vagter og kurser (samt coronaefterslæb - f.x. at mange kurser kunne ikke afholdes under coronapandemien, og de

	afholdes nu) er meget få dage på deres stamafsnit og derfor mangler kontinuitet. Der er for nylig indgået en aftale, der burde lette vagthyppigheden for uddannelseslægerne. Der er for ca. 1 mdr. siden implementeret en beredskabsvagt, så det døgnet rundt er muligt at få adgang til en overlæge også udenfor almindelig dagstid. Der berettes om et godt arbejdsmiljø på afdelingen, også til trods for et stort arbejdspres. Lægerne hjælper hinanden og der er et godt fællesskab. Der er allerede planlagt og iværksat mange gode initiativer for at forbedre uddannelsesmiljøet på afdelingen. Der er behov for at de implementeres og når det er sket forventes en positiv udvikling for den lægelige uddannelse på afdelingen.
Status for indsatsområder	Ved sidste besøg i 2014 blev følgende 3 indsatsområder aftalt: -Styrkelse af UAO (mere administrativ tid til opgaven, flere UAO). Der er siden sidste besøg ansat yderligere en UAO således at de nu er to UAO'er. -Forventningsafstemning af YL (klargøring af de mål den enkelte kan forvente indfriet) -Dokumentation for afholdte samtaler bør systematiseres (elektronisk arkiv af de på papir skrevne samtaler)
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	Der blev lavet aftale om følgende udviklingspunkter: 1. Der er mangel på speciallæger og der vil være fokus på rekruttering. Tidshorisont: løbende.

	2. Supervisionen herunder bed side supervision skal prioriteres og kompetenceudviklingen indenfor lægerollen medicinsk ekspert skal opprioriteres. Tidshorisont 6 måneder. 3. Bedre arbejdstilrettelæggelse således der sikres kontinuitet i arbejdet for de uddannelsessøgende læger. Tidshorisont 6 måneder.

Fra:	CHR-FP-Lægeuddannelsen
Til:	Tobias Kongstad-Hansen
Cc:	Lise Møller; Birgitte Rønn
Emne:	VS: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland.
Dato:	11. februar 2022 10:05:42

Fra: Benni Bees <beb@SST.DK>

Sendt: 10. februar 2022 15:12

Emne: Om inspektorrapporten fra et rutinebesøg den 4. november 2021 på Vordingborg Oringe, Psykiatrien Syd – Psykiatrien Region Sjælland.

Inspektorrapporten fra besøget findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside – https://www.sst.dk/da/-/media/Inspektorrapporter/Oest/Psykiatri-Sjaelland/Psykiatrien-Syd/Inspektorrapport-041121.ashx

Vi har disse kommentarer:

Der er tale om et førstegangsbesøg, efterspurgt af uddannelseslægerne og sekretariatet for den lægelige videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Øst, på en psykiatrisk afdeling, der varetager uddannelsesfunktion for en læge i Klinisk basisuddannelse, en læge i introduktionsuddannelse i Psykiatri, 12 læger i hoveduddannelse i Psykiatri og to læger i hoveduddannelse i Almen medicin. Derudover har afdelingen fem læger i evalueringsansættelser.

Ved selvevalueringen deltog seks uddannelseslæger repræsenterende alle tre typer uddannelsesstillinger i selve selvevalueringen mens SWOT-analysen er sammensat af besvarelser fra uddannelseslæger og to speciallæger. Selvevalueringen er et vigtigt redskab til refleksion og er en mulighed for at drøfte hvordan man evt. kan bedre uddannelsesforholdene. Sundhedsstyrelsen forventer at afdelingen fremover udarbejder en selvevaluering med flest mulige deltagere, for at give et nuanceret billede af uddannelsesforholdene i afdelingen og som inspektorerne kan tage udgangspunkt i ved besøget.

Ved inspektorbesøget deltog et bredt udvalg af relevante parter, herunder 11 uddannelseslæger, speciallæger, ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, sekretærer, afdelingssygeplejersker og leder af centerterapi. Inspektorerne angiver at direktionen ikke var inviteret med til inspektorbesøget, hvilket til dels skyldtes en misforståelse. Sundhedsstyrelsen finder dette beklageligt, idet direktionen har et stort overordnet ansvar for videreuddannelse af uddannelseslæger og derfor altid bør inddrages ved et inspektorbesøg.

Afdelingen scores temaet arbejdstilrettelæggelse som særdeles problematisk, fem temaer som utilstrækkelige i form af akademiker, forskning, undervisning, læring og kompetencevurdering samt læringsmiljøet og de øvrige ti temaer som tilstrækkelige. Inspektorerne vurderer både forskning og arbejdstilrettelæggelsen som særdeles problematiske, syv temaer som utilstrækkelige i form af introduktion til afdelingen, uddannelsesplan, akademiker, undervisning, konferencernes læringsværdi, læring og kompetencevurdering og læringsmiljøet på afdelingen og syv temaer vurderes tilstrækkelige.

Inspektorerne bekriver en afdeling med læringspotentiale, men en uddannelse under pres. Inspektorerne roser ledelsens kæmpe og flotte indsats for at løfte opgaven trods udfordringer, men den fremstår desværre utilstrækkelig. Afdelingen har længe været udfordret rekrutteringsmæssigt. Da stillingen som uddannelsesansvarlig overlæge ikke har kunnet besættes varetages funktionen aktuelt af ledende overlæge. En stor del af speciallægerne er uddannet i andre EU-lande eller er lægekonsulenter ansat via vikarbureauer, og kun et fåtal af speciallægerne er villige til at påtage sig vejlederrollen

lige som kun få varetager supervision. Supervision i psykoterapi hviler på en enkelt speciallæge der står foran pensionering. Speciallægerne er ikke engageret i den formaliserede undervisning, der varetages uddannelseslægerne imellem uden mulighed for sparring. Af selvevaluering fremgår desuden at sprogbarrierer forringer muligheden for at lære af speciallægerne.
Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer såsom uddannelsesdag hver tredje uge, rationel farmakologi-gruppe, supervisionsgruppe og udredningsgruppe. Der er dog udfordringer omkring strukturen, deltagelsesmulighed og manglende opbakning fra speciallægerne.
Uddannelseslægerne er utrygge ved utilstrækkelig oplæring i visse funktioner inden de forventes varetaget selvstændigt. De beskriver over for inspektorerne at behandlingen ikke altid er tidssvarende og at speciallægerne ikke er fagligt opdaterede. Andre faggrupper beskriver at uddannelseslægerne ikke altid er lige gode til at tage imod de mange uddannelsestilbud.

Der er ved besøget aftalt indsatsområder, med en implementeringshorisont på 3-12 måneder, inden for

- introduktion
- internt arbejde med uddannelseskultur, differentieret opnåelse af kompetencekort, fremmøde og bidrag fra speciallægegruppen til formel undervisning og strukturerede vejledersamtaler
- gennemsigtighed og kommunikation vedrørende uddannelsestilbud, herunder daglig kommunikation omkring dagens uddannelsesmuligheder/skemalægning

Sundhedsstyrelsen bakker op om disse tiltag.

Der er desuden aftalt et indsatsområde inden for rekruttering af uddannelsesansvarlig overlæge. Sundhedsstyrelsen støtter at uddannelsesansvarlig overlæge er en vital funktion hvis opgaver skal varetages for at sikre og udvikle et godt uddannelsesmiljø. Sundhedsstyrelsen vurderer at det konkrete indsatsområde er af så strukturel karakter at det falder uden for inspektorordningens rammer hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke kan forholde sig til det. Sundhedsstyrelsen bakker generelt op om alle tiltag til at fremme uddannelsesmiljøet.

Sundhedsstyrelsen finder på baggrund af inspektorrapporten afdelingens videreuddannelse kritisabel. Sundhedsstyrelsen finder derfor behov for at næste inspektorbesøg finder sted som et opfølgende besøg primo 2023.

Sundhedsstyrelsen udbeder sig ydermere en skriftlig status fra afdelingen på indsatsområder og uddannelsesmiljø. Den skriftlige status skal være Sundhedsstyrelsen i hænde ultimo august 2022, hvor majoriteten af indsatsområderne planmæssigt vil være implementeret.

Henvendelser vedrørende Inspektorordningen kan ske til Benni Bees, beb@sst.dk eller tlf. 7222 7884.

Med venlig hilsen

Inspektorsekretariatet
Sundhedsstyrelsen
Uddannelse
T +45 72 22 74 00
sst@sst.dk

SUNDHEDSSTYRELSEN

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Inspektorrapport

SST-id	INSPBES-00002730
Afdelingsnavn	Psykiatrien Syd, Vordingborg
Hospitalsnavn	Region Sjællands Sygehusvæsen
Besøgsdato	04-11-2021

Temaer

Score	Særdeles problematisk	Utilstrækkelig	Tilstrækkelig	Særdeles god
Introduktion til afdelingen		**X**		
Uddannelsesprogram			**X**	
Uddannelsesplan		**X**		
Medicinsk ekspert - Læring i rollen som medicinsk ekspert			**X**	
Kommunikator - Læring i rollen kommunikator			**X**	
Samarbejder - Læring i rollen som samarbejder			**X**	
Leder/ administrator - Læring i rollen som leder/administrator			**X**	
Sundhedsfremmer - Læring i rollen som sundhedsfremmer			**X**	
Akademiker - Læring i rollen som akademiker		**X**		
Professionel - Læring i rollen som professionel			**X**	
Forskning - Uddannelsessøgende lægers deltagelse i forskning	**X**			
Undervisning - som afdelingen giver		**X**		
Konferencernes - læringsværdi		**X**		
Læring og kompetencevurdering		**X**		
Arbejdstilrette-læggelse - Tilrettelæggelsen tager hensyn til videreuddannelsen af læger	**X**			

Læringsmiljøet på afdelingen		**X**		

Særlige initiativer	Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer for at fremme uddannelse som feks. rational farmakologi gruppe og forbedringstavle i konferencen. Desuden har de i flere år haft skemalagt en uddannelsesdag hver 3.tirsdag, hvor der ofte kommer undervisere udefra fra kl.08.30-11.30, og efterfølgende fællesmøde og undervisning for alle læger fra 12.30-15-30. Derudover afholdes der 2 supervisionsgrupper hver mdr., afholdt af 2 psykoterapeuter på skift.

Næste besøg

Rutinebesøg om 4 år	Nej
Anbefalet tidshorisont	12

Deltagere

Sygehus/Centerledelse	3
Speciallæger	6
Uddannelsessøgende læger	11
Andre	7

Dokumenter

Godkendt af afdelingen	Ja

Aftaleparter

Ledende overlæge	Jens Bo Thomsen
Uddannelsesansvarlig overlæge	Jens Bo Thomsen
Inspektor 1	Signe Dolmer
Inspektor 2	Ásta Milthers Theódórsdóttir
Evt. inspektor 3	

Dokumenter

Konklusion og kommentar til besøg	Inspektorrapport Psykiatrien Syd, Region Sjællands Sygehusvæsen, Vordingborg Besøg 04.11.21

	Inspektorer: Signe Dolmer og Ásta Theódórsdóttir (jr.inspektor) Dette inspektorbesøg var i anledning af at de yngre læger på afdelingen havde efterspurgt et besøg, med anmodning fra ultimo 2020. Afdelingen har aldrig tidligere haft et inspektorbesøg. Forud for besøget havde vi fået tilsendt - Evalueringer fra evaluer.dk, trukket for perioden 2020 til dato - Den regionale vejledning til den lægelige videreuddannelse i psykiatrien - Slides fra workshop august 2021 i Psykiatrien Syd om uddannelsesstedet - Undervisningsprogram forår 2021 + opdatering og for efterår 2021 - Folder om vores interventionsteam - Introduktionsskrivelse om Psykiatrien Syd - Info om morgen og middagssupervision - Eksempel på velkomst mail til nye læger inkl. dagsprogrammet for den første måned - Husorden - Slides til den første dag - Cases der bruges som udgangspunkt for drøftelser med nye læger i psykiatrien - Receptorkort Dagen før om eftermiddagen og ved ankomst modtog vi yderligere materiale, som vi havde begrænset mulighed for at se på. Afdelingen har 19 speciallæger tilknyttet, og har ca. 21 uddannelsessøgende læger, fordelt på 6 KBU forløb, 1 introduktionsstilling og 14 HU forløb, hvoraf nogle er AP læger. Der er stigende antal uddannelseslæger, idet specialet er blevet tildelt flere uddannelsesforløb.

	Afdelingen er en del af Psykiatrien i Region Sjælland, hvorfor afdelingen ikke har alle psykiatriske funktioner herunder den specialiserede retspsykiatri. Afdelingen har en bred vifte af funktioner indenfor almen psykiatrien herunder også "de særlige pladser", som er et regions tilbud til de sværeste syge med rehabiliterings behov. Afdelingen kan tilbyde uddannelse inden for de almen psykiatriske tilbud i sengeafsnit, dvs. Psykiatrisk Akut Modtagelse, åbent og lukket afsnit for både affektive og psykosespektrum lidelser, åbent sengeafsnit for patienter med personlighedsforstyrrelser, og ældrepsykiatrisk sengeafsnit. Ambulant har vi som anført Distriktspsykiatri som arbejder efter F-ACT modellen, samt klinikker som har pakkeforløb indenfor ikke psykotiske lidelser (f.eks. angst, depression, PTSD). Der er en del funktioner, som ikke ligger geografisk på den samme martikel mht. varetagelse af behandlingen for en stort geografisk område – herunder er der virtuel behandling. Der var et godt tilrettelagt program, hvor vi mødte 11 yngre læger, repræsenteret af alle uddannelsesforløb, 5 speciallæger i psykiatri og 1 speciallæge i intern medicin, UAO, afdelingsledelsen (ledende overlæge, ledende oversygeplejerske og kvalitets- og udviklingssygeplejerske), samt 7 personer fra andre faggrupper (sekretærer, afdelingssygeplejersker, leder af centerterapi). Direktionen var ikke inviteret med til dagens program, hvilket til dels skyldtes en misforståelse. Afdelingen har længe været udfordret af rekrutteringsproblemer. Den ledende overlæge har selv påtaget sig opgaven som UAO, idet han ikke har kunnet besætte stillingen indtil nu. På nogle af sengeafsnittene er der ansat speciallæger i psykiatri som har deres læge- og speciallæge uddannelse fra andre EU lande, og der er i alt 5

	speciallæger som nu har været ansat i 3-6 år. Rekrutteringen af de udenlandske speciallæger var en del af en målrettet indsats i Region Sjælland pga. et stort antal vakante stillinger, og der blev i den forbindelse lavet sprogkurser og indføring i det danske sundhedsvæsen til de udenlandske speciallæger, herunder har de taget vejleder kurser og psykopatologi kurser. Afdelingen benytter sig til dels også af dansk uddannede lægekonsulenter som er ansat via vikarbureauer. Fra vores samtale med de yngre læger erfarede vi at der var stor diskrepans imellem hvordan de oplevede introduktionen og modtagelsen i afdelingen. En central nøgleperson (sekretær) i afdelingen har tidligere stået for de praktiske forhold ved ansættelser af yngre læger, og tilmelding til fælles introduktionskursus mm, og da denne person stoppede i ultimo juni 2021, er introduktion og modtagelse blevet noget mere ustruktureret. De nyest ansatte yngre læger har ikke fået materiale tilsendt, er ikke blevet tilmeldt kurser, og har oplevet at afdelingen ikke har været klar over at de skulle starte. Yngre læger ansat inden foråret havde en meget bedre og struktureret modtagelse. Ca. halvdelen af de yngre læger oplevede at de først fik tildelt en vejleder nogle uger ind i deres ansættelse. Vejledersamtaler bliver ikke skemalagt. Individuel uddannelsesplan er ikke blevet lavet for alle. De oplever at der kun er et fåtal af speciallægerne der er villige til at påtage sig vejlederrolle. Meget af supervisionen hviler også på et fåtal af speciallægerne. Kun én speciallæge er kvalificeret til at supervisere i psykoterapi og han er tæt på at gå på pension, hvilket således er en trussel mod de stigende krav til psykoterapeutisk uddannelse i speciallæge uddannelsen inden for psykiatri. De yngre læger oplever ikke at speciallægerne investerer i den formelle uddannelse. F.eks. rejser de sig og går fra den formaliserede undervisning, som foregår 2 gange ugentligt, og de yngre

	læger står selv for at undervise hinanden, uden mulighed for sparring med speciallægerne. De savner også mere faglig sparring til morgenkonferencer. Afdelingsledelsen har iværksat mange lovende initiativer for at fremme uddannelse som feks. rational farmakologi gruppe og forbedringstavle i konferencen. Desuden har de i flere år haft skemalagt en uddannelsesdag hver 3.tirsdag, hvor der ofte kommer undervisere udefrafra kl.08.30-11.30, og efterfølgende fællesmøde og undervisning for alle læger fra 12.30-15-30. Her bliver cases præsenteret og drøftet, præsentation af forskningsprojekter, drøftelse af arbejdsmiljø og uddannelse. Derudover afholdes der 2 supervisionsgrupper hver mdr., afholdt af 2 psykoterapeuter på skift, hvor H- læger får gruppesupervision i 2 timer af gangen. Igennem ca et år har H-lægerne været med i en udredningsgruppe hver anden uge á 2 timer, hvor de fremlægger diagnostiske interviews af patienter de har udvalgt, og der er deltagelse af specialpsykologer og speciallæger. De yngre læger oplever dog at disse tilbud/initiativer mangler struktur, at speciallægerne ikke er tilstede og at de yngre læger ikke altid er fritaget fra arbejde for at kunne deltage. Der er derfor nogle initiativer som ikke er fuldt implementeret og er derved ikke en del af det oplevede uddannelsesmiljø. De oplever at afdelingsdriften kommer før uddannelse. De oplever også manglende kommunikation omkring uddannelse, faglighed og patientsikkerhed fra ledelsen. Hoveduddannelseslægerne er ofte rutinerede bagvagter fra Universitetsafdelingerne i Region Hovedstaden, men skal starte med at gå i forvagt når de bliver ansat i Psykiatrien Syd, og synes der går lang tid inden de bliver rykket op til bagvagt. Aftalen er at H1 læger starter i forvagtslaget i 3-6 måneder, derefter har de 3 mdr. i den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) hvor de oplæres i bagtvagtsfunktionen i dagtid. Derefter indgår de i bagvagtslaget. H2 læger starter typisk med 3 mdr. i PAM, og

	indgår derefter i bagvagtslaget. De yngste læger savner mere oplæring i f.eks. ECT behandling, og er utrygge ved kun at få én følgevagt, idet vagterne varierer enormt meget, så de kan ikke være sikre på at de har set det de skulle for selv at kunne varetage funktionen. De foreslår at man i stedet udarbejder nogle forvagts kompetencer, som man skal have set/udført inden man får selvstændig vagt. De yngre læger oplever en lidt gammeldags tankegang i forhold til fagligheden, at behandlingen ikke altid er tidssvarende. Som noget positivt, nævner de yngre læger at der er stort potentiale til læring, idet de får set mange patienter med forskellige diagnoser. De oplever at fagligheden er stor blandt plejepersonale og at ledelsen yder en stor indsats til forbedringer. Af de tilstedeværende fra speciallægegruppen havde tre været på vejlederkursus, 2 af dem afventede kursus, og 4 af dem var vejledere for en yngre læge. De oplever at vejledere bliver tildelt fra start og at vejledermøder bliver afholdt planmæssigt. De nikker genkendende til at de ikke prioriterer formel undervisning, men prioriterer til gengæld bedside undervisning i den kliniske hverdag. Speciallægerne beskriver de uddannelsessøgende i hoveduddannelse som dygtige og ambitiøse. I konferencerummet hænger der en uddannelsestavle, for at skabe overblik over forløb og kompetenceopnåelse, men den bliver ikke opdateret efter hensigten. Afdelingsledelsen har forsøgt at slå stillingen op som UAO af et par omgange, uden held. De arbejder videre på rekrutteringen. Derudover har de for nyligt fundet en afløser for den sekretær som har stået for de praktiske forhold omkring de yngre læger, som straks har forbedret introduktionen for de nyeste ansatte. Siden inspektorbesøget blev rekvireret (for 11 måneder siden) har de iværksat flere initiativer til uddannelse, bl.a. har de ansat en konsulent til supervision af de yngre læger 2 dage om ugen, og en

	psykoterapeut til supervision om eftermiddagen. De har holdt workshop til forbedring af uddannelse . Workshoppen resulterede i en forbedringstavle i konferencen, som stiles i mod at blive opdateret hver uge. Der er meget fokus på rekruttering af speciallæger. Og alle speciallæger skulle være tilmeldt vejlederkursus hvis de ikke for nyligt har været på ét. De andre faggrupper oplever at de yngre læger har mange tilbud om uddannelse, som de ikke altid er lige gode til at tage imod. De har opfattelsen af at de yngre læger er udfordrede i at speciallægerne ikke altid er så engagerede i at introducere dem, og ikke fagligt er opdaterede. De yngste læger føles ikke altid klædt på til opgaven, og er uden tilstrækkelig opbakning. Vores indtryk ved besøget stemte meget fint overens med den SWOT analyse vi havde modtaget, udarbejdet af afdelingen i foråret. Afdelingen er udfordret i rekruttering af speciallæger, og især til stillingen som UAO. Det skønnes vigtigt for afdelingens uddannelsesmiljø at UAO og afdelingsledelse adskilles, ligesom centrale administrative nøglepersoner bør robustgøres mht. ensartethed ved introduktion og velkomsten samt til understøttelse af det administrative. Trods ledelsens kæmpe og flotte indsats for at løfte opgaven trods udfordringer, kræver det en særskilt stilling for at sikre at uddannelse vægter lige så højt som drift. Det kan kun understøttes på det kraftigste at alle sejl sættes ind for at besætte UAO stillingen hurtigst muligt, evt. med en intern kandidat. Man kunne overveje at dele stillingen imellem 2 speciallæger.
Status for indsatsområder	Ingen tidligere besøg
Aftale mellem inspektorer og afdelingen	1. Introduktion skal ensartes og struktureres. Herunder velkomst og praktiske forhold.

	a. Tidsramme 6 mdr 2. UAO skal fortsat forsøges rekrutteret, gerne internt. Evt. 2 personer, så ansvaret kan fordeles. a. Tidsramme 6 mdr 3. Internt arbejde med uddannelseskultur, differentieret opnåelse af kompetencekort, fremmøde og bidrag fra speciallægegruppen til formelle undervisninger, strukturerede vejledersamtaler a. Tidsramme 12 mdr 4. Gennemsigtighed og kommunikation fra afdelingen af forskellige uddannelsestilbud til de yngre læger, og der igennem forventning om at yngre læger naturligvis benytter dem. Daglig kommunikation omkring dagens uddannelsesmuligheder/skemalægning, samt deraf prioritering af det fra ledelsen af. a. Tidsramme 3 mdr

Ad. Dagordenspunkt 6: Orienteringspunkter
Sagsfremstilling:

a. Referat NRLV den 15. december 2021.
b. Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
c. Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
d. Udkast til statistik vedr. uddannelsesstillinger 2021
e. Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
f. Afslutningsregion for h-forløb 2022
g. Status vedr. forsøgsperiode for sammenhængende uddannelsesforløb i Region Sjælland

Indstilling:
Fraset punkt g) behandles de enkelte punkter på anmodning.

Ad punkt g)
Der er sendt ansøgning til SUM og SST den 8. oktober 2021. Der er modtaget vedlagte skriftlige svar. Region Sjælland bedes oplyse hvor mange individuelle ansøgninger vedr. sammenhængende forløb, der kan forventes fra medicinstuderende samt hvornår.

Bilag:
Bilag 06.01 Referat NRLV den 15. december 2021
Bilag 06.02 Referat FU-NRLV den 2. februar 2022
Bilag 06.03 Dagsorden møde i Prognose- & Dimensioneringsudvalget den 23. februar 2022
Bilag 06.04 Udkast til statistik vedr. introduktionsstillinger 2021
Bilag 06.05 Udkast til statistik vedr. hoveduddannelsesstillinger 2021
Bilag 06.06 Status projekt Ny logbog.net og evaluer.dk
Bilag 06.07 Afslutningsregion for h-forløb 2022
Bilag 06.08 Svar fra SUM

SUNDHEDSSTYRELSEN

REFERAT **BILAG NR22-21**

Emne	Møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse
Mødedato	15. december 2021, kl. 15.00-18.00
Sted	Auditoriet, Islands Brygge 57, København S. + virtuelt
Medlemmer	Direktør Søren Brostrøm, Sundhedsstyrelsen, formand Enhedschef Steen Dalsgård Jespersen, Sundhedsstyrelsen Enhedschef Agnethe Vale Nielsen, Sundhedsstyrelsen Lægelig direktør Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion Nord Vicedirektør Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion Øst Jette Kolding (suppleant for Torben Bæk Hansen), Universiteterne Formand Susanne Axelsen, Lægevidenskabelige Selskaber Overlæge Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige Selskaber Klinikchef Jeanett Bauer, Lægevidenskabelige Selskaber Læge Jesper Brink Svendsen, Lægeforeningen Læge Cæcilie Trier Sønderskov, Yngre Læger Ledende overlæge Inger Brødsgaard, Foreningen af Speciallæger Almenpraktiserende læge Gunver Lillevang, Praktiserende Lægers Organisation Lægefaglig direktør Michael Braüner Schmidt, Danske Regioner Chef for lægeuddannelse Marit Buccarella, Danske Regioner Professor, dr.med. Doris Østergaard, Uddannelses-og Forskningsministeriet Mikkel Friberg (suppleant for Birgitte Drewes), Styrelsen for Patientsikkerhed
Sekretariat	Sektionsleder, overlæge Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen Fuldmægtig Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen Fuldmægtig Johanna Rantzau, Sundhedsstyrelsen
Inviterede	Sekretariatschef Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd Sekretariatschef Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst Sekretariatschef Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord
Afbud	Lægelig direktør Michael Dall, Videreuddannelsesregion Syd Professor, dr.med. Torben Bæk Hansen, universiteterne Kontorchef Randi Frydensberg Hede, Sundhedsministeriet Centerchef Thomas I. Jensen, Danske Regioner Vicedirektør Birgitte Drewes, Styrelsen for Patientsikkerhed

7. januar 2022

Sagsnr. 06-0199-9/
Reference KARM
T 2334 9660
E karm@sst.dk

Punkt 1. **Godkendelse af opdateret dagsorden (Bilag NR21-21)**

Indstilling: Det indstilles, at Rådet godkender dagsordenen.

Referat:
Formanden bød velkommen, og særligt til Gitte Valsted Eriksen, der er udpeget som nyt medlem af Lægevidenskabelige Selskaber og afløser Bente Malling.
Formanden fortalte, at grundet epidemisituationen var mødet omlagt til et hybridmøde, hvor størstedelen deltog virtuelt, mens et mindre antal deltog fysisk. Forinden mødet blev en opdateret dagsorden udsendt til Rådet med en tilføjelse af et nyt dagsordenpunkt (punkt 3).
Formanden orienterede om, at Teodor Grantcharov desværre måtte melde afbud, og hans oplæg udgik derfor af dagsordenen.
Den opdateret dagsorden blev derefter godkendt.

Punkt 2. **Status på revision af den lægelige videreuddannelse**

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen fremlægger status for arbejdet med revisionen af den lægelige videreuddannelse, der følger planen, som blev fastlagt på seneste møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Status for arbejdet er, at arbejdsgruppemøderne er genoptaget og underarbejdsgrupperne er nedsat, hvoraf flere har afholdt det første møde. Grundet den seneste udvikling med corona, så omlægges alle møder fra den 10. december til den 7. januar til hybridmøder. Sundhedsstyrelsen har med bistand fra bl.a. Gitte Valsted Eriksen igangsat en analyse af uddannelsen i den kliniske enhed. Formålet er at identificere styrker og svagheder ved aktuel uddannelsespraksis i den kliniske enhed, samt få udpeget elementer, som bør hhv. forbedres eller bevares. Som en del af analysen gennemføres en survey blandt de ca. 700 uddannelsesansvarlige overlæger og uddannelseskoordinatorer i almen medicin. Surveyen skal muliggøre opdatering af den viden og de anbefalinger, som blev beskrevet i bl.a. Status og perspektiveringsrapporten fra 2012. Surveyen forventes gennemført i december måned.

Indstilling: Til orientering

Referat:

Punktet blev indledt med en orientering af Sundhedsstyrelsen ved Steen Dalsgård Jespersen. Arbejdet følger planen for projektet. 1. møde i underarbejdsgruppe D under arbejdsgruppe 2, blev dog aflyst på grund af epidemisituationen.

Rådet havde følgende bemærkninger til punktet:

- Processen for revisionen har været god, og der er mange gode diskussioner og et stort engagement fra medlemmerne i de respektive arbejds- og underarbejdsgrupper.
- Drøftelse af nye modeller for dimensionering kan være vanskeligt, når man endnu ikke kender modellen for den fremtidige lægeuddannelse, som revisionen vil komme frem til
- En generel bekymring om revisionens meget ambitiøse tidsplan

Punkt 3. Drøftelse: Færre uddannelseslæger bliver færdige til tiden

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet drøfter en aktuel problemstilling om, at et stigende antal uddannelseslæger er kommet i klemme eller er i risiko for, ikke at kunne opnå de nødvendige kompetencer i deres sygehusansættelser for tiden.

Årsagerne herfor er dels, at flere lægers arbejde oplægges til varetagelse af corona-patienter, og dels, at planlagte behandlinger aflyses/udsættes grundet situationen med corona og mangel på sygeplejesker. Det betyder, at lægerne ikke opnår de planlagte kompetencer inden for specialet.

Det gælder i større udtrækning for I-læger, men også H-læger er udsatte og mærker det efterhånden. Det er især de skærende specialer der rammes, men også andre

Vi kan ikke gå på kompromis med kvaliteten i uddannelsen og vi bør derfor ikke dispensere for manglende kompetencer. Regionerne kan forlænge uddannelseslægernes stillinger, så de siden kan opnå de manglende kompetencer, men det vil medføre en forsinket speciallægeproduktion visse steder.

Indstilling: Det indstilles, at Rådet drøfter omfanget af problemet og håndteringen heraf.

Referat:

Videreuddannelsessekretariaterne præsenterede omfanget af problemet:

- Videreuddannelsesregion Nord: 10 forsinkelser fordelt på 3 forlængelser for KBU læger, 2 forlængelser for I-læger, 5 forlængelser for H-læger. Desuden kan der være forlængelser, som sekretariatet ikke er bekendt med

- Videreuddannelsesregion Syd: 4 forsinkelser fordelt på 1 H-læge, 2 i fokuserede forløb, og 1 I-læge, på nuværende tidspunkt kender de ikke omfanget af KBU-læger
- Videreuddannelsesregion Øst: Samlet 17 forsinkelser fordelt på 2 H-læger i almen medicin, 3 I-læger i anæstesiologi, 4 I-læger i gynækologi og obstetrik, (hvortil der også er en aktuel bekymring for en H-læge), 3 I-læger i kirurgi, (hvortil man aktuelt er bekymret for forlængelse ad adskillelige I- og H-læger, som følge af den stærkt begrænsede aktivitet siden foråret 2020. Der indhentes på nuværende tidspunkt mere konkrete oplysninger), 3 I-læger og 2 H-læger i oto-rhino-laryngologi (hvortil bekymringen primært omhandler H-lægerne)

Sundhedsstyrelsen orienterede om, at udsættelserne i særlig grad skyldes corona epidemien, men også sygeplejerskestrejken har haft indflydelse på problemet. Der ses primært udfordringer i de kirurgiske specialer, men også andre behandlinger bliver udsat. Rådet var positive over, at der var tale om relativt få læger, der er udsatte og anerkendte de løsninger, der foretages på de respektive afdelinger.

Det blev meddelt i Rådet, at forlængelser kun er foretaget i 2020, og ingen forlængelser er blevet foretaget i 2021.

Rådet drøftede muligheder for betinget godkendelse af introduktionsforløb med henblik på fortsættelse i hoveduddannelsesforløb til trods for, at man ikke har opnået de nødvendige kompetencer i det forgangne forløb. Sundhedsstyrelsen tilkendegav, at dette ikke ville være muligt i praksis, særligt af juridiske årsager. Hertil opfordrede Danske Regioner til, at man søger individuelle løsninger for de enkelte læger i Videreuddannelsesregionerne.

Rådet drøftede endvidere mulighed for at konstituere læger sidst i hoveduddannelsen i afdelingslægestilling med tilhørende lønstigning og ansvar efter evne, selvom de bliver forlængede i deres uddannelsesstilling som følge af manglende kompetenceopnåelse. Danske Regioner tilkendegav velvillighed over for denne løsning på individuelt plan.

Rådet var enige i, at omfanget på nuværende tidspunkt er i en sådan størrelsesorden, at problemet bedst håndteres med individuelle løsninger.

Sundhedsstyrelsen tilkendegav, at man vil følge udviklingen samt udviklingen på sygeplejeområdet tæt.

Punkt 4. **Temadrøftelse: Medicinsk pædagogik i et internationalt perspektiv**

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet drøfter paradigmer for medicinsk pædagogik i lægelige videreuddannelser på baggrund af oplæg fra tre internationale eksperter.

Rådet kan tage viden og refleksioner med sig på baggrund af oplæggene og drøftelserne. Det er ikke intentionen at drøfte konkrete implikationer for den lægelige videreuddannelse, da der er planlagt en revisionsproces med arbejdsgrupperne.

De tre oplægsholdere er:

1. Pim Teunissen, Professor of Workplace Learning in Healthcare, Scientific Director of the School of Health Professions Education, Maastricht (videooptagelse)
2. Teodor Grantcharov, Professor of Surgery, University of Toronto (live-video)
3. Kevin Eva, PhD, Associate Director and Senior Scientist ved Centre for Health Education Scholarship, Professor and Director of Education Research and Scholarship at Faculty of Medicine, University of California (live-video)

Der bliver tre gange 20 minutters oplæg og mulighed for spørgsmål fra Rådet til de to oplægsholdere, der deltager live, hvorefter Rådet kan drøfte centrale spørgsmål.

Indstilling: Til drøftelse

Referat:

Formanden præsenterede kort baggrunden for temadrøftelsen og efterfølgende præsenterede de to eksperter. Teodor Grantcharovs oplæg udgik af temadrøftelsen.

Pim Teunissens videopræsentation blev vist i Rådet og indeholdt bl.a. følgende pointer:

- Rollen som den medicinske ekspert er stadig en kernekompetence, men forskning viser, at det er svært at knytte de omkringliggende roller og kompetencer til hinanden.
- Det er bekymrende, hvis målbeskrivelserne bliver for omfattende, med for mange krav og forskellige forventninger. Det kan give en risiko for øget automatisering og reduktion af forskellige elementer i uddannelsen.

- Den lægelige videreuddannelse bør struktureres, så den består af en mindre fleksibel velafgrænset kerne af kompetencer i kombination med mere fleksibilitet i andre omkringliggende kompetencer.
- Det er vigtigt, at der i specialerne er et stort fokus på, hvad det er der skal læres og at der fortsat skal være fokus på brugen af konstruktiv feedback og kompetencevurdering.

Dernæst præsenterede Kevin Eva (rettelse til dagsorden: Kevin er fra University of British Columbia) betragtninger om kompetencevurdering live for Rådet. Præsentationen (Bilag NR23-21) er medsendt referatet.

Kevin sendte efter mødet efter forespørgsel fra Rådet følgende link til University of Columbias rammer for kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse: https://mednet.med.ubc.ca/Teaching/curriculum-management2/mission-goals-competencies/Pages/default.aspx, foruden to artikler (Bilag NR24-21 og Bilag NR25-21), der kan være relevant for Rådet.

Rådet takkede for de interessante og meget relevante oplæg. Den efterfølgende drøftelse gav anledning til følgende observationer:

- Kompetencevurdering er vigtigt, da det understøtter læring og udviklinger læringssituationen. God feedbackkultur er essentiel i kompetencevurderingen, eftersom feedback er et løbende element i læringsprocessen, og man ikke kun kompetencevurderer ved slutningen af læringsforløb.
- De modeller, der eksisterer inden for kompetencevurdering er gode og værdifulde. Disse bør dog fungere som en ramme, hvor man implementerer med en grad af fleksibilitet konstrueret efter den givne kontekst. Dette gælder også for de globale modeller, som bør implementeres, hvor man tager højde for kulturelle hensyn.
- Det er essentielt, at der skabes kompetencer, som er relevante i praksis for speciallæge virket. Ofte vurderer man kun kompetencer, der kan basereres på tal og fakta, men der skal mere fokus på andre kompetencer.
- Det er essentielt, at der i målbeskrivelserne defineres kernekompetencer, der er essentielle for det virke den kommende speciallæge skal have. Det er vigtigt, at kompetencevurderingsmetoderne ikke kun har fokus på rollen som medicinsk faglig ekspert (fakta og tal), men også dækker

de øvrige roller med brug af eksempelvis metoder baseret på egen refleksion og helhedsvurderinger.

- Det bemærkes, at de eksisterende kompetencevurderingsmetoder er værdifulde og dækkende på tværs af de syv lægeroller. Det er nødvendigt fortsat at fokusere på systematisk og professionel brug af redskaberne i klinisk praksis. Hertil er der bl.a. brug for kompetenceudvikling af de kliniske vejledere samt en tydelighed på alle niveauer omkring den værdi brugen af kompetencevurdering og feedback har for effektiv læring.
- Der skal gøres op med begrebet om såkaldte bløde kompetencer. Der blev henvist til, at de i stedet bør benævnes som sociale, kognitive og komplekse kompetencer.
- Den lægelige videreuddannelse skal orientere sig mod, at lægen mestrer kompetencer frem for en præstation af kompetencer.

Punkt 5. Orientering

- <u>Orientering fra Sundhedsstyrelsen</u>
    - Inspektorordningen
      Der har været afholdt inspektorkurserne ultimo september og ultimo oktober, som har været fuldt booket. Inspektorkurserne for 2022 afholdes i marts og juni. Årsmødet for inspektorgruppen blev afholdt den 30. september 2021.
    - Revision af vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse (nuv. VEJ 9586 af 14/07/2008)
      I begyndelse af 2020 var Sundhedsstyrelsens vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse i høring. Høringen blev afsluttet 1. marts 2020. På baggrund af høringssvarene igangsættes en proces med henblik på at færdiggøre kompetencevejledningen.
- <u>Orientering fra Videreuddannelsesregionerne</u>
- <u>Øst:</u>
    - Arbejder fortsat med implementering af Dimensioneringsplan 2022. Afventer svar fra Sundhedsministeriet vedr. ansøgning om forlængelse med et år af forsøgsordningen med sammenhængende forløb i Region Sjælland.

- Nord:
    - På sidste regionale rådsmøde blev temaet deltidsstillinger i den lægelige videreuddannelse drøftet.
- Syd:
    - Specialernes Dag afvikles i november under normale omstændigheder.

Orientering fra øvrige

Indstilling: Det indstilles, at orienteringerne tages til efterretning, og at eventuelle spørgsmål drøftes

Referat:

Orienteringerne blev taget til efterretning.
Videreuddannelsesregion Syd fortalte, at specialernes dag blev aflyst grundet epidemisituationen.
Inspektorårsmødet afholdes 28. april 2022.

Punkt 6. Møder i 2022

- 16. marts
- 15 juni
- 22. juni (kun konference om revision af den lægelige videreuddannelse)
- 12. oktober
- 4. december

Indstilling: Det indstilles, at møderækken og dato for konferencen fastlægges

Referat:

Det er en fejl, at mødet i december i dagsorden står til at blive afholdt den 4. december 2022, det er i stedet den 14. december 2022. Efter denne rettelse blev møderækken og dato for konferencen blev fastlagt.

Punkt 7. Eventuelt

Intet.

SUNDHEDSSTYRELSEN

BILAG FU2-22

R E F E R A T

Emne	Forretningsudvalget for Det Nationale Råd for Lægers videreuddannelse
Mødedato	2. februar 2022 kl. 14.45-16.15
Sted	Microsoft Teams
Deltagere	Enhedschef Steen Dalsgård Jespersen (formand), Sundhedsstyrelsen Lægelig direktør Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion Nord Lægelig direktør Michael Dall, Videreuddannelsesregion Syd Vicedirektør Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion Øst
Sekretariat	Sektionsleder, overlæge Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen Fuldmægtig, Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen

15. februar 2022

Sagsnr. 06-0199-8/
Reference KARM
T 23340660
E karm@sst.dk

Punkt 1. **Godkendelse af dagsordenen (Bilag FU1-22)**

Referat:

Dagsordenen blev godkendt.

Punkt 2. **Opfølgning på Rådsmøde og igangværende sager**

På sidste møde i Rådet blev der givet en status for LVU revisionen, som forløber efter planen selvom epidemisituationen betød, at mødet i Arbejdsgruppe 3 den 13. december 201 blev afviklet virtuelt samt at første møde i Underarbejdsgruppe D den 15. december 2021 blev aflyst. Rådet bemærkede, at processen for revisionen er god, hvortil der er et stort engagement fra medlemmerne i de respektive arbejds- og underarbejdsgrupper.

På sidste møde drøftede Rådet en aktuel problemstilling om, at stigende antal uddannelseslæger er i risiko for, ikke at kunne opnå de nødvendige kompetencer i deres sygehusansættelser grundet aflyste og udsatte operationer bl.a. som følge af coronasituationen. Rådet blev af Videreuddannelsesregionerne orienteret om omfanget,

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

hvorefter Rådet erklærede sig enige i, at problemet bedst håndteres med individuelle løsninger grundet det relativt lave omfang.

Dernæst drøftede Rådet paradigmer for medicinsk pædagogik i lægelige videreuddannelser på baggrund af oplæg fra to internationale eksperter.

Status på LVU-projektet:

Arbejdsgruppemøderne forløber som planlagt med fysisk deltagelse.

Planlægningen af konferencen den 22. juni 2022 er i gang og Sundhedsministeren er inviteret.

Indstilling: Det indstilles, at forretningsudvalget drøfter de igangværende sager.

Referat:

Steen Dalsgård Jespersen gav en kort status på LVU-projektet og bemærkede, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at nedsætte en patientfølgegruppe koblet hertil. Med hensyn til konferencen, så vil den have omdrejningspunkt i sammenhængen mellem fremtidens sundhedsvæsen og den lægelige videreuddannelse for at udbrede overvejelserne, imens arbejdet pågår og før afrapporteringen. Konferencen afholdes på Comwell Hotel i Århus (formentlig i tidsrummet fra kl. 10-14/15).

Punkt 3. Planlægning af dagsorden til møde i Det Nationale Råd den 16. marts 2022.

Forretningsudvalget skal bistå Sundhedsstyrelsen med tilrettelægge dagsorden til mødet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 16. marts 2022. Sundhedsstyrelsen foreslår følgende punkter til dagsordenen:

1. Godkendelse af dagsorden
2. Drøftelse: Revision af den lægelige videreuddannelse

   2.1 LVU-revisionens slutrapport

   - Udkast til kapitel 9 om udfordringer og muligheder
   - Udkast til kapitel 10 om anbefalinger

   Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet drøfter udkast til dele af LVU-revisionens slutrapport, som er udsendt til Rådet forud for mødet. Kapitlerne beskriver udfordringer og forslag til anbefalinger for

forskellige dele af og forhold omkring den lægelige videreuddannelse. Der er tale om foreløbige overvejelser, da der stadig mangler centrale drøftelser i alle arbejdsgrupper.

2.2 Konferencen om speciallægeuddannelsen i fremtidens sundhedsvæsen den 22. juni 2022

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen ønsker, at Rådet kommer med forslag til oplægsholdere, der kan være relevante at inddrage i konferencen, herunder en keynote speaker.

3. Temadrøftelse: Fejl og sikre læringsmiljøer

Kan enten fokusere på:

- Yngre lægers opfattelse af fejl begået i klinikken og hvorledes det kan have betydning for deres muligheder for at tilegne sig de kompetencer, der kræves i uddannelsen. Hvilken betydning har det, at erfarne læger går forrest ved at fortælle om egne fejl og tvivl? Og hvordan er italesættelse af egne fejl med til at sikre gode læringsmiljøer?
- Hvordan kan vi bruge teknologien til at minimere fejl i klinikken og hvordan lærer vi af de fejl vi begår? Evt. med oplæg fra Teodor Grantcharov (som vi har til gode)

Sundhedsstyrelsen ønsker, at forretningsudvalget bidrager til rammesætning af temadrøftelsen, herunder forslag til oplægsholdere.

4. Orientering
    - Orientering fra Sundhedsstyrelsen
    - Orientering fra Videreuddannelsesregionerne
    - Orientering fra øvrige
5. Eventuelt

Indstilling: Det indstilles, at Forretningsudvalget drøfter forslag til dagsordenen.

Referat:

Steen Dalsgård Jespersen præsenterede forslag til dagsorden og redegjorde for en justeret sagsfremstilling til punkt 2 om drøftelse af LVU-revisionens slutrapport, hvortil Sundhedsstyrelsen ønskede, at Rådet kun drøfter kapitel 9 med henblik på, at Rådet bekræfter/nuancerer det udfordringsbillede, der beskrives i kapitel 9.

Forretningsudvalget drøftede punktets nærmere indhold, så Rådet kan give nyttig inspiration tilbage til LVU-arbejdet. I den forbindelse blev det bemærket, at det er Rådets funktion som styregruppe at få revisionen til at hænge sammen. Derfor bør Rådet få en tilbagemelding om processen – en fremdriftsstatus – og et overblik over de væsentligste indholdsmæssige drøftelser på tværs af arbejdsgrupperne. Hvis der kan bringes en ny vinkel i spil i Rådets drøftelser, som ikke direkte indgår i analyserne og drøftelserne i arbejdsgrupperne, kan det bidrage til yderligere kvalificering.

Efterfølgende blev alternative forslag til en temadrøftelse diskuteres med henblik på, at drøftelsen skulle give noget inspiration tilbage til arbejdsgrupperne og LVU-revisionen generelt. Et forslag, der var opbakning til i Forretningsudvalget var nuværende og kommende trends i sundhedsvæsenet. Hertil blev det forslået, at fokus kunne være på patientsiden, hvorfor det kan være relevant med oplæg fra én eller flere patientrepræsentanter.

Punkt 4. Orientering fra Videreuddannelsesregionerne

Videreuddannelsesregion Øst:

- Der er stadig stort fokus på, at få lægerne godt igennem uddannelsesprogrammerne trods den stadige ophobning på ventelister i de kirurgiske specialer grundet den aktuelle situation med lavere aktivitet end normalt.

Videreuddannelsesregion Nord:

- Byggeriet af Nyt Aalborg Universitetshospital har været en større proces, hvor det særlige forhold har kunne mærkes, at én videreuddannelsesregion skal forholde sig til to universitetshospitaler placeret i to forskellige politiske regioner.

Punkt 5. Orientering fra Sundhedsstyrelsen

Intet.

Punkt 6. **Eventuelt**

Intet.

SUNDHEDSSTYRELSEN

D A G S O R D E N **BILAG P1-22**

Emne: Prognose- og Dimensioneringsudvalget

Mødedato: Onsdag den 23. februar 2022 kl. 10:30-12:30

Sted: Auditoriet, Sundhedsstyrelsens mødecenter, Islands Brygge 57

Deltagere: Steen Dalsgård Jespersen, formand, Sundhedsstyrelsen
Randi Frydensberg Hede, Sundhedsministeriet
Anne Skov, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Ulrik Hesse, Sundhedsdatastyrelsen
Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Lise Møller, Videreuddannelsesregion Øst
Jakob Schelde Holde, Danske Regioner
Natacha Jensen, Danske Regioner
Hans Mathiasen, Yngre Læger
Jesper Allerup, Lægeforeningen
Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige selskaber
Anders Hoff, Lægemiddelindustriforeningen
Kirsten Ohm Kyvik, De sundhedsvidenskabelige fakulteter

Sekretariat:
Mads Andersen Wickstrøm, Sundhedsstyrelsen
Alma Jensen, Sundhedsstyrelsen

Inviteret:
Susanne Vinther Nielsen, konsulent, Sundhedsstyrelsen

09-02-2022

Sagsnr. 06-0101-567
Reference ALJE
T 9359 0211
E alje@sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Punkt 1. **Godkendelse af dagsorden (Bilag P1-22)**

Indstilling: Til godkendelse.

Punkt 2. **Opfølgning - beregningsændringer i Lægeprognose 2021-2045**

Sagsfremstilling: På sidste møde i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 26. november 2021 blev udvalget forelagt planlagte tekniske ændringer af beregningsmetoden for den kommende Lægeprognose. Udvalget kommenterede de planlagte ændringer af beregningsmetoden, og Sundhedsdatastyrelsen præsenterer opfølgning fra mødet.

Indstilling: Til orientering og evt. drøftelse.

Punkt 3. **Deskriptiv data til Lægeprognose 2021-2045**

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde det første udkast til tabeller og figurer til det deskriptive afsnit i den kommende Lægeprognose, og præsenterer nogle af de opdaterede udvalgte data.

Indstilling: Til orientering.

Punkt 4. **Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021 (Bilag P2-22)**

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast til opgørelse over opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021. Udkastet har været til kommentering på mødet i VUSAM – Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum den 28. januar 2022, og der var enkelte korrektioner til opgørelsen.

Indstilling: Til orientering og evt. drøftelse.

Punkt 5. **Besatte introduktionsforløb i 2021 (Bilag P3-22)**

Sagsfremstilling: Sundhedsstyrelsen har på baggrund af indberetninger fra de tre videreuddannelsesregioner udarbejdet et udkast til opgørelse over besatte introduktionsforløb i 2021. Udkastet har været til kommentering på mødet i VUSAM – Videreuddannelsesregionernes Samarbejdsforum den 28. januar 2022.

Indstilling: Til orientering og evt. drøftelse.

Punkt 6. **Fagligt oplæg til Sundhedsstyrelsens 10-års psykiatriplan**

Sagsfremstilling: På mødet i Prognose- og Dimensioneringsudvalget den 16. september 2021 blev det foreslået, at Sundhedsstyrelsen på et udvalgsmøde præsenterer det faglige oplæg til en 10-års psykiatriplan for bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser med fokus på kompetencer og kapacitet, jf. link.
Sundhedsstyrelsen giver på mødet en præsentation af det faglige oplæg, som blev offentliggjort i januar 2022. Med afsæt i oplægget drøftes eventuelle udfordringer og tiltag i relation til videreuddannelsen i de to psykiatriske specialer.

Indstilling: Til orientering og drøftelse.

Punkt 7. **Orientering fra medlemmer**

Sundhedsstyrelsen:

- Status på revision af den lægelige videreuddannelse:
  - Arbejdsgruppe 3: modeller for dimensionering af videreuddannelsen:
    - Arbejdsgruppe 3 har afholdt møde den 13/12-2021, hvor der bl.a. blev drøftet faktorer af betydning for uddannelseskapacitet og ideer til mulige modeller for dimensionering af videreuddannelsen.
    - Næste møde er den 7/4-2022, hvor der bl.a. forventes drøftet prognoser samt principielle overvejelser om behovet for læger og speciallæger.

- LVU-konference i Aarhus den 22. juni 2022:
  - I forbindelse med revisionen af den lægelige videreuddannelse arrangerer Sundhedsstyrelsen en konference den 22. juni i Aarhus.
  - Temaet på konferencen er fremtidens sundhedsvæsen og den lægelige videreuddannelse anno 2040.

Punkt 8. Eventuelt

Bilagsoversigt:

Bilag P1-22: Dagsorden for Prognose- og Dimensioneringsudvalget møde den 23. februar 2022

Bilag P2-22: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb i 2021 (udkast)

Bilag P3-22: Besatte introduktionsforløb i 2021 (udkast)

Besatte introduktionsforløb i 2021

- *Antal er indberettet per 1. november 2021 af de tre videreuddannelsesregioner*

Speciale	Danmark			Videreuddannelsesregion Øst			Videreuddannelsesregion Syd			Videreuddannelsesregion Nord		
	Min. dim.	Maks. dim.	Besatte	Min. dim.	Maks. dim.	Besatte	Min. dim.	Maks. dim.	Besatte	Min. dim.	Maks. dim.	Besatte
Akutmedicin	48	148	123	21	80	56	9	20	18	18	48	49
Almen medicin*	455	700	468	200,2	308	218	101,4	156	95	153,4	236	155
Anæstesiologi	81	108	95	36	48	51	18	24	16	27	36	28
Arbejdsmedicin	18	27	8	8	12	3	4	6	2	6	9	3
Børne- og ungdomspsykiatri	48	84	72	22	38,5	45	10	17,5	7	16	28	20
Dermato-venerologi	18	24	23	7,5	10	11	4,5	6	6	6	8	6
Gynækologi og obstetrik	45	60	62	21	28	31	9	12	14	15	20	17
Intern medicin**	365	584	504	147,5	236	255	85	136	111	132,5	212	138
Karkirurgi	9	15	13	3	5	4	3	5	5	3	5	4
Kirurgi	52	91	85	24	42	34	12	21	19	16	28	32
Klinisk biokemi	14	24,5	22	6	10,5	12	4	7	5	4	7	5
Klinisk farmakologi	10	12,5	15	4	5	6	2	2,5	3	4	5	6
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	16	28	20	8	14	13	2	3,5	1	6	10,5	6
Klinisk genetik	11	16,5	12	4	6	4	3	4,5	4	4	6	4
Klinisk immunologi	8	12	10	4	6	5	2	3	3	2	3	2
Klinisk mikrobiologi	12	21	20	6	10,5	12	2	3,5	2	4	7	6
Klinisk onkologi	56	98	99	24	42	41	12	21	22	20	35	36
Neurokirurgi	6	12	9	2	4	3	2	4	2	2	4	4
Neurologi	54	81	77	22	33	39	14	21	17	18	27	21
Oftalmologi	30	40	32	12	16	15	7,5	10	9	10,5	14	8
Ortopædisk kirurgi	57	95	89	25,5	42,5	49	13,5	22,5	18	18	30	22
Oto-rhino-laryngologi	30	40	33	12	16	14	6	8	6	12	16	13
Patologisk anatomi og cytologi	32	48	31	12	18	12	6	9	8	14	21	11
Plastikkirurgi	15	20	19	6	8	9	4,5	6	4	4,5	6	6
Psykiatri	108	189	105	50	87,5	53	22	38,5	16	36	63	36
Pædiatri	42	56	59	19,5	26	39	9	12	8	13,5	18	12
Radiologi	58,5	97,5	61	24	40	28	12	20	13	22,5	37,5	20
Retsmedicin	4,5	6	5	3	4	4	0,8	1	0	0,8	1	1
Samfundsmedicin	22	27,5	32	10	12,5	25	4	5	0	8	10	7
Thoraxkirurgi	4,5	9	9	1,5	3	3	1,5	3	2	1,5	3	4
Urologi	26	45,5	43	12	21	20	4	7	7	10	17,5	16
Total	**1.756**	**2.820**	**2.255**	**758**	**1.233**	**1.114**	**390**	**616**	**443**	**608**	**972**	**698**

** Forløbene i almen medicin er af 6 måneders varighed, men i opgørelsen er antallet af forløb for almen medicin opgjort helårligt.*

*** Fælles introduktionsuddannelse for de intern medicinske specialer.*

SUNDHEDSSTYRELSEN

BILAG P2-22

Udkast

Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2021

Speciallægeuddannelsen

Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb 2021
Speciallægeuddannelsen

© Sundhedsstyrelsen, 2022
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: xx.xx.2022
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Måned X, 2022

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund 4
1.1. Dimensionering 4
1.2. Opslåede hoveduddannelsesforløb 5
1.3. Ansøgere 5
1.4. Besatte hoveduddannelsesforløb 5
1.5. Ubesatte forløb i forhold til den gældende dimensionering 5
1.6. Besættelsesprocent i forhold til den gældende dimensionering 6

1.7. Dimensionering af hoveduddannelsesforløb i akutmedicin i 2021 6
Tabel 1: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i akutmedicin i 2021 6

1.8 Dimensionering af fleksforløb i 2021 6

Tabel 2: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 – Danmark 7
Tabel 2A: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Øst 8
Tabel 2B: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Syd 9
Tabel 2C: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Nord 10

Tabel 3: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Danmark 11
Tabel 3A: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Øst 12
Tabel 3B: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Syd 13
Tabel 3C: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Nord 14

Udkast

1. Baggrund

Af bekendtgørelsen nr. 96 af 2/2/2018 om uddannelse af speciallæger § 18 fremgår, at Sundhedsstyrelsen halvårligt indhenter antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb hos de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse. Herudover fremgår af § 18 stk. 2, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere regler for indberetningens form og indhold, herunder tidsfrist for indberetningerne.

Der er tre videreuddannelsesregioner i Danmark hhv. Videreuddannelsesregion Nord, Videreuddannelsesregion Syd og Videreuddannelsesregion Øst. Videreuddannelsesregion Nord varetager den lægelige videreuddannelse i Region Nordjylland og Region Midtjylland. Videreuddannelsesregion Syd varetager den lægelige videreuddannelse i Region Syddanmark, mens Videreuddannelsesregion Øst varetager den lægelige videreuddannelse i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Sundhedsstyrelsen udarbejder og offentliggør opgørelsen for opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og fleksforløb årligt. Opgørelsen udarbejdes både for hele landet og for de enkelte videreuddannelsesregioner på specialeniveau og samlet.

Af opgørelserne fremgår:

- Dimensionering (oprindelig og gældende)
- Opslåede hoveduddannelsesforløb
- Ansøgere
- Besatte hoveduddannelsesforløb
- Ubesatte forløb i forhold til den gældende dimensionering
- Besættelsesprocent i forhold til den gældende dimensionering
- Dimensionering af hoveduddannelsesforløb i akutmedicin i 2021
- Dimensionering af fleksforløb i 2021

Herunder følger en beskrivelse af indholdet for hver af disse opgørelser.

1.1. Dimensionering

Sundhedsstyrelsen fastsætter efter rådgivning fra Prognose- og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkelt videreuddannelsesregion og for hvert enkelt speciale. Introduktionsforløb fastsættes som en minimums- og maksimumsintroduktionsratio i forhold til antal hoveduddannelsesforløb, mens fastlæggelsen af hoveduddannelsesforløb er et konkret antal forløb årligt.

Dimensioneringen udarbejdes for en tidsbegrænset periode almindeligvis en 5-årig periode. Den aktuelle dimensioneringsplan er dog kun gældende for året 2021 grundet COVID-19. Den først udarbejdede dimensioneringsplan (oprindelige dimensioneringsplan)

Udkast

kan blive revideret i dimensioneringsperioden (gældende dimensioneringsplan). En beskrivelse af ændringer i dimensioneringen kan findes i Dimensioneringsplan 2021[1].

1.2. Opslåede hoveduddannelsesforløb

Hver af de tre videreuddannelsesregioner indberetter halvårligt oplysninger om antallet af opslåede hoveduddannelsesforløb i deres respektive videreuddannelsesregion. Opgørelsen inkluderer også genopslag, ujævn opslagskadence og opslag fra tidligere ansættelsesrunder.

1.3. Ansøgere

Oplysninger om antallet af ansøgere til hoveduddannelsesforløb indberettes halvårligt fra hver af de tre videreuddannelsesregioner. Antallet af ansøgere dækker over læger, der enten har søgt ét speciale i flere runder, har søgt ét speciale i flere regioner eller har søgt flere specialer i en eller flere regioner og/eller runder. Ansøgere, der efterfølgende frafalder sin ansøgning inden ansættelsessamtalen, indgår også i opgørelsen.

1.4. Besatte hoveduddannelsesforløb

Hver videreuddannelsesregion indberetter halvårligt oplysninger om antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i deres respektive videreuddannelsesregion. Opgørelsen er ikke korrigeret for dobbeltbesatte eller forhåndsbesatte forløb, for eksempel grundet barsel eller orlov.

1.5. Ubesatte forløb i forhold til den gældende dimensionering

I opgørelsen angives differencen mellem antallet af besatte hoveduddannelsesforløb og antallet af hoveduddannelsesforløb i den gældende dimensionering. I de tilfælde hvor der er besat flere forløb end den gældende dimensionering, er dette angivet med en *. Dette kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra 2020 til 2021 eller fremadrettede ansættelser pga. barsel.

I summen af tallene tæller * som 0. Det er derfor ikke muligt at sammenligne opsummeringen på landsplan med de faktiske tal indberettet fra videreuddannelsesregionerne.

Det nationale antal af ubesatte forløb kan derfor fremstå højere for et givent år, end det reelt er. Særligt specialer, hvor der er ujævne opslagskadencer per år, vil blive påvirket. Her giver det henholdsvis et lavere tal end dimensioneringen i årene med færre opslag. I årene, hvor der opslås forløb over dimensioneringen, er værdien sat til * (tælles som et nul i de år).

[1] https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Dimensioneringsplan/Dimensioneringsplan-for-speciallaeger-2021.ashx?la=da&hash=847EFC1C15633ED35B0A38D78CC9562BD930847A

Udkast

1.6. Besættelsesprocent i forhold til den gældende dimensionering

Besættelsesprocenten angiver forholdet mellem antal besatte hoveduddannelsesforløb og den gældende dimensionering. I det tilfælde, hvor antallet af besatte forløb overstiger den gældende dimensionering, er besættelsesprocenten fastsat til 100%.

1.7. Dimensionering af hoveduddannelsesforløb i akutmedicin i 2021

I dimensioneringsplanen for 2021 fastholdes den intervalmæssige dimensionering på hoveduddannelsesforløb i akutmedicin som i dimensioneringsplanen 2018-2020. Dimensioneringen fordeler sig således:

- Videreuddannelsesregion Øst: 14-20
- Videreuddannelsesregion Syd: 6-10
- Videreuddannelsesregion Nord: 9-12

Tabel 1: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i akutmedicin i 2021

Videreuddannelsesregion	Gældende Dim. Plan 2021	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. opslåede
Øst	14-20	16	12	10	6
Syd	6-10	10	4	3	7
Nord	9-12	20	13	11	9
Danmark	**29-42**	**46**	**29**	**24**	**22**

1.8 Dimensionering af fleksforløb i 2021

På baggrund af et ønske om mere fleksibilitet fremsat i høringssvar fra videreuddannelsesregionerne til dimensioneringsplanen 2021, er der i 2021 etableret en forsøgsordning, hvor videreuddannelsesregionerne har mulighed for at opslå og besætte fleksforløb[1] inden for den samlede dimensioneringsramme. Et fleksforløb er et ubesat hoveduddannelsesforløb i et speciale konverteret til et hoveduddannelsesforløb i et andet speciale.

Dimensioneringen for antallet af fleksforløb for de tre videreuddannelsesregioner er fastsat til ca. 5% af det samlede antal hoveduddannelsesforløb. Antallet af fleksforløb i 2021 for videreuddannelsesregionerne fordeler sig som følgende:

- Videreuddannelsesregion Øst: 22
- Videreuddannelsesregion Syd: 11
- Videreuddannelsesregion Nord: 17

Tilsammen udgør det maksimale antal fleksforløb på landsplan således 50 forløb i 2021. Antallet af benyttede fleksforløb på landsplan fremgår af tabel 3, og fordelingen mellem videreuddannelsesregionerne fremgår af tabellerne 3A (Øst), 3B (Syd) og 3C (Nord).

Udkast

Tabel 2: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 – Danmark

Speciale	Gældende Dim. Plan 2021 (oprindelig Dim. Plan 2021)	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dim. Plan	Besættelsespct.
Almen medicin	350 (350)	329	432	276	74	79 %
Anæstesiologi	54 (54)	55	101	59	*	100 %
Arbejdsmedicin	9 (9)	8	3	3	6	33 %
Børne- og ungdomspsykiatri	24 (24)	31	25	22	2	92 %
Dermato-venerologi	12 (12)	11	19	9	3	75 %
Gynækologi og obstetrik	30 (30)	25	78	32	*	100 %
Intern medicin: endokrinologi	18 (18)	19	26	13	5	72 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15 (15)	16	20	9	6	60 %
Intern medicin: geriatri	17 (17)	20	25	17	0	100 %
Intern medicin: hæmatologi	11 (11)	13	15	11	0	100 %
Intern medicin: infektionsmedicin	9 (9)	9	25	7	2	78 %
Intern medicin: kardiologi	27 (27)	30	58	35	*	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	17 (17)	22	43	19	*	100 %
Intern medicin: nefrologi	10 (10)	16	16	12	*	100 %
Intern medicin: reumatologi	22 (22)	28	30	14	8	64 %
Karkirurgi	6 (6)	6	5	4	2	67 %
Kirurgi	26 (26)	27	73	26	0	100 %
Klinisk biokemi	7 (7)	6	6	6	1	86 %
Klinisk farmakologi	5 (5)	7	6	5	0	100 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8 (8)	9	10	8	0	100 %
Klinisk genetik	5,5 (5,5)	6	12	6	*	100 %
Klinisk immunologi	4 (4)	8	6	5	*	100 %
Klinisk mikrobiologi	6 (6)	6	6	6	0	100 %
Klinisk onkologi	28 (28)	33	32	25	3	89 %
Neurokirurgi	3 (3)	3	33	3	0	100 %
Neurologi	27 (27)	27	72	29	*	100 %
Oftalmologi	20 (20)	20	51	20	0	100 %
Ortopædisk kirurgi	39 (38)	42	70	40	*	100 %
Oto-, rhino-, laryngologi	20 (20)	20	53	18	2	90 %
Patologisk anatomi og cytologi	16 (16)	19	22	14	2	88 %
Plastikkirurgi	10 (10)	8	54	9	1	90 %
Psykiatri	54 (54)	61	76	51	3	94 %
Pædiatri	28 (28)	32	42	27	1	96 %
Radiologi	39 (39)	43	37	33	6	85 %
Retsmedicin	3 (3)	2	4	2	1	67 %
Samfundsmedicin	11 (11)	10	30	9	2	82 %
Thoraxkirurgi	3 (3)	3	8	3	0	100 %
Urologi	13 (13)	15	13	11	2	85 %
Total	**1.006,5 (1.005,5)**	**1.045**	**1.637**	**898****	**132**	**89 %****

**angiver, at der har været flere besatte forløb ift. gældende dimensioneringsplan. Det kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra 2020 til 2021 eller fremadrettede ansættelser pga. barsel.*

*** Ved justering af besatte forløb i de enkelte specialer, således at antallet af besatte forløb over dimensionering korrigeres til antal dimensionerede forløb i det enkelte speciale bliver det samlede antal besatte forløb 857 og besættelsespct. 85%.*

Tabel 2A: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Øst

Speciale	Gældende Dim. Plan 2021 (oprindelig Dim. Plan 2021)	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dim. Plan	Besættelsespct.
Almen medicin	154 (154)	123	184	111	43	72 %
Anæstesiologi	24 (24)	24	35	27	*	100 %
Arbejdsmedicin	4 (4)	4	3	3	1	75 %
Børne- og ungdomspsykiatri	11 (11)	14	13	11	0	100 %
Dermato-venerologi	5 (5)	5	9	5	0	100 %
Gynækologi og obstetrik	14 (14)	10	36	17	*	100 %
Intern medicin: endokrinologi	8 (8)	8	12	8	0	100 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	7 (7)	9	17	7	0	100 %
Intern medicin: geriatri	6 (6)	5	10	5	1	83 %
Intern medicin: hæmatologi	4 (4)	4	8	5	*	100 %
Intern medicin: infektionsmedicin	4 (4)	3	14	4	0	100 %
Intern medicin: kardiologi	11 (11)	10	24	15	*	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	6 (6)	6	26	6	0	100 %
Intern medicin: nefrologi	5 (5)	7	7	4	1	80 %
Intern medicin: reumatologi	8 (8)	9	13	6	2	75 %
Karkirurgi	2 (2)	2	3	2	0	100 %
Kirurgi	12 (12)	12	35	12	0	100 %
Klinisk biokemi	3 (3)	3	3	3	0	100 %
Klinisk farmakologi	2 (2)	4	3	2	0	100 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	4 (4)	5	6	4	0	100 %
Klinisk genetik	2 (2)	2	4	2	0	100 %
Klinisk immunologi	2 (2)	3	2	2	0	100 %
Klinisk mikrobiologi	3 (3)	3	3	3	0	100 %
Klinisk onkologi	12 (12)	13	19	13	*	100 %
Neurokirurgi	1 (1)	1	13	1	0	100 %
Neurologi	11 (11)	10	47	13	*	100 %
Oftalmologi	8 (8)	8	22	9	*	100 %
Ortopædisk kirurgi	18 (17)	18	39	18	0	100 %
Oto-, rhino-, laryngologi	8 (8)	8	32	8	0	100 %
Patologisk anatomi og cytologi	6 (6)	5	7	4	2	67 %
Plastikkirurgi	4 (4)	3	26	4	0	100 %
Psykiatri	25 (25)	25	38	26	*	100 %
Pædiatri	13 (13)	13	18	13	0	100 %
Radiologi	16 (16)	17	15	14	2	88 %
Retsmedicin	2 (2)	2	4	2	0	100 %
Samfundsmedicin	5 (5)	5	21	5	0	100 %
Thoraxkirurgi	1 (1)	1	3	1	0	100 %
Urologi	6 (6)	6	8	5	1	83 %
Total	**437 (436)**	**410**	**782**	**399****	**54**	**91 %****

**angiver, at der har været flere besatte forløb ift. gældende dimensioneringsplan. Det kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra 2020 til 2021 eller fremadrettede ansættelser pga. barsel.*

*** Ved justering af besatte forløb i de enkelte specialer, således at antallet af besatte forløb over dimensionering korrigeres til antal dimensionerede forløb i det enkelte speciale bliver det samlede antal besatte forløb 384 og besættelsespct. 88%.*

Tabel 2B: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Syd

Speciale	Gældende Dim. Plan 2021 (oprindelig Dim. Plan 2021)	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dim. Plan	Besættelsespct.
Almen medicin	78 (78)	78	92	60	18	77 %
Anæstesiologi	12 (12)	12	23	14	*	100 %
Arbejdsmedicin	2 (2)	1	0	0	2	0 %
Børne- og ungdomspsykiatri	5 (5)	7	3	3	2	60 %
Dermato-venerologi	3 (3)	3	5	2	1	67 %
Gynækologi og obstetrik	6 (6)	5	14	5	1	83 %
Intern medicin: endokrinologi	4 (4)	4	3	1	3	25 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	3 (3)	3	3	2	1	67 %
Intern medicin: geriatri	4 (4)	5	4	3	1	75 %
Intern medicin: hæmatologi	3 (3)	4	3	2	1	67 %
Intern medicin: infektionsmedicin	2 (2)	3	3	0	2	0 %
Intern medicin: kardiologi	7 (7)	10	16	10	*	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	4 (4)	6	7	5	*	100 %
Intern medicin: nefrologi	2 (2)	4	3	3	*	100 %
Intern medicin: reumatologi	5 (5)	5	3	1	4	20 %
Karkirurgi	2 (2)	2	1	1	1	50 %
Kirurgi	6 (6)	6	9	5	1	83 %
Klinisk biokemi	2 (2)	1	1	1	1	50 %
Klinisk farmakologi	1 (1)	0	0	0	1	0 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	1 (1)	0	0	0	1	0 %
Klinisk genetik	1,5 (1,5)	3	3	3	*	100 %
Klinisk immunologi	1 (1)	2	1	1	0	100 %
Klinisk mikrobiologi	1 (1)	1	1	1	0	100 %
Klinisk onkologi	6 (6)	10	8	8	*	100 %
Neurokirurgi	1 (1)	1	11	1	0	100 %
Neurologi	7 (7)	8	12	8	*	100 %
Oftalmologi	5 (5)	4	12	4	1	80 %
Ortopædisk kirurgi	9 (9)	10	11	8	1	89 %
Oto-, rhino-, laryngologi	4 (4)	4	8	3	1	75 %
Patologisk anatomi og cytologi	3 (3)	4	6	4	*	100 %
Plastikkirurgi	3 (3)	2	14	2	1	67 %
Psykiatri	11 (11)	11	12	8	3	73 %
Pædiatri	6 (6)	8	6	5	1	83 %
Radiologi	8 (8)	8	6	8	0	100 %
Retsmedicin	0,5 (0,5)	0	0	0	1	0 %
Samfundsmedicin	2 (2)	0	0	0	2	0 %
Thoraxkirurgi	1 (1)	0	0	0	1	0 %
Urologi	2 (2)	4	0	1	1	50 %
Total	**224 (224)**	**239**	**304**	**183****	**53,5**	**82 %****

**angiver, at der har været flere besatte forløb ift. gældende dimensioneringsplan. Det kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra 2020 til 2021 eller fremadrettede ansættelser pga. barsel.*
*** Ved justering af besatte forløb i de enkelte specialer, således at antallet af besatte forløb over dimensionering korrigeres til antal dimensionerede forløb i det enkelte speciale bliver det samlede antal besatte forløb 171 og besættelsespct. 76%.*

Tabel 2C: Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2021 - Videreuddannelsesregion Nord

Speciale	Gældende Dim. Plan 2021 (oprindelig Dim. Plan 2021)	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gældende Dim. Plan	Besættelsespct.
Almen medicin	118 (118)	128	156	105	13	89 %
Anæstesiologi	18 (18)	19	43	18	0	100 %
Arbejdsmedicin	3 (3)	3	0	0	3	0 %
Børne- og ungdomspsykiatri	8 (8)	10	9	8	0	100 %
Dermato-venerologi	4 (4)	3	5	2	2	50 %
Gynækologi og obstetrik	10 (10)	10	28	10	0	100 %
Intern medicin: endokrinologi	6 (6)	7	11	4	2	67 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	5 (5)	4	0	0	5	0 %
Intern medicin: geriatri	7 (7)	10	11	9	*	100 %
Intern medicin: hæmatologi	4 (4)	5	4	4	0	100 %
Intern medicin: infektionsmedicin	3 (3)	3	8	3	0	100 %
Intern medicin: kardiologi	9 (9)	10	18	10	*	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	7 (7)	10	10	8	*	100 %
Intern medicin: nefrologi	3 (3)	5	6	5	*	100 %
Intern medicin: reumatologi	9 (9)	14	14	7	2	78 %
Karkirurgi	2 (2)	2	1	1	1	50 %
Kirurgi	8 (8)	9	29	9	*	100 %
Klinisk biokemi	2 (2)	2	2	2	0	100 %
Klinisk farmakologi	2 (2)	3	3	3	*	100 %
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	3 (3)	4	4	4	*	100 %
Klinisk genetik	2 (2)	1	5	1	1	50 %
Klinisk immunologi	1 (1)	3	3	2	*	100 %
Klinisk mikrobiologi	2 (2)	2	2	2	0	100 %
Klinisk onkologi	10 (10)	10	5	4	6	40 %
Neurokirurgi	1 (1)	1	9	1	0	100 %
Neurologi	9 (9)	9	13	8	1	89 %
Oftalmologi	7 (7)	8	17	7	0	100 %
Ortopædisk kirurgi	12 (12)	14	20	14	*	100 %
Oto-, rhino-, laryngologi	8 (8)	8	13	7	1	88 %
Patologisk anatomi og cytologi	7 (7)	10	9	6	1	86 %
Plastikkirurgi	3 (3)	3	14	3	0	100 %
Psykiatri	18 (18)	25	26	17	1	94 %
Pædiatri	9 (9)	11	18	9	0	100 %
Radiologi	15 (15)	18	16	11	4	73 %
Retsmedicin	0,5 (0,5)	0	0	0	0,5	0 %
Samfundsmedicin	4 (4)	5	9	4	0	100 %
Thoraxkirurgi	1 (1)	2	5	2	*	100 %
Urologi	5 (5)	5	5	5	0	100 %
Total	**345,5 (345,5)**	**396**	**551**	**315****	**43,5**	**91 %****

**angiver, at der har været flere besatte forløb ift. gældende dimensioneringsplan. Det kan bl.a. skyldes overførsel af forløb fra 2020 til 2021 eller fremadrettede ansættelser pga. barsel.*
*** Ved justering af besatte forløb i de enkelte specialer, således at antallet af besatte forløb over dimensionering korrigeres til antal dimensionerede forløb i det enkelte speciale bliver det samlede antal besatte forløb 302 og besættelsespct. 87%.*

Tabel 3: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Danmark

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsespct. for fleksforløb
Anæstesiologi	2	34	2	0	100 %
Gynækologi og obstetrik	3	32	3	0	100 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	2	14	3	*	100 %
Intern medicin: geriatri	2	6	2	0	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	6	31	5	1	83 %
Kirurgi	1	5	1	0	100 %
Neurologi	3	46	3	0	100 %
Ortopædisk kirurgi	1	2	1	0	100 %
Patologisk anatomi og cytologi	1	3	1	0	100 %
Psykiatri	3	24	3	0	100 %
Pædiatri	2	14	2	0	100 %
Radiologi	2	11	2	0	100 %
Samfundsmedicin	2	16	2	0	100 %
Urologi	3	11	2	1	67 %
Total	**33**	**249**	**32****	**2**	**97 %****

**angiver, at der har været flere besatte fleksforløb ift. opslåede fleksforløb. Det kan bl.a. skyldes fremadrettede ansættelser pga. barsel.*
*** Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb på landsplan (898) og antallet af besatte fleksforløb (32) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 930 og besættelsespct. 92%.*

Udkast

Tabel 3A: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Øst

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsespct. for fleksforløb
Anæstesiologi	2	34	2	0	100 %
Gynækologi og obstetrik	2	28	2	0	100 %
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	2	14	3	*	100 %
Intern medicin: geriatri	2	6	2	0	100 %
Intern medicin: lungesygdomme	2	24	2	0	100 %
Neurologi	2	44	2	0	100 %
Patologisk anatomi og cytologi	1	3	1	0	100 %
Psykiatri	3	24	3	0	100 %
Pædiatri	2	14	2	0	100 %
Radiologi	1	6	1	0	100 %
Samfundsmedicin	2	16	2	0	100 %
Urologi	2	8	1	1	50 %
Total	**23**	**221**	**23****	**1**	**100 %*****

**angiver, at der har været flere besatte fleksforløb ift. opslåede fleksforløb. Det kan bl.a. skyldes fremadrettede ansættelser pga. barsel.*
*** I specialet Intern Medicin: gastroenterologi og hepatologi er fleksforløbet dobbelt besat pga. barsel.*
**** Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Øst (399) og antallet af besatte fleksforløb (23) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 422 og besættelsespct. 97%.*

Udkast

Tabel 3B: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Syd

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsespct. for fleksforløb
Gynækologi og obstetrik	1	4	1	0	100 %
Neurologi	1	2	1	0	100 %
Radiologi	1	5	1	0	100 %
Urologi	1	3	1	0	100 %
Total	**4**	**14**	**4***	**0**	**100 %***

**Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Syd (183) og antallet af besatte fleksforløb (4) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 187 og besættelsespct. 84%.*

Udkast

Tabel 3C: Opslåede og besatte fleksforløb i 2021 – Videreuddannelsesregion Nord

Speciale	Antal opslåede fleksforløb	Antal ansøgere til fleksforløb	Antal besatte fleksforløb	Antal ubesatte opslåede fleksforløb	Besættelsespct. for fleksforløb
Intern medicin: lungesygdomme	4	7	3	1	75 %
Kirurgi	1	5	1	0	100 %
Ortopædisk kirurgi	1	2	1	0	100 %
Total	**6**	**14**	**5***	**1**	**83 %***

**Hvis antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i Nord (315) og antallet af besatte fleksforløb (5) summeres, bliver det samlede antal besatte forløb 320 og besættelsespct. 93%.*

Udkast

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle

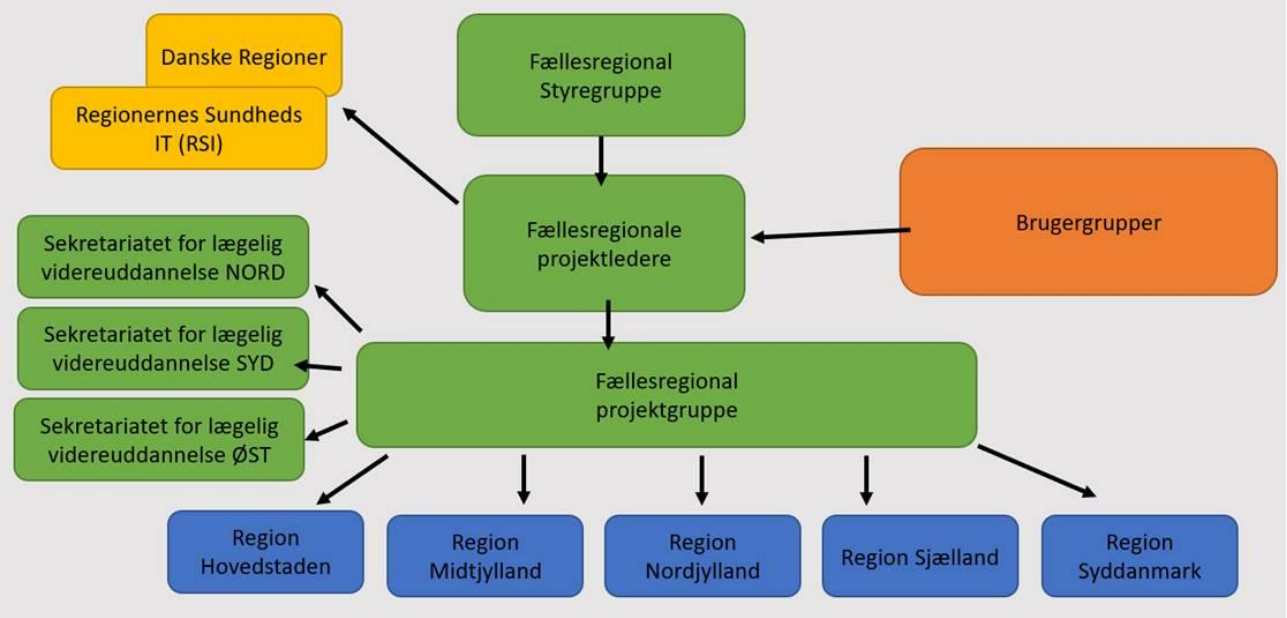
Sekretariaterne for Lægelig Videreuddannelse

Statusorientering for projekt 'Nyt logbog.net og evaluer.dk' – december 2021

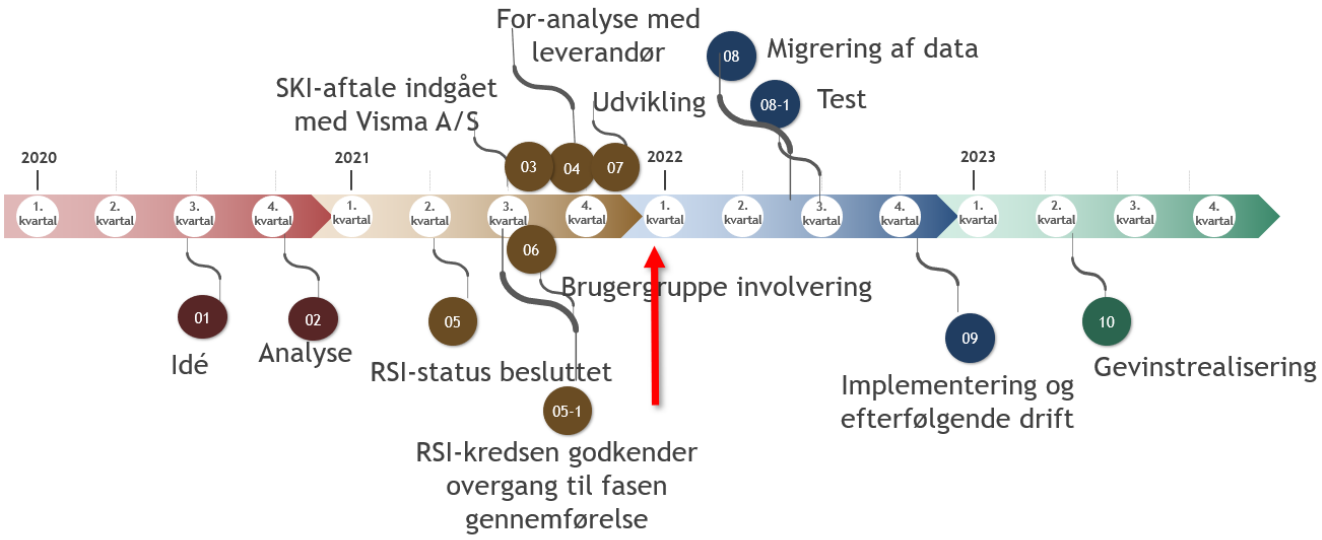
Danske Regioner har på initiativ af Sekretariaterne for Lægelig Videreuddannelse godkendt, at der skal findes en ny samlet it-løsning til erstatning for de to systemer www.logbog.net og www.evaluer.dk, som i dag anvendes i den lægelige videreuddannelse i Danmark. Projektet og tilhørende finansiering er godkendt af Sundhedsdirektørkredsen og projektet er knyttet til Regionernes Sundheds IT og følger dermed projektmodellen for regionale it-projekter.

Mens den nye it-løsning udvikles, fortsætter driften af logbog.net og evaluer.dk uforandret indtil ultimo 2022 og data fra systemerne overføres til den nye it-løsning.

Projekt 'Nyt logbog.net og evaluer.dk' arbejder på at udvikle én samlet it-løsning som erstatning for de 2 systemer i lægelig videreuddannelse og projektet håndteres ud fra nedenstående organisation.



Tidsplan for 'Projekt nyt logbog.net - evaluer.dk' - december 2021



Tidligere:

- Der er igangsat et projekt på tværs af landet efter Danske Regioners projektmodel, hvor Region Midtjylland har projektledelsen, men med bistand fra Region Hovedstaden. Projektet har status som et RSI-projekt, hvilket vil sige, at Regionernes Sundheds IT yder bistand til projektet.
- Per 31.10.2022 lukker evaluer.dk og logbog.net. Indtil da kører og serviceres systemerne som vanligt. De eksisterende data overføres til de nye systemer.
- Økonomien er blevet godkendt af Danske Regioners Sundhedsdirektørkreds og finansieringen varetages af regionerne, og der er afsat ressourcer til videreudvikling af det nye system. Der er eksisterende krav til, hvad det nye system skal kunne.
- Der er udpeget brugergrupperepræsentanter fra regionerne og specialeselskaberne til at deltage i arbejdet
- Kontrakt er indgået med ny leverandør, som er Visma A/S
- Surveyxact-undersøgelse af de 2 nuværende systemer er afsluttet d. 31. august. Undersøgelsen er sendt til alle uddannelseslæger, vejledere, uddannelsesansvarlige og tutorlæger. Opsummering af svarene findes på: https://www.laegeuddannelsen.dk/logbognet/logbognet-nyheder/projekt-'nyt-logbognet-og-evaluerdk'.aspx
- Følgende aktiviteter med brugere er gennemført:
  Workshop med national AMU-gruppe (14. september 2021)
  Indsigtsworkshop med leverandør og brugere (17. september 2021)
  I og H-gruppen – specialeselskabsrepræsentanter (d. 21. september 2021)
  UKO-gruppen i VU-Nord (d.28. september 2021)
  Kerne-gruppen – udpeget af Sekretariaterne (d. 4. oktober 2021)
  KBU-gruppen – udpeget af regionerne (d. 6. oktober 2021)
  Almen medicin-gruppen – udpeget af DSAM (d. 11. oktober 2021)

- It-arkitektur udarbejdes af leverandøren Visma A/S
- Første designudkast til en del af den nye version af logbog.net til uddannelseslæger er blevet testet i november måned
- Designudkastet er korrigeret på baggrund af testsvar

Aktuelt:

- Per 1. januar 2022 varetages projektledelsen i Region Midtjylland af Bertil Selde Krogh
- Første designudkast til vejledere er under udarbejdelse og testes af medlemmer af brugergrupperne i januar

Næste skridt:

- Analyse af behov og ønsker og udvikling af nyt system i samarbejde med leverandør og brugergrupper fortsættes
- Planlægning af overgang fra nuværende it-system til nyt it-system
- Første designudkast til vejledere testes i januar 2022
- 2. runde workshops med brugergrupperne afvikles ultimo januar/primo februar 2022. De første designudkast til hhv. uddannelseslæger og vejledere er emnet på disse workshops.

Spørgsmål kan rettes til:

Projektleder Barbara Bøgsted Knudsen, bbk@regionh.dk telefon: 3866 9938, Region Hovedstaden
Projektleder Bertil Selde Krogh, berkro@rm.dk telefon: 3052 0517, Region Midtjylland

H-forløb

Videreuddannelsesregion Øst

* aktuel status

Speciale	Antal dim. I 2022	Antal dim. slutter i Reg. S	Flexforløb i 2022*	Antal flex slutter i Reg. S	Bemærkninger
Akutmedicin	16	8	0	0	
Anæstesi	26	10	0	0	De 2 nye forløb endnu ikke på plads. Forventes begge at slutte i Reg. S
Arbejdsmedicin	4	2	0	0	
Børne- og ungdomspsykiatri	12	3	0	0	
Dermato-venerologi	5	1	0	0	
Gynækologi og obstetrik	16	2	0	0	
IM: Endokrinologi	8	4	1	0	Flexforløb i samarbejde med Færøerne
IM: Gastroenterologi	7	1	2	2	
IM: Geriatri	7	4	1	1	Forløb 7 under oprettelse. Afsluttes i Reg. S
IM: Hæmatologi	4	1	0	0	
IM: Infektionsmedicin	4	0	1	0	
IM: Kardiologi	11	0	0	0	Muligvis flexforløb med Førøerne
IM: Lungesygdomme	8	3 måske 4	0	0	
IM: Nefrologi	5	3	0	0	
IM: Reumatologi	8	3	0	0	
Karkirurgi	2	1	0	0	
Kirurgi	12	4	0	0	
Klinisk biokemi	3	0	1	?	Afd. i Reg. S er mest interesseret i første delansættelse
Klinisk farmakologi	3	0	0	0	Region Sjælland indgår endnu ikke i uddannelsen
Klinisk fysiologi og nuclearmedicin	4	1	0	0	
Klinisk genetik	2	ingen afd	0	0	
Klinisk immunologi	2	ingen afd	0	0	
Klinisk mikrobiologi	3	1	0	0	
Klinisk Onkologi	12	7	0	0	
Neurokirurgi	1	ingen afd	0	0	
Neurologi	12	2	2	1	Det ene flexforløb forventes afsluttet i Reg. S
Oftalmologi	8	3	0	0	
Ortopædisk kirurgi	17	6	0	0	
Oto- ,rhino- ,laryngologi	8	6	0	0	
Patologisk anatomi og cytologi	6	2	0	0	
Plastikkirurgi	4	2	0	0	
Psykiatri	28	12	1	1	
Pædiatri	13	6	2	2	
Radiologi	18	7	0	0	
Retsmedicin	1	ingen afd	1	Ingen afd.	
Samfundsmedicin	6	0	1	0	Meget få ansættelsesmuligheder i Reg. S
Thoraxkirurgi	1	ingen afd	1	0	Flexforløb i samarbejde med VU-Syd
Urologi	6	1	1	1	
I alt	**313**	**106 el. 107**	**15**	**8**	

SUNDHEDSMINISTERIET

Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Dato: 03-12-2021
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPALBR
Sagsnr.: 1809262
Dok. nr.: 2022320

Videreuddannelsesregion Øst
Kildegårdsvej 28, opg. 63 st.
2900 Hellerup

Region Sjælland
Alléen 15
4180 Sorø

Vedr. forsøgsordning med sammenhængende uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse

Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen har den 8. oktober 2021 modtaget en ansøgning om forlængelse af forsøgsordning med sammenhængende uddannelsesforløb i Region Sjælland. Ansøgningen er indsendt af Videreuddannelsesregion Øst på vegne af Region Sjælland.

Det fremgår af ansøgningen bl.a., at der søges om en forlængelse af en eksisterende forsøgsordning, som ministeriet den 29. november 2018 efter ansøgning har givet dispensation til i perioden 2019-2023:

- Halvårligt at opslå 24 sammenhængende uddannelsesforløb mellem den prægraduate uddannelse og KBU
- Halvårligt at opslå op til 10 sammenhængende uddannelsesforløb mellem den prægraduate uddannelse, KBU og introduktions-stilling

Videre fremgår, at der søges om forlængelse til og med 2026, og at sammenhængende uddannelsesforløb er knyttet til kandidatuddannelsen i medicin i Region Sjælland, Region Sjælland-sporet.

Ministeriet kan oplyse, at ansøgningen – for så vidt angår det element, som vedr. op til halvårligt 10 sammenhængende uddannelsesforløb mellem den prægraduate uddannelse, KBU og introduktionsstilling – imødekommes med henvisning til § 8, stk. 2 i bekendtgørelse om speciallæger.

For så vidt angår ansøgningens element om halvårligt 24 sammenhængende uddannelsesforløb mellem den prægraduate uddannelse og KBU skal ministeriet bemærke, at Sundhedsstyrelsen efter individuel konkret ansøgning fra de berørte medicinstuderende vil give dispensation til disse sammenhængende forløb. Ansøgning fremsendes til Sundhedsstyrelsen via Videreuddannelsesregion Øst og Region Sjælland.

Derudover har Sundhedsstyrelsen bemærket, at godkendelse af ansøgningen er betinget af, at:

- ”Ved opslag af sammenhængende uddannelsesforløb skal videreuddannelsesregionen sikre en klar kommunikation af, hvordan uddannelsesforløbene skal ansøges. Det skal bidrage til at sikre, at lægen forud for ansøgning af sammenhængende uddannelsesforløb inkl. KBU er orienteret om, hvornår og hvordan ansøgningen vil foregå, og at det ikke er muligt at modtage et sammenhængende forløb, hvis lægen har modtaget lodtrækningsnummer.

- Sundhedsstyrelsen fortsat modtager oplysninger om hvem, der har fået tildelt et sammenhængende forløb, så disse læger ikke får information fra Sundhedsstyrelsen om tilmelding til KBU. En sådan procedure er aftalt med Sundhedsstyrelsen og koordineres ved Benni Bees beb@sst.dk

- Sundhedsstyrelsen modtager en tilbagemelding på erfaringer med forløbene i løbet af den kommende periode (2022-2026) både i forhold til uddannelseslægernes og uddannelsesstedernes udbytte, herunder hvilke specialer indgår i introduktionsforløbene.

- Sundhedsstyrelsen modtager når forsøgsperioden er afsluttet en samlet evaluering af forsøgsordningen i perioden 2019-2026, samt en vurdering af hvor mange af lægerne i forsøgsordningen, der fortsætter i et hoveduddannelsesforløb i Region Sjælland."

Dette gælder såvel de 10 som de 24 sammenhængende uddannelsesforløb.

Afslutningsvist bemærker ministeriet, at det forudsættes, at videreførelsen af forsøgsordningen sker på en måde, som overholder gældende ret på Uddannelses- og Forskningsministeriets område, herunder bl.a. kandidatadgangsbekendtgørelsen og relevante studieordninger.

Med venlig hilsen

Randi Frydensberg Hede

Ad. dagordenspunkt 7: Nyt fra Region Sjælland, Region Hovedstaden og PKL
Sagsfremstilling:
De to regioner samt PKL orienterer kort om nyheder.

Ad. dagordenspunkt 8: Planlægning af ordinært møde torsdag den 2. juni 2022
Sagsfremstilling:
Mødet er planlagt som et ordinært møde i tidsrummet kl. 14.00 til senest 17.00. Mødet afholdes i Korsør.
Bedre læring af inspektorrapporter, planlægning af PKL-opslag samt flexforløb 2023 er mulige emner ud over arbejdet med revision af den lægelige videreuddannelse inkl. den planlagte konference den 22. juni i Aarhus.

Indstilling:
Rådet bedes tage orienteringen til efterretning.

Ad. dagordenspunkt 9: Eventuelt
Ordet er frit

Kommende møder
Torsdag den 2. juni 2022 kl. 14.00 – 17.00 (NRLV 16. juni). Mødet afholdes i Korsør.
Mandag den 12. september 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 21. september)
Torsdag den 1. december 2022 kl. 14.00 – senest 17.00 (NRLV 14. december)